



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Modelos de Intervenção na Área da Reinserção Social em Comportamentos Aditivos e Dependências - Evolução recente e perspetivas futuras

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Autora: Cristina Maria Nogueira Roma

Orientador: Salvador Massano Cardoso

Co-orientadora: Helena Neves Almeida

Coimbra, Junho 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho

À Professora Helena Neves Almeida pela orientação, apoio e incentivo.

À D. Ana Paula que durante este período foi incansável.

A todos os colegas pela ajuda na recolha de informação e colaboração.

Aos colegas da DICAD e do GACI da ARS Centro pela disponibilidade, apoio e motivação.

Aos amigos pela compreensão e incentivo.

À família pela paciência e generosidade.

RESUMO

As políticas públicas relacionadas com os comportamentos aditivos e dependências (CAD) têm sofrido alterações nos últimos anos. Estes comportamentos têm repercussões na sociedade e apresentam-se como um problema de saúde pública. Com o desígnio de minimizar e reduzir o impacto do consumo de substâncias psicoativas tem havido uma aposta na reinserção nos últimos anos.

As perturbações relacionadas com adições e comportamentos aditivos são uma constante no nosso dia-a-dia, a perspetiva de saúde mental pública. Assim, pretende-se avaliar a evolução da intervenção em reinserção na sociedade portuguesa e impactos das políticas nas práticas profissionais.

Numa primeira fase é objetivo clarificar conceitos e um levantamento bibliográfico desta área, para no final se analisar a perspetiva de alguns profissionais relativamente as suas experiências e perceções sobre a reinserção e as perspetivas de futuro.

Tudo isto leva a que a evolução nesta matéria de CAD, assente na constituição das equipas especializadas que consolidam a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, onde todos desempenham um papel ativo e o doente é visto para além da parte física, médica, considerando-se o psico e o social imprescindíveis.

A escolha do tema decorre da intervenção profissional do dia-a-dia e pretende ser um trabalho reflexivo pessoal, de curiosidade e aprofundamento de conhecimentos profissionais, podendo em algum momento ser útil aos promotores de políticas nesta área.

O trabalho incide sobre a identificação e comparação de intervenções nesta vertente nomeadamente nos modelos implementados, contextualizando-os nos pressupostos sociais e políticos da sua implementação em Portugal.

Este estudo apresentado é de cariz exploratório, onde não se pretende testar de hipóteses, mas identificar padrões e ideias, e refletir sobre o tema seguindo para isso uma metodologia qualitativa, procurando que as conclusões apresentadas tenham apenas um carácter descritivo, não pretendendo generalizar os resultados obtidos.

A metodologia utilizada assenta na revisão bibliográfica e documental, incluindo legislação, realizando para o efeito uma abordagem qualitativa, utilizando como método de recolha de dados a entrevistas semiestruturada.

Ao nível dos resultados encontramos uma indefinição quanto às políticas que aparenta desinvestimento na área, desmotivação e desinteresse dos profissionais, aliada à

necessidade de clarificação da orgânica dos serviços. Há uma evolução ao nível do reconhecimento da área pelos outros profissionais, sendo referida algumas dificuldades na articulação com algumas áreas profissionais. O Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) veio permitir uma uniformização de procedimentos e consequentemente da intervenção e que se repercute na melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Recomenda-se que haja mais formação, supervisão e trabalho em equipa, e que a aposta na avaliação dos serviços, das intervenções e do impacto destas seja motivo de reflexão. Na definição de intervenções futuras os parceiros são essenciais para a criação de um modelo de funcionamento comum.

Palavras-chave: Comportamentos aditivos e dependências, reinserção, drogas

SUMMARY

The public policies related to addictive behaviors and dependencies (CAD) have undergone changes in recent years. These behaviors have consequences for society and present themselves as a public health problem. The plan to minimize and reduce the impact of substance use has been a focus on reintegration in recent years.

Disturbances related to additions and addictive behaviors are a constant in our day-to-day, the public mental health perspective. Thus, we intend to evaluate the progress of the intervention in reintegration into Portuguese society and impacts of policies on professional practices.

In the first phase is aimed to clarify concepts and literature in this area, for in the end to analyzing the perspective of some professionals on their experiences and perceptions about the reintegration and the perspectives for the future.

All this leads to developments in this area of CAD, based on the establishment of specialized teams that consolidate the importance of working in multidisciplinary and interdisciplinary team, which all play an active role and the patient is seen beyond the physical, medical, considering -if the psychological and social indispensable.

The choice of theme arises from the professional intervention of the day-to-day and aims to be a reflective work, curiosity and deepening of professional knowledge and may at some time be useful to policy developers in this area.

The work focuses on the identification and comparison of interventions in this aspect particularly in the implemented models, contextualizing them in the social and political assumptions of its implementation in Portugal.

The presented study is exploratory nature, where it is not intended to test hypotheses, but to identify patterns and ideas, and reflect on the subject following for this qualitative methodology, looking for the conclusions presented have only a descriptive character, pretending not to generalize the results obtained.

The methodology used is based on the literature and documentary review, including legislation, performing for this purpose a qualitative approach, using as a method gathering data of semi-structured interviews.

In terms of results we find a vagueness about the policies that appears disinvestment in the area, demotivation and lack of interest of professionals combined with the need for clarification of organic services.

There's an evolution in terms of recognition of the area by other professionals, being referred to some difficulties in coordination with some professional areas. The Intervention Model in Reintegration (MIR) has allowed the standardization of procedures and consequently the intervention and that has an impact on improving the quality of life of users.

It is recommended that more training, supervision and teamwork, and that the focus on evaluation of services, interventions and the impact of these is cause for reflection. In the definition of future interventions partners are essential to create a common operating model.

Keywords: additives behaviors and addictions, rehabilitation, drugs

Índice

ÍNDICE DE FIGURAS	1
SIGLAS E ABREVIATURAS	2
INTRODUÇÃO	3
PARTE I – POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DA REINSERÇÃO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL	6
1. O MODELO PORTUGUÊS DE INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	7
1.1 <i>PRINCIPAIS MARCOS LEGISLATIVOS</i>	8
1.2 <i>CARATERÍSTICAS GERAIS DO MODELO PORTUGUÊS</i>	12
2. FENÓMENO COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS E CONCEÇÕES DE INTERVENÇÃO	15
2.1 <i>CONCEÇÕES E NÍVEIS DE INTERVENÇÃO EM CAD</i>	17
2.2 <i>PORI – PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADA: INÍCIO DE UM CICLO ESTRATÉGICO DE INTERVENÇÃO INTEGRADA</i>	22
3. REINSERÇÃO SOCIAL: CONCEITOS E MODELOS ANALÍTICOS	24
3.1 <i>EXCLUSÃO SOCIAL E CONSUMO DE DROGAS: RELAÇÕES (IM)PREVISTAS?</i>	24
3.2 <i>MODELOS TEÓRICOS REFERENCIAIS: CONTRIBUTOS PARA REFLEXÃO SOBRE A REINSERÇÃO DE PESSOAS COM CAD</i>	26
4. PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PARA A REINSERÇÃO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	31
4.1 <i>PROGRAMAS E MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PROCESSOS DE REINSERÇÃO SOCIAL</i>	32
4.2 <i>MODELO DE INTERVENÇÃO EM REINSERÇÃO (MIR): UM NOVO CICLO NA CONCEÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REINSERÇÃO SOCIAL EM CAD</i>	36
4.3 <i>LINHAS ORIENTADORAS DA MEDIAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA PARA A REINSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM CAD: UM PRODUTO REFLEXIVO E EM AVALIAÇÃO</i>	39
PARTE II - REINSERÇÃO SOCIAL EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS – UM ESTUDO SEGUNDO A PERSPETIVA DOS INTERVENTORES	42
1. PROBLEMA, FINALIDADES E OBJETIVOS DA PESQUISA	43
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS	44
2.1 <i>TIPO DE INVESTIGAÇÃO</i>	44
2.2 <i>TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO</i>	45
2.3 <i>EIXOS CONCEPTUAIS DA PESQUISA DE CAMPO</i>	46

2.4	CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	47
2.5	PROCESSO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	48
3.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	51
3.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DOS INTERVENIENTES.....	52
3.2	EXPERIÊNCIAS E PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REINserÇÃO.....	52
3.2.1	<i>Mudanças significativas</i>	52
3.2.2	<i>Dificuldades na implementação de medidas</i>	54
3.2.3	<i>Relação entre percurso evolutivo da reinserção e qualidade de vida dos utentes</i>	56
3.2.4	<i>Definição do Plano Individual de Reinserção</i>	57
3.2.5	<i>Procedimentos</i>	58
3.2.6	<i>Políticas de reinserção</i>	59
3.3	PERSPETIVAS SOBRE A REINserÇÃO E AS EXPETATIVAS PROFISSIONAIS.....	60
3.3.1	<i>O futuro da reinserção</i>	60
3.3.2	<i>O futuro profissional da reinserção</i>	61
3.3.3	<i>Objetivos e indicadores estratégicos</i>	62
	CONCLUSÕES	64
	BIBLIOGRAFIA	67
	ANEXOS	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Descriminalização consumo de drogas.....	10
Figura 2 – Sistematização das mudanças em Portugal.....	12
Figura 3 - Utentes em tratamento - rede pública (Ambulatório).....	15
Figura 4 - Utentes em tratamento com problemas ligados ao álcool - rede pública (Ambulatório)	16
Figura 5 - Estruturas Sócio Sanitárias.....	21
Figura 6 - Quadro de Orientação Estratégica do PORI	23
Figura 7 - Relação entre exclusão social e consumo de drogas	25
Figura 8 - Evolução intervenção reinserção Portugal	31
Figura 9 - Áreas de Intervenção.....	37
Figura 10 - Modelo de Intervenção em Reinserção.....	38
Figura 11 - Níveis de Intervenção da Mediação Social e Comunitária	39
Figura 12 - Pilares e objetivos da mediação	41
Figura 13 - Modelo de Análise das entrevistas.....	46
Figura 14 - Análise das Entrevistas.....	49
Figura 15 - Relação objetivos com eixos analíticos.....	50
Figura 16 - Eixos e categorias analíticas.....	51

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CAT	Centro Atendimento a Toxicodependentes
CDT	Comissão para a Dissuasão das Toxicodependências
CEPD	Centro de Estudos e Profilaxia da Droga
CICD	Centro de Investigação e Controlo da Droga
COPOLAD	Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea
CRI	Centro de Respostas Integradas
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
IDT	Instituto da Droga e Toxicodependência
IEFP	Instituto Emprego e Formação Profissional
MIR	Modelo de Intervenção em Reinserção
PII	Plano Individual de Inserção
PNRCAD	Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências
PORI	Plano Operacional Respostas Integradas
PVE	Programa Vida Emprego
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIM	Sistema Informação Multidisciplinar
SPTT	Serviço Prevenção e Tratamento Toxicodependência
UIL	Unidade de Intervenção Local

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho prende-se com a prática profissional e com algumas questões que se entendiam dever ser esclarecidas no que se refere a uma área de ação de comportamentos aditivos e dependências (CAD) – a reinserção.

A intervenção nesta área tem sido alvo de diversas alterações. Se os primeiros serviços de apoio a toxicodependentes estavam instalados no ministério da justiça, a evolução consolidou esta intervenção no ministério da saúde, a toxicodependência e as adições passaram a ser consideradas doença.

As perturbações relacionadas com adições e comportamentos aditivos são uma constante no nosso dia-a-dia, a perspetiva de saúde mental pública¹ assenta perfeitamente nos conceitos definidos para a intervenção na área dos CAD, onde o bem-estar, a estrutura social aparecem como fatores determinantes para a promoção da saúde.

A alusão a estratégias de ação que vão além do simples ato médico e promotoras do bem-estar individual e da comunidade são um factor que importa disseminar, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar geral das populações.

Tudo isto leva a que a evolução nesta matéria de CAD, assente na constituição das equipas especializadas que consolidam a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, onde todos desempenham um papel ativo e o doente é visto para além da parte física, médica, considerando-se o psico e o social imprescindíveis. A intervenção nesta área atua na análise de uma série de fatores associados ao desenvolvimento e manutenção desta perturbação que importa intervir.

Foi nesta perspetiva que se entendeu apresentar um trabalho que procurasse a visualização de uma problemática numa lógica integrada e de abranger as várias áreas do ser humano, desde a família, à educação/formação/emprego até ao lazer e cidadania. Estas e outras áreas associadas devem ser motivo de reflexão, para que as intervenções retirem o enfoque da substância ou outra dependência centrando-se no cidadão e das relações que este tem com o ambiente e meio que o rodeia e no qual se insere.

A escolha do tema “Modelos de intervenção na área da reinserção em comportamentos aditivos e dependências – evolução recente e perspetivas futuras”, decorre da intervenção profissional do dia-a-dia e pretende ser um trabalho reflexivo pessoal, de curiosidade e

¹ Apresentação na aula de Psicologia do mestrado em Saúde Pública pelo Dr. Vitor Santos

aprofundamento de conhecimentos profissionais, podendo em algum momento ser útil aos promotores de políticas nesta área.

O trabalho incide sobre a identificação e comparação de intervenções nesta vertente nomeadamente nos modelos implementados, contextualizando-os nos pressupostos sociais e políticos da sua implementação em Portugal.

Pretende-se abordar a temática numa visão holística, mas centrando-se numa das áreas que o modelo de intervenção em comportamentos aditivos e dependências congrega, no que diz respeito à reinserção das pessoas com CAD.

Esta dissertação apresenta como objetivos: compreender a importância da reinserção no modelo de intervenção em comportamentos aditivos e dependências; entender e comparar a evolução e situação atual da reinserção social em CAD; analisar as práticas atuais de reinserção social.

O estudo apresentado é de cariz exploratório, onde não se pretende testar de hipóteses, mas identificar padrões e ideias, e refletir sobre o tema seguindo para isso uma metodologia qualitativa, procurando que as conclusões apresentadas tenham apenas um carácter descritivo, não pretendendo generalizar os resultados obtidos.

A metodologia utilizada assenta na revisão bibliográfica e documental, incluindo legislação, realizando para o efeito uma abordagem qualitativa, utilizando como método de recolha de dados a entrevista. Através destas, procuramos explorar as experiências dos intervenientes, e obter uma visão mais completa e crítica do tema em estudo. Os dados recolhidos através das entrevistas são apresentados numa grelha resumida e feita análise de conteúdo da informação nelas contidas.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira de enquadramento teórico e revisão da literatura, onde abordamos os principais marcos legislativos e as características gerais do modelo português de intervenção em CAD e explorando mais pormenorizadamente o modelo de reinserção.

São analisados os níveis de intervenção em CAD por forma a compreender a abrangência da intervenção e uma análise do estado atual da arte relativamente à reinserção em CAD, tema central deste trabalho, centrando-nos nas linhas orientadoras em vigor, através do Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) e as Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências.

Na segunda parte é apresentado o estudo qualitativo, onde elencamos o problema, finalidades e objetivos da pesquisa, e nesta sequência são apresentados e analisados os resultados obtidos.

PARTE I – POLÍTICAS DE INTERVENÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DA REINSERÇÃO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS EM PORTUGAL

1. O MODELO PORTUGUÊS DE INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

Desde sempre o Homem tem procurado obter, através do uso de drogas, formas de alívio e cura para o sofrimento físico e psíquico, de desinibição, de euforia, de revigoramento das energias, de transcender os seus sentidos, procurando sempre uma satisfação pessoal (Almeida, 2005, p. 11).

Ainda para este autor o decorrer dos anos foram sendo descobertas múltiplas substâncias. No séc. XIX calculava-se que na América e Europa existiriam nas farmácias mais de 70 000 medicamentos quase todos contendo substâncias psicoativas. Por esta altura as drogas passaram a ter um uso mais médico e não havia grande preocupação sobre a capacidade aditiva destas substâncias, pelo contrário realçavam-se as virtudes e os efeitos positivos associados ao uso. Por tal motivo, as drogas tornaram-se mais atraentes e populares e o consumo começou a aumentar sem nenhum controlo até aos inícios do séc. XX. A aceitação das drogas entre a população baseava-se mais numa ação curativa com o objetivo de ajudar a viver ou morrer melhor.

Nesta perspetiva, não é de estranhar que não existissem estabelecimentos para tratar indivíduos com problemas relacionados com as drogas, uma vez que aparentemente não havia problema com o consumo de drogas. Esta falsa perceção foi mudando ao longo dos anos, sobretudo a partir dos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, altura em que são conhecidos os primeiros escritos sobre a noção de tóxico e de droga e sobre a dependência que algumas dessas substâncias causam. Será este o início da problematização do consumo de drogas, na medida em que se tornaram como certos os efeitos nocivos do seu consumo (idem, 2005).

Ser consumidor de drogas, nesta altura, aparecia envolto numa aura de amadorismo inspirada pelas classes sociais com maior poder económico: *“tratava-se de um outro mundo, ao qual os mais abastados tinham acesso”* (Poiares, 1999).

A expansão do consumo de drogas no nosso país assume maior expressão nos anos 70 com a ida de um maior número de jovens para a guerra colonial, sendo por esta altura que começam a surgir os primeiros problemas com os consumidores de substâncias psicoativas. O consumo de substâncias tinha nesta época, um importante componente vanguardista/elitista, inspirado pelos intelectuais, professores, escritores e artistas, que tinham como pano de fundo os movimentos de luta pelos direitos cívicos e de luta contra a

guerra. Ao longo das décadas o consumo foi-se solidificando em áreas recreativas e de lazer.

1.1 PRINCIPAIS MARCOS LEGISLATIVOS

As primeiras referências de legislação portuguesa relacionada com as drogas remontam aos anos 20 do séc. XX, com enfoque na regulamentação da importação, armazenamento, comércio e prescrição médica. Com o processo de descolonização em 1975 os problemas com os consumos de drogas ganham maior dimensão e a necessidade de implementar uma intervenção diferenciada.

Com a publicação do Decreto-Lei nº 792/76, o combate à droga vai ser feito em termos policiais pelo Centro de Investigação e Controlo da Droga (CICD), que visava a investigação, fiscalização e repressão criminal, e no contexto clínico e psicossocial pelo Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD) direcionado para o estudo da problemática relativa ao consumo de drogas e seu tratamento médico e social assim como ao estudo de medidas de prevenção dos consumos. Quer o CICD quer o CEPD estavam sob a tutela do Ministério da Justiça. O consumidor de drogas é, pela primeira vez, tomado em consideração na lei, mas sempre na vertente criminal, na convicção de que é uma solução suficiente para obstar ao consumo. Era tratado como um delinquente, já que a lei continuava a não prever qualquer tipo de alternativa de acompanhamento terapêutico e/ou social.

Com o aumento da população toxicodependente a partir do final anos oitenta do séc. XX, e com a passagem do acompanhamento dos toxicodependentes para o Ministério da Saúde o poder político vai respondendo com o reforço de respostas institucionais especializadas intervenientes na área médica, social e psicológica. Surge o Centro de Atendimento das Taipas em Lisboa, os Centros de Olhão, e Cedofeita no Porto (1987) e o Projeto Vida (1987) com uma intervenção mais virada para a intervenção na comunidade.

A necessidade de se alargar e melhorar a articulação das respostas de intervenção direta, nas áreas de prevenção e tratamento, originou a criação do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), sob tutela do Ministério da Saúde, pela promulgação do Decreto-Lei n.º 83/90, de 14 de Março, com atribuições nas áreas da prevenção, tratamento e reinserção social dos toxicodependentes que sucede ao CEPD.

Nos anos 90 (séc. XX) tenta-se por um lado, garantir o acesso a cuidados clínicos, através do investimento prioritário na constituição de uma rede de serviços públicos que têm no horizonte a cobertura, com centros de atendimento a toxicodependentes (CAT), em todos os distritos do

país. Por outro lado, reorganiza-se a resposta policial de combate ao tráfico. Nesta altura, Portugal debatia-se com um grave problema de consumo de heroína e suas consequências, associado a contextos de marginalidade e exclusão, com maior predomínio nas áreas mais pobres e desfavorecidas que propiciam graves problemas sociais e de ordem pública.

Ao mesmo tempo e, face ao elevado número de consumidores por via endovenosa, começam a surgir graves problemas de saúde pública, aumento de infeções VIH/SIDA, Hepatites B e C, Tuberculose e mortes por *overdoses*.²

O número de detenções relativo à totalidade das infrações associadas à droga vinha a aumentar significativamente em Portugal, ao ponto de a grande maioria dos condenados, o serem por problemas relacionados com drogas. Quintas (2006) citado por Fernandes & Silva (2009) refere que *"O aumento mais significativo do número de presumíveis infratores dá-se precisamente na segunda metade da década de 90, chegando a ultrapassar 14 mil presumíveis infratores no ano 2000. Com a descriminalização do consumo, e já tendo em conta os processos contra-ordenacionais (2001 a 2005), o número total de presumíveis infratores registados pelas polícias diminui, estabilizando entre 11 e 12 mil pessoas por ano."*

Embora não existindo nenhum estudo efetuado sobre a prevalência do consumo, nos finais dos anos 80 a maioria da população portuguesa considerava o problema da droga como o principal problema social do país (Domoslowski, 2011, p. 20).

Esta situação originava cada vez mais debates à volta do problema do consumo de drogas, uma vez que havia a perceção em muitas áreas da sociedade, incluindo juristas e médicos, que a criminalização fazia cada vez mais parte do problema do que da solução.

O Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016 e o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD) 2013-2020 aprovado pela Resolução conselho ministros 79/2014 de 29 de dezembro inserem-se na linha de continuidade da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999 e passam a ser as referências da política de saúde em matéria de dependências em Portugal. A estratégia concentra-se em dois domínios de ação, a redução da oferta e da procura, visa a implementação de ações com eficácia comprovada que serão sujeitas a avaliação.

² Costa (1995) "Em particular no nosso país passamos de uma incidência elevada entre os homossexuais e heterossexuais (o que faz lembrar os países não industrializados) para uma situação de subida alarmante nos casos de SIDA entre os toxicodependentes de drogas injetáveis que os pôs desde 1993, como o grupo de maior incidência e atualmente de maior prevalência".

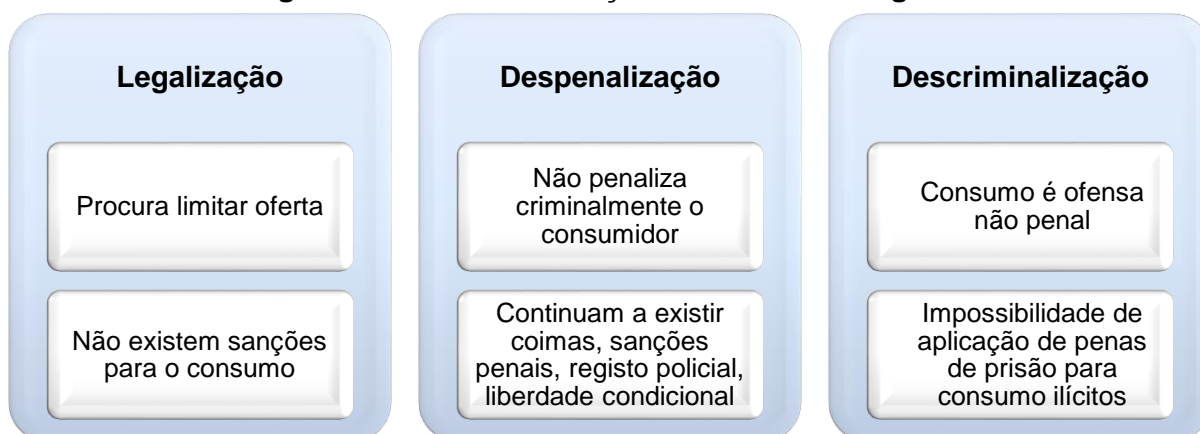
O PNRCAD (idem) refere os princípios orientadores com base no humanismo e no pragmatismo e que se salienta a:

- Territorialidade – para melhor conhecer, intervir e avaliar com o enfoque numa gestão e planeamento localizado e territorial.
- Centralidade no Cidadão – a intervenção em CAD não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e dos comportamentos aditivos mas assumi, a centralidade no cidadão e nas suas necessidades, objetivas e subjetivas, de acordo com o ciclo de vida em que se insere.
- Intervenção Integrada – as abordagens e respostas devem construir-se de forma integrada e muitas vezes cumulativa, não clivando a realidade individual, económica, política, cultural e social. As fronteiras artificiais entre prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção devem esbater-se progressivamente, tornando-se a articulação inter institucional e definição de estratégias transversais como uma forma de aproveitamento e rentabilização de recursos

Em 2000 é publicada a lei 30/2000 e a 1 de Julho de 2001 entra em vigor a descriminalização do consumo de drogas. A análise da figura 1 permite perceber a distinção que esta nova legislação trouxe relativamente a este fenómeno. Da aplicação da lei resulta a Comissão para a Dissuasão das Toxicodependências (CDT) de âmbito distrital. A descriminalização cria um enquadramento legal para a implementação de políticas de redução de danos e para a reinserção social de toxicodependentes (Domoslawski, 2011, p. 24).

A descriminalização do consumo de substâncias psicoativas procurou fornecer um quadro legal mais humano, através da abertura de políticas e recursos nas áreas da prevenção, redução de riscos, tratamento, reinserção social, e redução da oferta. A estratégia procurava evitar o medo de recorrer ao tratamento, baseando-se no humanismo e no pragmatismo (idem, 25).

Figura 1 – Descriminalização consumo de drogas



Fonte: Sistematização da autora

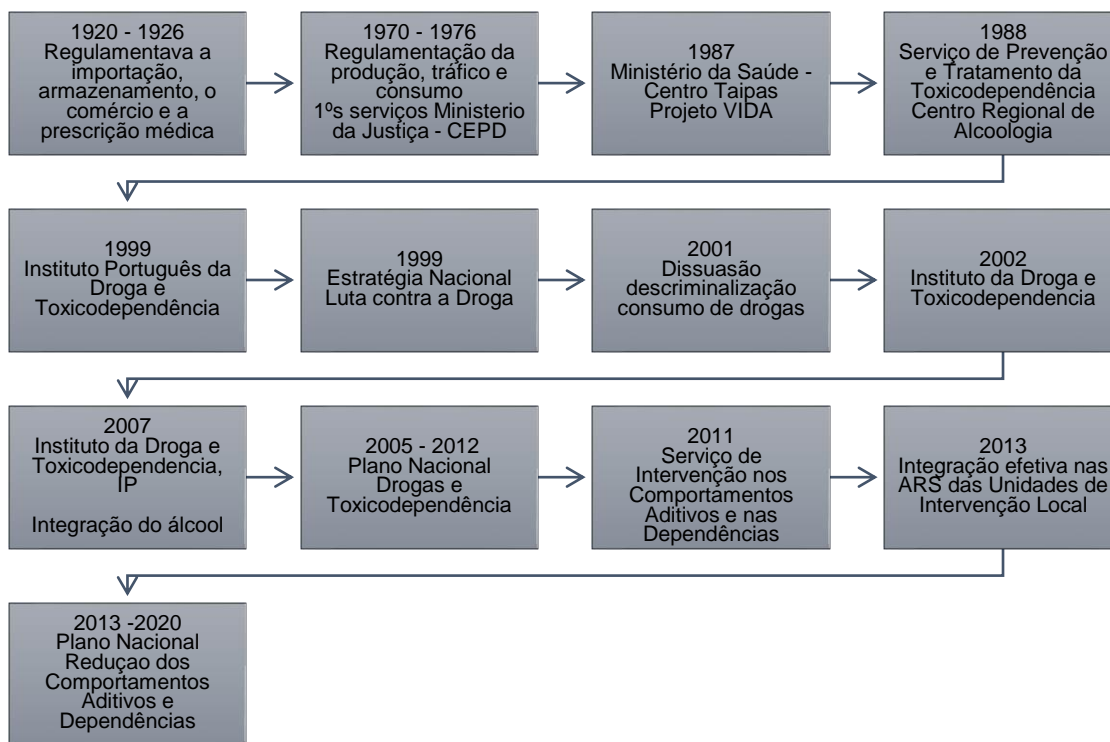
As mudanças que ocorreram nos últimos anos em Portugal ao nível dos CAD permitiram uma resposta a nível assistencial diversificada onde as intervenções terapêuticas possibilitaram a inclusão de vários programas de tratamento. O consumidor toma consciência de que na qualidade de cidadão tem várias alternativas para se tratar, não sendo penalizado por consumir drogas.

No ano de 2002 é constituído o Instituto da Droga e da Dependência (IDT, IP), que resulta da fusão dos serviços do SPTT, onde estavam as unidades de tratamento e do IPDT, onde se encontravam as unidades de prevenção. As alterações incluem em 2007 a integração do álcool nos serviços que tratavam as substâncias ilícitas, até então com serviços autónomos e independentes. Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro, o Governo criou o Serviço para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo, em consequência, o IDT, IP. e atribuiu às Administrações Regionais de Saúde, IP. (ARS) parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, o que levou à integração nas ARS das Unidades de Intervenção Local do IDT, IP. A fusão foi efetivada com o Despacho nº 251/2013 de 7 de Janeiro de 2013.

A figura 2 sistematiza as mudanças mais significativas em termos de comportamentos aditivos e dependências ocorridas em Portugal.

O Conselho Europeu considera na Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga 2012 que se deve abrir um espaço às dinâmicas e potencialidades locais, regionais, nacionais e transnacionais e fazer uma utilização otimizada dos recursos disponíveis, e propõe explicitamente uma abordagem temática ou regional, que nalguns casos pode ser adequada, tendo em vista proteger e melhorar o bem-estar social e individual, proteger a saúde pública, oferecer um elevado nível de segurança ao grande público e adotar uma abordagem equilibrada e integrada do problema da droga.

Figura 2 – Sistematização das mudanças em Portugal



Fonte: Sistematização da autora

1.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MODELO PORTUGUÊS

O modelo português relacionado com o uso de drogas, tem sido reconhecido internacionalmente, referindo João Goulão, diretor geral do SICAD, numa entrevista à revista Dependências no Encontro sobre Políticas de Drogas Portuguesas (2015): “...a diminuição da prevalência e, sobretudo, da incidência de consumos na população em geral e nos jovens adultos. Depois, estejamos conscientes de que a heroína foi, durante muitos anos, o inimigo público número um e, nesta substância, assistimos a uma queda inquestionável. Não sendo uma virtude exclusiva do modelo português, é algo que está a ser consolidado pela nossa intervenção e resposta a um problema que fica mais ou menos para a vida inteira. O alargamento dos programas de manutenção e a capacidade de acompanhar estas pessoas à medida que envelhecem são realidades presentes. Temos uma população heroinodependente cada vez mais idosa, o que significa que as pessoas não morreram pelo caminho, beneficiando do acesso aos cuidados de saúde. Claro que isto nos levanta outros problemas: agora temos a necessidade de nos ocuparmos destas pessoas mais velhas e fragilizadas do ponto de vista físico, mental e social, de pensar noutras respostas e desafios.

Mas confio que vamos conseguindo lidar com estas problemáticas, mesmo face às dificuldades que todo o povo português sofreu nos últimos anos. Mantivemos o essencial destas respostas, apesar de termos perdido algumas coisas pelo caminho, nomeadamente os programas de integração laboral que, até do ponto de vista político, seriam dificilmente sustentáveis quando temos altas taxas de desemprego na população em geral (Dependências, 2015).

O modelo português para além da descriminalização do consumo assenta a sua intervenção nas respostas integradas e de proximidade. Todas as medidas são complementares e devem ser proporcionadas de forma integrada, contribuindo em última instância para reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, bem como as consequências para a saúde e as consequências sociais relacionadas esta problemática.

É neste contexto que surge a proposta de desenvolvimento de um sistema de resposta integrado dos diferentes níveis de intervenção. Por outro lado, nos dias de hoje, a escassez de recursos é um fenómeno transversal e global, sentido quer a nível individual, quer a nível coletivo, em todas as áreas onde se inclui a toxicodependência. A consciencialização para esta realidade é fundamental para que em conjunto, e numa constante conjugação de esforços possamos fazer frente às várias necessidades sentidas, definindo prioridades e gerindo os recursos disponíveis de uma forma racional, pragmática e eficaz. Esta gestão implica uma visão partilhada dos problemas, bem como a assunção por parte de todos os parceiros envolvidos das suas responsabilidades (Grupo de Apoio à Coordenação do PORI, 2006-2007).

Ao termos em conta as políticas públicas de luta contra as drogas, e tomando em consideração as reformas na administração pública, verificamos que em 1976, data dos primeiros serviços de tratamento para as dependências em Portugal, e que estavam sob a tutela do Ministério da Justiça, a administração pública era orientada para a legislação, tudo tinha de estar debaixo da conformidade legal. Já na década de 90, com o alargamento das unidades de tratamento a todo o país e a passagem do tratamento da toxicodependência para a tutela do Ministério da Saúde, a direção da gestão pública era orientada para os serviços onde estava sempre presente a competitividade numa perspetiva de melhoria do setor público. Já no início do séc. XXI e com a política de descriminalização das drogas a governação pública passou a ser orientada para os cidadãos com o objetivo de melhoria da qualidade de vida da comunidade e numa perspetiva da intervenção da sociedade civil com vários atores sociais: organismos públicos, organizações sem fins lucrativos e entidades privadas.

A descriminalização das drogas em Portugal instituída há 15 anos tem atraído críticas e apoios tanto a nível interno como a nível internacional. A avaliação do impacto destas reformas na sociedade portuguesa surge agora através de vários estudos internacionais e da avaliação interna de alguns indicadores importantes.

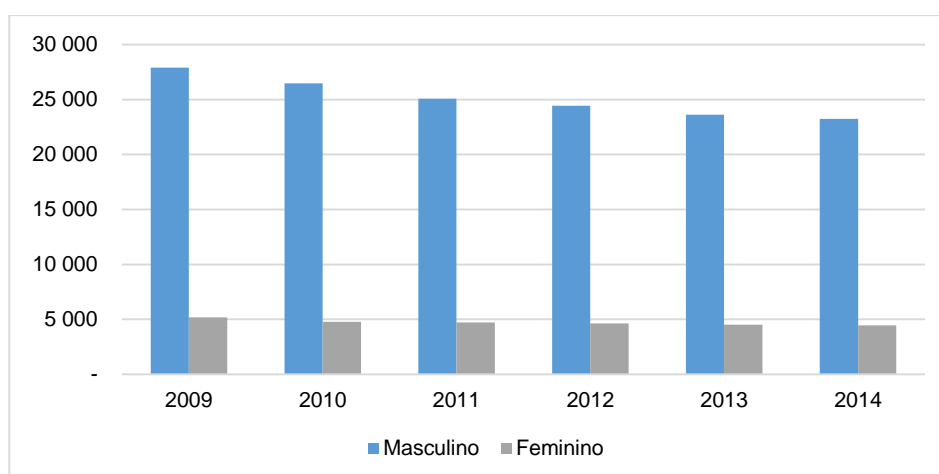
“O modelo português que foi criado e implementado, no âmbito da redução do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, encerra uma visão ampla, global e integrada do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e da toxicodependência, tendo sido operacionalizado através de mecanismos de Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção, que se revelaram, no seu todo, capazes de enfrentar de forma eficaz os desafios crescentes e a complexidade que esta problemática encerra” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013).

2. FENÓMENO COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS E CONCEÇÕES DE INTERVENÇÃO

Falamos de comportamentos aditivos quando nos referimos a “*comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: jogo, internet, relações sexuais, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer. A continuidade e a perseverança deste tipo de comportamento, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos e ambientais, poderá evoluir para o ciclo de adição*” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013, p. 78).

O consumo de substâncias ilícitas por parte dos que recorrem às equipas tem vindo a diminuir conforme se encontra referido no Relatório Anual de 2014 relativo à Situação do país em Matéria de Drogas e Toxicodependência e visível na figura 3 (Serviço Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2015, p. 16) “*no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 27 689 utentes, inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de drogas. Dos que iniciaram tratamento no ano, 1 803 eram utentes readmitidos e 1 950 eram novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede.*” O fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências tem vindo a sofrer alterações ao longo dos últimos anos, possível de analisar pelo número de utentes que recorrem ao tratamento e que tem vindo a diminuir.

Figura 3 - Utentes em tratamento - rede pública (Ambulatório)

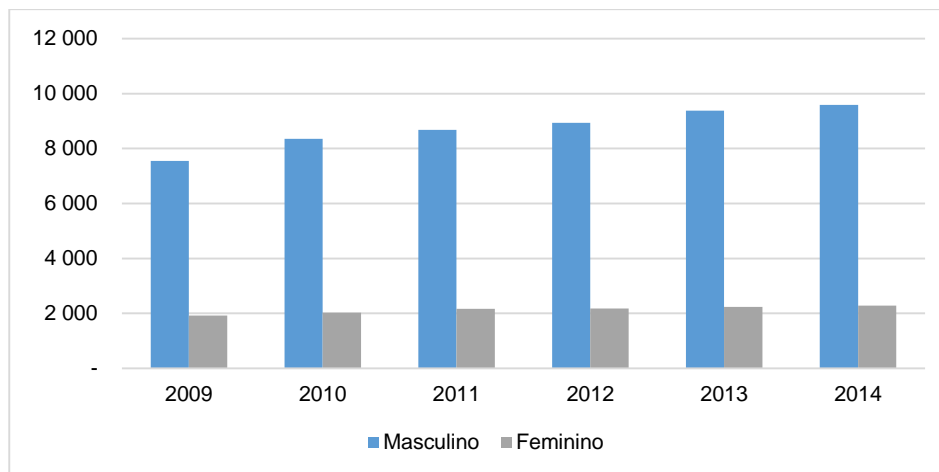


Fonte: SICAD, 2015³

³ Relatório Anual 2014 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência

Relativamente ao consumo de álcool a situação inverte-se e o número de utentes tem vindo a aumentar, como é possível verificar na figura abaixo.

Figura 4 - Utentes em tratamento com problemas ligados ao álcool - rede pública (Ambulatório)



Fonte: SICAD, 2015⁴

Verificamos então que a problemática dos CAD é abrangente e importa clarificar que, apesar de encontrarmos definições e áreas concretas de intervenção, nem sempre é claro e perceptível para todos, onde acaba a intervenção de uma área e começa a de outra, sendo certo que existe interdisciplinaridade e complementaridade entre todas elas.

No total são cinco os vetores de intervenção que, em conjunto e complementarmente, trabalham para dar resposta às intervenções e políticas na área dos CAD no que se refere à redução da procura de substâncias. *“A intervenção desenvolvida no domínio dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal nos últimos anos, pautou-se pelo desenvolvimento de um modelo que encerra uma visão ampla, global e integrada do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, tendo sido preconizado a sua operacionalização através das áreas de intervenção em Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção.”*⁵

⁴ Relatório 2014 – A situação do país em matéria de álcool

⁵ <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Paginas/default.aspx> consultado a 10 junho 2016

2.1 CONCEÇÕES E NÍVEIS DE INTERVENÇÃO EM CAD

Encontramos ao longo dos tempos evolução relativamente a conceitos e intervenções. Importa aqui fazer uma abordagem sintética dos níveis de intervenção em CAD: prevenção, dissuasão, tratamento, reinserção e redução de risco e minimização de danos.

A perspetiva mais antiga é aquela que distingue *prevenção primária* (engloba as intervenções que precedem o problema, por forma a evitar o seu aparecimento), *prevenção secundária* (diz respeito a intervenções que visam diagnosticar o problema e tratar o mais cedo possível) e *prevenção terciária* (visa promover a reinserção socioprofissional e prevenir recaídas).

Em 1987 surgiu uma nova terminologia, proposta por Gordon, que distingue a prevenção em três tipos: universal, seletiva e indicada. A tipologia de prevenção primária, secundária e terciária refere-se essencialmente ao momento da evolução da condição em que as estratégias preventivas são implementadas, enquanto a tipologia de prevenção universal, seletiva e indicada, como podemos verificar de seguida, se refere ao tipo de população a que as intervenções se dirigem (Iglesias, 2002).

A **prevenção** foi acompanhada de interpretações nem sempre consensuais. As intervenções com carácter de *prevenção universal* são dirigidas a grandes grupos sem que se tenha apurado a existência específica de risco de uso/abuso de substâncias, beneficiando todos por igual. Parte-se do princípio que toda a população partilha o mesmo risco no que se refere ao uso/abuso de substâncias, apesar do poder ser maior ou menor de indivíduo para indivíduo. São perspetivas menos intensas e menos custosas, incluindo-se nestes programas a maioria das intervenções em contexto escolar como as que pretendem desenvolver competências de vida e clarificar valores.

A *prevenção seletiva* dirige-se a subgrupos da população vulneráveis que se encontram em maior risco de desenvolverem problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas comparativamente com a maioria da população. Os grupos de risco podem ser identificados com base em fatores de ordem biológica, psicológica, social ou ambiental. As intervenções com carácter seletivo abrangem todo o grupo apesar do grau de risco individual dentro deste poder ser distinto, isto é, um indivíduo dentro do grupo pode não estar em risco de consumir enquanto outro no mesmo grupo pode ser consumidor. A prevenção seletiva visa prevenir comportamentos problemáticos de consumo de substâncias psicoativas e a exclusão social antes que surja a necessidade de tratamento, fornecendo aos subgrupos

identificados informação e competências necessárias para reduzir a adoção de comportamentos de consumo.

A *prevenção indicada*, mais intensiva e mais custosa, dirige-se a subgrupos da população, que apresentam sinais de uso, incluindo a experimentação ou uso regular, de substâncias psicoativas e outros problemas de comportamento. Dirige-se portanto a indivíduos de alto risco pretendendo abrangê-los com intervenções específicas visando prevenir o abuso, a continuação do uso e/ou redução da severidade do abuso de substâncias.

“Mais recentemente tem sido desenvolvida outra abordagem em prevenção, designada Prevenção Ambiental, cujas estratégias visam as normas sociais, isto é, estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais. Estas estratégias preconizam a alteração dos ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, que interferem com as escolhas individuais do uso de substâncias psicoativas. Neste âmbito incluem-se medidas como a legislação nacional relativa ao consumo de substâncias psicoativas, como por exemplo, a taxação fiscal dos produtos, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda ou medidas em contextos particulares, como o meio escolar, que regulam o uso de álcool e de tabaco para todos os elementos da comunidade escolar (alunos, professores, profissionais e adultos responsáveis pelos alunos)” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013, p. 50).

A **dissuasão**, que é resultante da aprovação da Lei n.º 30/2000, a sua operacionalização é efetuada pelas Comissões de Dissuasão para a Toxicodependência (CDT). Estas CDT têm abrangência distrital e a sua intervenção é dirigida para o encaminhamento dos consumidores/utilizadores para tratamento e reinserção social.

Conforme é referido na Resolução do Conselho de Ministros 79/2014 de 29 de dezembro “A *dissuasão assume-se como uma estratégia de intervenção global e integrada, extravasando a mera aplicação da Lei. Consagra um forte potencial em matéria de diminuição do consumo de substâncias psicoativas e dependências, constituindo na maioria das situações o primeiro contacto com os serviços e respostas disponíveis. O paradigma da dissuasão operacionaliza-se sob a forma de placa giratória que convoca e mobiliza um conjunto de parceiros para uma abordagem complementar, que passa por dimensões relacionadas com a segurança e ordem pública e com a deteção precoce de situações de risco, nas quais uma intervenção atempada pode fazer a diferença”*.

Indissociável dos restantes tipos de intervenção, a dissuasão opera numa rede de respostas articuladas trabalhando para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas, para a

proteção sanitária dos consumidores e das populações e para a prevenção da exclusão social.

O **tratamento** no que diz respeito a CAD pode ser definido, “*como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas destinadas a lidar com os problemas de saúde e outros, que resultam dos comportamentos aditivos e dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social*” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2016b)

O tratamento começa quando o indivíduo pede ajuda direta ou indiretamente, a um técnico de saúde. As respostas apresentadas são diversificadas e poderão adaptar-se à pessoa que procura tratar-se. A intervenção nesta área é multi e interdisciplinar, podendo recorrer-se a profissionais de várias áreas (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) através de estruturas com resposta ao nível do ambulatório, internamento e centros de dia. A adição é uma doença crónica e por isso é difícil definir a duração do tratamento, com possibilidades de recaídas e acompanhamento regular pelos profissionais de saúde. Muitas vezes associado aos problemas existem outras perturbações de saúde ao nível físico e psíquico.

“*Assim o tratamento de uma pessoa com comportamentos aditivos ou dependência pode requerer a combinação de diferentes intervenções terapêuticas: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistémicas e reabilitação social.*” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2016b). O tratamento é pois um processo dinâmico e complexo, que não visa apenas a paragem do consumo. Avalia-se a partir do conjunto de mudanças que vão tendo lugar na vida do indivíduo.

Importa esclarecer os tipos de estruturas de tratamento existentes em Portugal: as unidades públicas, as unidades privadas, unidades privadas convencionadas e as unidades privadas não convencionadas.

- As unidades públicas, que são o conjunto de unidades que integram a rede que transitou do ex IDT, IP, e transferidas na sua operacionalização para as ARS.
 - As unidades públicas designadas de Unidades de Intervenção Local englobam os Centros de Respostas Integradas, as Unidades de Desabituação, as Unidades de Alcoologia e Comunidades Terapêuticas. (Despacho n.º 2976/2014 de 21 de fevereiro)
- As unidades privadas são constituídas pelo conjunto de unidades que prestam cuidados de saúde na área dos comportamentos aditivos e dependências, que mediante o licenciamento (decreto lei 13/93 de 15 de janeiro) e que podem aceitar

toxicodependentes para tratamento. O Decreto-Lei n.º 16/99 de 25 de janeiro considera como unidades de internamento as clínicas de desabilitação e as comunidades terapêuticas, a ao nível do ambulatório os centros de dia e os centros de consulta.

- As unidades privadas convencionadas representam o conjunto de estruturas, em que o Estado garante aos cidadãos as condições de acesso a meios de tratamento, participando nos custos a suportar pelos utentes e respetivas famílias, no decurso dos processos de tratamento.
- As unidades privadas não convencionadas reportam-se ao conjunto de unidades licenciadas, mas que não foram objeto de convenção.

Com o atual modelo de descriminalização dos consumos, a dependência é vista como doença e assim o doente precisa de tratamento e reabilitação, ganhando deste modo uma importância acrescida a reinserção.

A **reinserção** é um processo que implica o envolvimento do indivíduo e da sociedade em que se insere, procurando criar condições para que pessoa com CAD comece a superar a sua dependência e se possa inserir no seu contexto social. A reinserção é *“uma construção individual, autossuficiente, qualificante, capacitadora, partindo sempre do indivíduo enquanto motor do seu próprio desenvolvimento pessoal e social”* (Carvalho & Pinto, Manual Boas práticas em Reinserção (1º caderno) Enquadramento Teórico, 2007, p. 11).

A reinserção de indivíduos com comportamentos aditivos e dependências pode ser um processo lento e sinuoso, que exige intervenções globais e sistémicas que contribuam para a sua sustentabilidade. Nesta ótica, a abordagem no âmbito da inserção social extravasa a correção dos comportamentos e das atitudes dos indivíduos, centrando-se também na transformação, não menos profunda, das instituições, dos agentes sociais e económicos. O acompanhamento dos processos de inserção constitui por si, uma estratégia que garante a avaliação permanente do percurso, a correção de opções e o apoio de retaguarda ao indivíduo, numa lógica proactiva de prevenção da recaída (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013).

A **Redução de Riscos e Minimização de Danos** (RRMD) consiste num modelo próprio de intervenção face à problemática que se desenvolve em torno do consumo de substâncias psicoativas, com pressupostos, objetivos e metodologias específicas, que se configuram num corpo teórico-prático coerente e distinto de outras modalidades de intervenção.

As abordagens em matéria de redução dos riscos e minimização de danos consistem em procurar modificar o comportamento dos consumidores de drogas a fim de diminuir os riscos, nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir a abstinência.

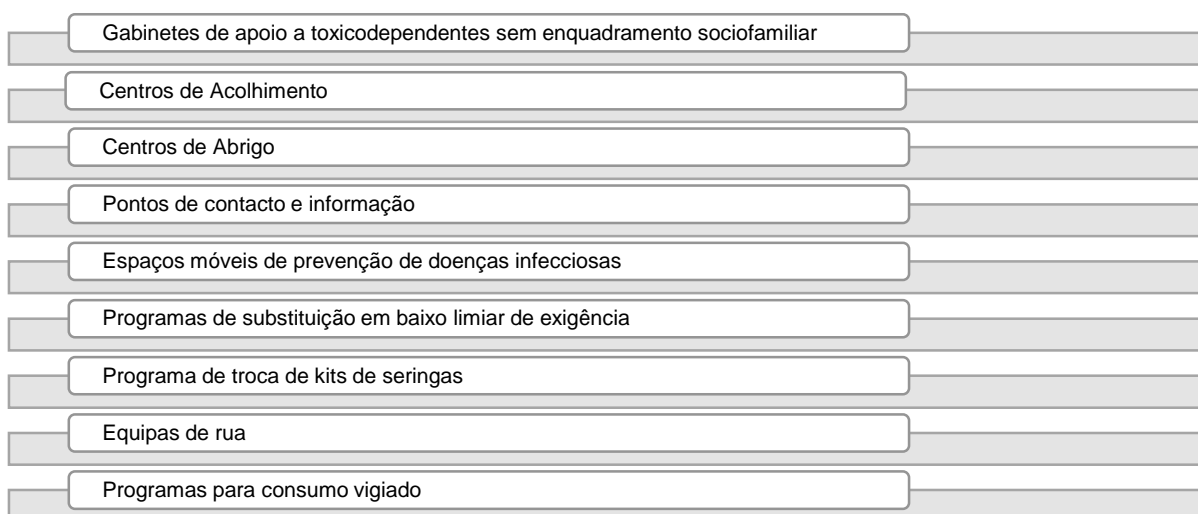
A adoção de modos de consumo sem perigo ou de menor risco faz parte dessas abordagens, assim como iniciativas destinadas a prestar ajuda e assistência aos toxicod dependentes doentes ou socialmente excluídos, captando a sua confiança motivando-os para tratamento.

As estruturas socio-sanitárias desenvolvidas em Portugal, que fazem parte de uma rede de intervenção de redução de riscos e minimização de danos, tem um enquadramento normativo legal desde 2001, expresso no Decreto-Lei nº 183/2001 de 21 de Junho, e destinam-se “à sensibilização e ao encaminhamento de toxicod dependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicod dependência” (Decreto Lei n. 183/2001 de 21 de Junho).

O paradigma da intervenção em RRMD assenta em quatro pressupostos fundamentais: o pragmatismo, a abordagem humanista, a não imposição da abstinência e a proximidade. (Carapinha, 2009) O modelo de intervenção desta área tem como pilar, uma intervenção de proximidade, junto de indivíduos com inúmeros problemas psicossociais e em contextos de grande mutabilidade e imprevisibilidade.

O Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, regula no art.º 3º as seguintes estruturas sócio sanitárias, que sintetizamos na figura 5.

Figura 5 - Estruturas Sócio Sanitárias



Fonte: Sistematização da autora

2.2 PORI – Plano Operacional de Respostas Integrada: início de um ciclo estratégico de intervenção integrada

Durante o ano de 2006, o então IDT, inicia um novo ciclo estratégico ao nível da intervenção. Implementa-se um novo modelo de intervenção integrada designado de **PORI – Plano Operacional de Respostas Integrada**.

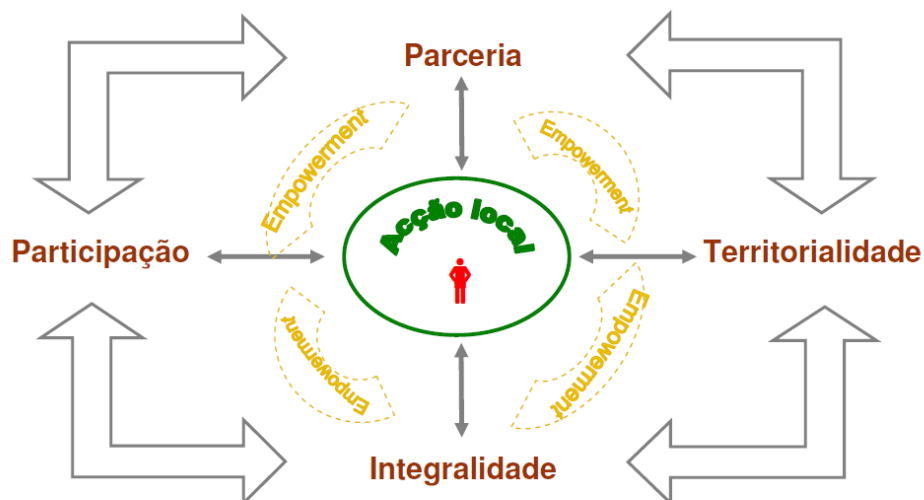
A metodologia subjacente a esta medida inicia-se com a elaboração de diagnósticos de base territorial, da realidade relacionada com o consumo de substâncias psicoativas, por forma a identificar, caracterizar e sustentar as necessidades de cada território. Procurando dar resposta ao preconizado no Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências de 2005, nomeadamente ao objetivo de contribuir para “*reduzir de forma significativa o consumo de drogas entre a população e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde, causados pelo consumo e tráfico de drogas ilícitas*” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, 2016b).

Ainda de acordo com o mesmo documento, os princípios estratégicos subjacentes ao plano são: a territorialidade, a integração, a parceria e a participação (ver figura 6).

O Plano Operacional de Respostas Integradas procura construir uma rede de respostas integradas e complementares, a nível local, com parceiros públicos e privados que procuram agilizar as respostas no sentido de rentabilizar recursos e atuar nas áreas lacunares identificadas, recorrendo por vezes a financiamentos, onde há identificação de necessidades e não há outro tipo de respostas.

O PORI (IDT, 2007) tem como objetivos: construir uma rede global de respostas integradas e complementares, no âmbito da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção; aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência das intervenções, dirigindo-as a grupos específicos; desenvolver um processo de melhoria contínua da qualidade da intervenção através do reforço da componente técnico-científica e metodológica; aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoativas; promover a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo.

Figura 6 - Quadro de Orientação Estratégica do PORI



Fonte: SICAD

(<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Programas/PORI/SitePages/Home%20Page.aspx>)

3. REINSERÇÃO SOCIAL: CONCEITOS E MODELOS ANALÍTICOS

Reinserir é devolver uma imagem positiva ao sujeito, é confrontar as instituições com as necessidades dos indivíduos, é gerar mediação entre os recursos das instituições e as necessidades grupais e individuais, não se podendo considerar unicamente o acesso a um determinado rendimento, mas que o indivíduo possa possuir condições para estabelecer um projeto de vida, construir um estatuto e uma identidade social, sustentar uma imagem positiva de si próprio, alargar as suas redes sociais, manter uma relação com instituições e serviços coletivos, adquirir direitos à saúde e à proteção social. Falar de reinserção pressupõe a promoção e orientação de um conjunto de iniciativas úteis, visando criar condições que permitam ao indivíduo fazer opções.

3.1 EXCLUSÃO SOCIAL E CONSUMO DE DROGAS: RELAÇÕES (IM)PREVISTAS?

Porém, falar de reinserção social sem falar de exclusão social constitui uma abordagem redutora, pelo que se torna imprescindível analisar conceptualmente este fenómeno. O conceito de exclusão encontra-se de alguma forma associado ao de reinserção social. Se a exclusão é entendida como “*um processo dinâmico, associado a uma trajetória que conduziu à marginalização, presenciando-se a acumulação de handicaps vários (ruturas familiares, carências habitacionais, isolamento social, etc.)*” (Rodrigues, Samagaia, Ferreira, Mendes, & Januário, 1999), a reinserção social em CAD também como um processo dinâmico que procura corrigir os *handicaps* identificados procurando que o indivíduo funcione integrado na sociedade em que vive.

As sociedades pós industriais têm vindo a sofrer inúmeros processos de mudança quer ao nível estrutural, quer ao nível económico, político, cultural e social. Estas transformações tem originado novos conceitos relacionados com fragmentação social e desigualdades sociais, o que implica uma necessidade premente de compreender o fenómeno da exclusão social que terá que ser adaptado às novas realidades sociais. A noção de exclusão social transcende a noção de pobreza relacionada com a dificuldade de acesso a determinados bens e serviços; à carência de direitos políticos e possibilidade e capacidade de exercer-los (COPOLAD, 2014).

A noção de exclusão social sofreu alterações e teve que ser reavaliada, e esta deve ser vista como um fenómeno multidimensional, multifatorial, estrutural, dinâmico e político. Ao referirmo-nos à exclusão como um processo não podemos entendê-la como uma condição

estática e imutável, nem falar em termos binários (está-se ou não se está excluído), é antes de mais pensar em termos de percurso social e pessoal. A exclusão social não se explica por um única causa, mas pela forte inter-relação entre uma serie de condicionantes e fatores, podendo por vezes traduzir-se no resultado de políticas ineficazes.

Não existe uma relação causal entre exclusão social e dependências, não sendo possível aferir se a exclusão funciona como fator de risco para estes comportamentos ou se os comportamentos aditivos e dependências constituem um fator de risco para a exclusão social. Uma pessoa com comportamentos aditivos e dependências, muitas vezes é ela própria um excluído, rompendo com os sistemas sociais a que pertence levando a situações de exclusão extrema. Nesta perspetiva a reinserção social em CAD ganha contornos cada vez mais prementes que importa trabalhar, clarificando alguns juízos associados.

O modelo apresentado em 2003 pelo Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (EMCDDA, 2016) apresenta graficamente a relação entre exclusão social e consumo de drogas (figura 7).

Figura 7 - Relação entre exclusão social e consumo de drogas



Fonte: EMCDDA, 2003

Ao falarmos de reinserção social, terá sempre que ser com base numa perspetiva global e transversal, desde que se inicia o tratamento e com base nas abordagens bio-psico-sociais

como parte integrante de todo o processo do utente em causa. “*Os processos de reinserção social requerem uma coordenação e participação ativa de todas as instituições com responsabilidade na área social e da saúde, sendo assim fundamental chamar a atenção para a necessidade de se promover iniciativas conjuntas intra e inter institucionais*” (Rebelo, 2007).

3.2 MODELOS TEÓRICOS REFERENCIAIS: CONTRIBUTOS PARA REFLEXÃO SOBRE A REINSERÇÃO DE PESSOAS COM CAD

Os modelos teóricos que sustentam a reinserção social para consumidores de substâncias e dependentes assentam sobretudo em modelos psicossociais e sócio estruturais.

A referência ao **modelo eco sistémico** (COPOLAD, 2014, p. 197) tem a vantagem de permitir a compreensão da completa e permanente interação das pessoas com o seu ambiente, operacionalizado no conceito de rede social. Para este modelo as pessoas são parte integrante de um sistema com relações entre si, ou seja, a mudança de um dos elementos repercute-se nos outros. Os problemas e necessidades humanas surgem da transição entre os seres humanos e o ambiente, de modo que a melhoria destas mudanças supõe uma melhoria da capacidade adaptativa das pessoas. Pressupõe-se que haja uma interação da pessoa com o seu ambiente e os diferentes níveis em que se desenvolve. O indivíduo é entendido como imerso numa série de espaços de relação, mais ou menos próximos, sobre os quais é preciso intervir de forma conjunta se pretendemos uma melhoria da qualidade de vida das pessoas que vão desde a família até às macro condições.

A pessoa move-se em redes sociais onde as mais próximas são a família, a escola e os amigos (espaços primários de socialização) e mais distantes, as condições macrossociais, políticas e económicas. Qualquer que seja o nível em que se atue, este influencia direta ou indiretamente a vida das pessoas e todos devem ser tidos em consideração para compreender este fenómeno de CAD. Este modelo apresenta como objetivos: potenciar as características pessoais que permitam uma adaptação e/ou modificação do ambiente, segundo as necessidades de cada um; intervir a todos os níveis, desde o pessoal ao macrossocial, de forma a potenciar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco.

O **modelo bio psico social** (COPOLAD, 2014, p. 198) entende as dependências como um comportamento regulado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os comportamentos aditivos e dependências não são uma condição crónica do indivíduo, mas sim o resultado

da interação dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais num determinado momento. Neste modelo é dada especial ênfase à importância de promover a responsabilidade individual e social na manutenção da saúde, entendendo esta como um processo de desenvolvimento contínuo a nível físico, psíquico e social.

O conceito de reinserção social aparece relacionado com a toxicodependência, quando se começa a ver o fenómeno das drogas como uma problemática social. Antes desta época o consumo de drogas era um comportamento individual e que se resolvia no interior da família.

A reinserção é um processo dinâmico e transversal que se inicia quando o consumidor de drogas decide começar um tratamento, aprofunda-se a partir do momento que começa a construir a sua autonomia, a sua capacidade de comunicação e de identificação a valores sociais mínimos e é operativa quando o indivíduo é capaz de desenvolver a sua vida em sociedade, sem conflitos abertos com esta, mantendo capacidades de relação, exercendo uma atividade ocupacional ou laboral e integrando o seu meio social ou outro adequado às suas características pessoais (Cabrerero, 1988).

Segundo uma outra perspectiva, reinserção é o processo de vinculação efetivo e ativo, à realidade cultural, económica e social, que o indivíduo realiza após um período de crise com a mesma, ou seja, importa que o indivíduo se vincule a um meio social determinado, onde se possa desenvolver como pessoa e cidadão, com direitos e deveres (Carvalho & Pinto, 2007, p.10).

Para Capucha *“não se trata apenas de aceder a um determinado rendimento (...). Trata-se sim de possuir condições para restabelecer um projeto de vida, construir um estatuto e uma identidade social, alimentar uma imagem positiva de si próprio, alargar as redes das sociabilidades, manter uma relação com instituições e serviços coletivos, adquirir direitos à saúde e à proteção social e sentir-se dono próprio destino e do da sua família”* (1998, p. 61).

Intervir em reinserção deve ter em consideração as causas efetivamente associadas aos CAD, procurando estratégias globais, que contemplem as diversas dimensões da realidade dos atores e dos sistemas sociais e que atuem estruturalmente nos problemas dos indivíduos e das sociedades. Alcina Ló refere que *“pensar o fenómeno da toxicodependência sem contemplar a integração social traduz uma abordagem parcelar, que não reflete as reais preocupações teóricas e estratégicas do paradigma em torno do uso e abuso de drogas”* (2007, p. 25). A autora salienta a importância da reinserção no próprio processo de tratamento, afirmando que a *“reinserção social afigura-se fundamental no processo de tratamento. Enquanto forma de prevenção da recaída, permite ao indivíduo perspetivar-se*

no futuro e é uma etapa basilar na aquisição e reaquisição de aptidões sociais, pessoais e profissionais” (ibidem, p.21).

Não havendo um modelo ou conceito único⁶, importa realçar alguns elementos centrais quando se fala de reinserção (Carvalho & Pinto; 2007, p. 12):

- Socialização ou ressocialização do indivíduo;
- Reestruturação pessoal e recuperação da autoimagem;
- Construção de um projeto de vida satisfatório e sustentável;
- Implica a família e a própria comunidade onde o consumidor se insere;
- A comunidade terá que ser um aliado ativo em todo o processo.

É sobretudo, um processo contraditório, com avanços e retrocessos, que depende das vivências pessoais, dos contextos socio culturais e oportunidades sociais, em suma, do grau de exclusão social em que se encontra.

A reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar não só do tratamento, mas também das áreas da prevenção e redução de riscos e minimização de danos realçando-se assim, a relevância do seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção na problemática dos CAD.

A consolidação do tratamento e a prevenção da recaída são o grande objetivo a atingir, ou seja, criar condições que promovam e facilitem a reconstrução de circuitos que favoreçam o processo de integração numa vida social produtiva e isenta de consumo de substâncias ou outros comportamentos aditivos, conseguindo assim, o exercício pleno da sua cidadania. Assim, a reinserção permite “(...) a reparametrização das rotinas quotidianas e das práticas sociais dos indivíduos em tratamento, para uma nova abordagem de funcionamento, de que o uso e abuso de drogas não fazem parte.” (Ló, 2011).

O Manual de Boas Práticas em Reinserção (Carvalho & Pinto, 2007) evidencia os princípios norteadores da intervenção em reinserção. O processo de abandono do consumo de drogas e comportamentos marginais para a integração num outro contexto social é longo e difícil, cada indivíduo apresenta características próprias e necessita de respostas individualizadas.

De acordo com Durán et alli (idem, p.13, 14) o processo de Reinserção pode ser dividido nas seguintes **fases ou estádios**:

- “**Estádio I:** Estado de dependência em que o indivíduo está numa fase de desajustamento social. Nesta fase as intervenções a desenvolver devem ser de

⁶ Resolução de Conselho de Ministros 115/2006

proximidade e de redução de danos, como primeira medida promotora da mudança e da reinserção.

- **Estadio II:** *O indivíduo consciencializa-se do seu problema e procura ajuda. Decide iniciar um processo de mudança.*
- **Estadio III:** *Início do tratamento numa unidade de tratamento. Pretende-se proporcionar aos indivíduos programas e recursos que permitam a mudança no seu estilo de vida, o desenvolvimento da sua autoestima e o desenvolvimento de interesses saudáveis. Neste estágio efetua-se a paragem ou estabilização dos consumos e é muito importante o estabelecimento de uma relação terapêutica com os técnicos da unidade especializada.*
- **Estadio IV:** *É aqui que se acentua o processo de reinserção. Neste estágio o indivíduo começa por iniciar a adaptação ao seu contexto social, participação na vida social enquanto cidadão de direitos e deveres, construindo um processo de ressocialização.*
- **Estadio V:** *Será o final do processo, quando o indivíduo se encontra reinserido de forma plena e duradoura.”*

Andréas (2003) citado no Manual de Boas Práticas em Reinserção (pág. 20) refere que o **objetivo do processo de reinserção** é a aquisição ou redescoberta da autonomia, no que diz respeito a várias dimensões:

- **“Autonomia psico-relacional** — *É a base de todas as formas de autonomia, na medida em que a presença de recursos pessoais facilitam a relação com o outro e contribui para a aquisição ou reforço da autonomia nos outros planos (sociocomunitário e socioprofissional).*
- **Autonomia sociocomunitária** — *Refere-se à capacidade de implicação de uma pessoa numa comunidade, participando em atividades recreativas, culturais e sociais. Uma pessoa autónoma é capaz de tomar as diligências necessárias para ter acesso aos diferentes recursos do meio.*
- **Autonomia socioprofissional** — *Significa, na maioria dos casos, o regresso aos estudos ou a reintegração no mercado de trabalho. É a capacidade de encontrar um emprego e, sobretudo, conservá-lo. Trata-se de adquirir hábitos de trabalho, competências sociais e saber-fazer prático.*
- **Autonomia do consumo de drogas** — *É a capacidade do indivíduo manter a abstinência de todas as substâncias psicoativas. A abstinência é importante para a autonomização do indivíduo, mas não a podemos definir apenas em função daquela, sob pena de termos uma autonomia aparente.”*

A intervenção na vertente da reinserção não pode ser unicamente centrada no indivíduo isoladamente, deve incidir sobre a família, os amigos, os vizinhos e a comunidade no sentido de uma integração plena a nível meso, micro e macro. A abrangência desta área é transversal e necessita de recorrer a recursos formais e não formais implicados na pessoa com CAD, promovendo deste modo a melhoria e sustentabilidade da qualidade de vida dos utentes.

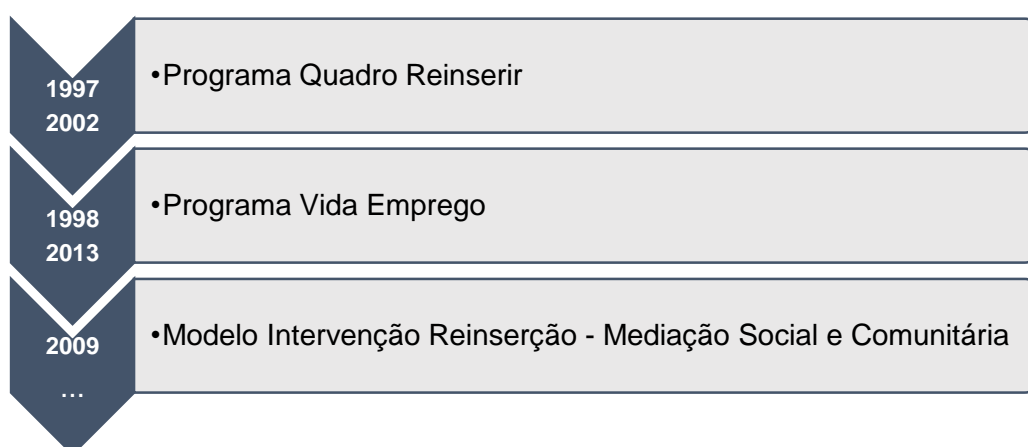
4. PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PARA A REINERÇÃO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

A evolução do conceito de reinserção quando falamos de comportamentos aditivos e dependências remonta aos anos 80, época em que se inicia a visão da toxicod dependência como doença e numa perspectiva global, com necessidade de intervenção nas componentes físicas, psicológicas e sociais. É nesta época que se começa a dar importância estratégica à reinserção que conduziu à formulação de novas intervenções neste âmbito.

Assim, as primeiras leituras em que há referência à reinserção como parte do processo de tratamento de toxicod dependentes é referida como prevenção terciária. O primeiro Encontro nacional sobre reinserção e toxicod dependência realiza-se em 1994 onde se faz referência à reinserção como prevenção terciária “*área de menor investimento no combate à toxicod dependência e importa dar-lhe um novo impulso*” (discurso de abertura do encontro nacional do ministro adjunto).

Ao tentar perceber os modelos existentes de intervenção em reinserção social, constatou-se que nem sempre se pode afirmar a existência de modelos teóricos que fundamentem esta abordagem. A figura 8 permite verificar a evolução de medidas, programas e modelos em Portugal. Um modelo pode ser percebido através da implementação de boas práticas. Neste sentido, sistematiza-se neste campo, a evolução das intervenções mais significativas, políticas e medidas implementadas na área da reinserção em Portugal.

Figura 8 - Evolução intervenção reinserção Portugal



Fonte: Sistematização da autora

4.1 PROGRAMAS E MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PROCESSOS DE REINSERÇÃO SOCIAL

A reinserção é vista como uma peça fundamental na evolução do tratamento dos toxicodependentes, e o sucesso no processo de reabilitação para Isabel Gama “*depende fundamentalmente da prevenção terciária ou seja, da inserção/reinserção social, familiar e profissional do toxicodependente*” (Projeto Vida, 1994).

Nuno Miguel na comunicação apresentada no Encontro Nacional de Reinserção em Toxicodependência (1994) refere-se à reinserção afirmando que esta se encontra intimamente ligada ao tratamento. Cada caso é um caso e “*há mesmo toxicodependentes que nunca se desinseriram, que mantêm ainda as suas relações com amigos não toxicodependentes, a sua relação familiar, a sua capacidade de estudar ou trabalhar*”, e há aqueles que nunca na realidade estiveram inseridos, e é necessário trabalhar cada um *per si*. Assim, não é possível “*equacionar o problema do tratamento dos toxicodependentes sem equacionar desde o seu início o problema da reinserção, ou seja, não é possível dizer – primeiro vamos curar depois vamos reinserir (...)* Esta área é uma área altamente pobre porque é pouco aceite socialmente” (Projeto Vida, 1994).

A Resolução de Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de abril criou o Projeto VIDA e no qual foi aprovado o plano integrado de combate à droga, que contemplava 30 medidas em diferentes domínios da intervenção, incluindo a reabilitação e inserção social. Um dos objetivos do Projeto Vida era incentivar a implementação de projetos que desenvolvessem ações de reinserção socioprofissional, com o intuito de integrar o indivíduo com problemas de toxicodependência.

É neste contexto que em 1997 surge o **Programa Quadro Reinsereir** com o objetivo de incentivar o desenvolvimento de projetos na área da reinserção social de toxicodependentes. O projeto VIDA tentou com estes projetos uma intervenção junto dos indivíduos em processo de tratamento ou que já o tivessem ações de reinserção socio profissional procurando integrá-los sobretudo, a nível laboral,

Este programa foi implementado de 1997 a 2002, com projetos nas áreas de desenvolvimento pessoal e social, implementação de cursos de formação profissional, apoio na realização de estágios e na integração laboral, trabalho com famílias, apoio jurídico a

situações individuais pendentes. Foram aprovados e implementados 24 projetos a nível nacional (Marujo, 2012).

Este programa tem como base legal o Decreto-lei n.º 193/96, de 15 de outubro e tinha como objetivo promover o desenvolvimento de projetos / ações no âmbito da prevenção terciária da toxicod dependência, através do apoio técnico e financeiro a entidades públicas e particulares sem fins lucrativos. As ações visavam sobretudo a promoção do indivíduo, a integração sociofamiliar, a integração no meio laboral, e a integração na comunidade. Destinava-se a abranger como população alvo jovens de idade igual ou superior a 16 anos, que estivessem em tratamento ou que já o tivessem concluído. Estes projetos tinham a duração máxima de 36 meses e eram co-financiados a 80%.

O Programa Quadro Reinsereir contribuiu para o enriquecimento de todos os agentes envolvidos e para a valorização das práticas na área da reinserção socioprofissional, tendo sido o precursor do **Programa-Vida-Emprego (PVE)** (Marujo, 2012).

“Não se pode falar de sucesso num programa de tratamento sem reinserção social do toxicod dependente, nomeadamente no plano profissional” e é este um dos pilares do Programa Vida Emprego criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº136/98 de 4 de dezembro.

O PVE foi criado sob a tutela conjunta do Projeto Vida e do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), tinha como objetivo potenciar a reinserção social e profissional de toxicod dependentes, como parte integrante e fundamental do processo de tratamento da toxicod dependência.

O PVE constituiu um instrumento de política de reinserção social e profissional de pessoas que conheceram situações de exclusão devido ao seu comportamento relacionado com a toxicod dependência, sendo para isso primordial a criação de condições necessárias para viabilizar o sucesso das ações de tratamento, área que nesta época mereceu um forte investimento por parte do Estado.

O PVE surgiu na sequência das políticas em vigor à época. O indivíduo consumidor tem que ser visto como um todo, devendo para tal existir uma ligação entre todas as áreas da vida: pessoal, familiar, social, laboral, comunitário., pois só assim a sua efetiva inserção é possível.

A Estratégia Nacional e Luta Contra a Droga fala em sucesso do tratamento de um toxicod dependente e este está *“intimamente condicionado pela ressocialização familiar e profissional”* do mesmo, e *“a reinserção faz parte do tratamento e este nunca estará*

completo sem ela". O Programa Vida Emprego é definido na Estratégia como *"um instrumento essencial para a prossecução da opção estratégica de promover e incentivar a implementação de iniciativas de apoio à reinserção social e profissional de toxicodependentes"*.

"O papel do Programa Vida Emprego é o de estimular o encaminhamento de toxicodependentes para as diferentes medidas em função das necessidades de cada um deles, e por outro lado, promover o lançamento de projetos que garantam a existência de uma rede de respostas adequadas às necessidades existentes no território nacional" (Capucha, Ló, & Martins, 1999)

O PVE encontrava-se definido como um conjunto de medidas de discriminação positiva que visa *"potenciar a reinserção social e profissional de toxicodependentes, como parte integrante e fundamental do processo de tratamento da toxicoddependência"* salientando para o facto de que *"... sem o devido enquadramento laboral dificilmente os toxicodependentes poderão superar a lógica de exclusão social em que muitas vezes vivem"*.⁷

O PVE destinava-se a indivíduos toxicodependentes, que estivessem integrados ou que tivessem terminado o processo de tratamento e que se encontrassem aptos a entrar no mercado de trabalho, e assim usufruir das medidas do programa. Os indivíduos abrangidos eram os que se encontrem quer em comunidades terapêuticas, quer em regime ambulatorio, quer também aqueles que se encontravam no quadro do sistema prisional. A entidade que acompanhava o processo de tratamento teria que efetuar uma declaração conforme, onde se aludisse que o utente possuía condições para assumir o cargo no mercado de trabalho.

Na Resolução do Conselho de Ministros nº 136/98 apresenta um conjunto de cinco medidas específicas de apoio: a) Mediação para a formação e o emprego; b) Estágio de Integração socioprofissional; c) Apoio ao emprego; d) Prémio de Integração socioprofissional; e) Apoios ao autoemprego.

A *"Mediação para a formação e o emprego"* consiste no apoio cedido a entidades/instituições para a contratação de profissionais – os mediadores, é uma medida de externalização deste programa, já que os mediadores eram contratados por entidades privadas ou sociais e que articulavam com os centros de tratamento. Estes profissionais tinham a função de acompanhamento individualizado dos beneficiários do programa (entre 15-20 em acompanhamento) na sua reinserção profissional e mediação entre a entidade empregadora

⁷ Resolução de Conselho de Ministro 136/98 de 4 de dezembro

e de equipa de tratamento, o IEFP e possíveis entidades, públicas ou privadas, que desenvolvam programas de formação, inserção e emprego.

O “*Estágio de integração sócio-profissional*” reporta-se à segunda medida do programa que apoia a formação prática, do indivíduo em tratamento, a decorrer no contexto de trabalho. A duração do estágio era, normalmente, de nove meses, podendo em casos especiais, ser alargado para doze meses. O estágio era realizado em entidades empregadoras públicas ou privadas, a quem era concedido apoio técnico e financeiro por parte do IEFP (subsídio do estágio; subsídio de alimentação subsídio de transporte; seguro de acidentes de trabalho; despesas com o orientador de estágio e remunerações do tutor).

O “*Apoio ao Emprego*” destinava-se a apoiar entidades que contratassem beneficiários do programa e que tivessem terminado a medida de estágio, por um período não superior a dois anos. O apoio destinava-se à comparticipação de encargos com a segurança social a suportar pela entidade empregadora (até 80% do respetivo valor), e nas renumerações dos trabalhadores a contratar.

O “*Prémio de Integração*” visava apoiar as entidades empregadoras que admitiam toxicodependentes recuperados mediante um contrato de trabalho sem termo (sob compromisso de manutenção por um período mínimo de quatro anos). A comparticipação do programa correspondia a um subsídio a fundo perdido destinado à renumeração do trabalhador admitido.

O “*Apoio ao Autoemprego*” dirigia-se a apoiar ex-toxicodependentes que criassem o seu próprio emprego através de um projeto cuja credibilidade era avaliada pelo próprio programa e pelo IEFP. A comparticipação destinava-se a despesas iniciais de funcionamento e para o arranque do emprego.

4.2 MODELO DE INTERVENÇÃO EM REINSERÇÃO (MIR): UM NOVO CICLO NA CONCEÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REINSERÇÃO SOCIAL EM CAD

O Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR) foi criado em 2009 pelo Instituto da Droga e Toxicod dependência para o vetor da reinserção onde se procurou conciliar as estratégias de intervenção a cada situação individual, considerando para o efeito o grau de exclusão e de dependência da pessoa, a natureza da substância que consome e/ou a sua dependência, bem como o meio/contexto em que se encontra inserido. As intervenções integradas pressupõem a articulação entre as várias vertentes de ação, numa lógica de satisfação das necessidades do individuo, considerando-se a necessidade de adequar as intervenções de forma a potenciar os recursos disponíveis. Este modelo pressupõe a existência de um gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado.

O MIR pretende acima de tudo capacitar o individuo a assumir o seu papel como cidadão, e para tal não basta preparar a pessoa, é necessário que a sociedade também a aceite, daí a necessidade do envolvimento de todos os sistemas sociais (família, empresas, comunidade). Sempre com base no superior interesse do individuo, procura-se com este modelo adaptar a intervenção à situação do próprio utente, o que para isso implica uma articulação entre os profissionais que se encontram inseridos no processo de reabilitação. Daqui inferimos a importância do gestor de caso como pela figura central de resposta face ao diagnóstico.

A intervenção abrange âmbitos diversificados, em que as necessidades se enquadram nas áreas de cidadania, educação, emprego, família, formação, habitação, justiça, ocupação tempos livres, proteção social, saúde, socioterapia (ver figura 9).

Esse processo é vinculado pela contratualização de um Plano Individual de Inserção (PII) que deve ser considerado *“como uma estratégia de comprometimento das partes, tendo subjacente uma componente pedagógica e organizadora do processo de intervenção com o utente. Negociado e contratualizado com o utente o PII representa um instrumento de apoio ao desenvolvimento dos percursos, a consciencialização da participação por parte do utente no seu percurso de vida e processo de reinserção, com objetivos e estratégias definidas e mecanismos de avaliação, tanto para o utente como para o técnico”* (Instituto da Droga e Toxicod dependência, IP, 2009)

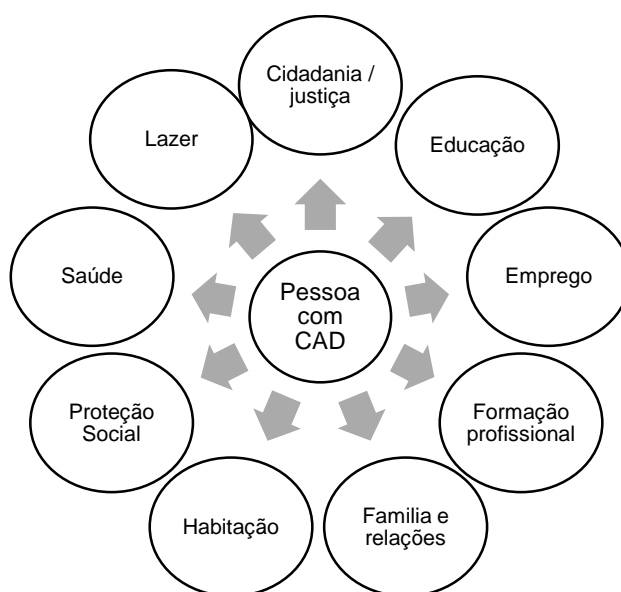
O modelo procura dar resposta aos utentes que recorrem às unidades públicas de tratamento Centro de Respostas Integradas (CRI), Unidades de Alcoologia, Unidades de Internamento e Comunidades Terapêuticas, com o propósito de melhoria do serviço

prestado consubstanciado através da sistematização e harmonização das intervenções em reinserção, da melhoria da eficácia e eficiência da intervenção social e garantia da qualidade técnica da intervenção.

Os pressupostos teóricos que estão subjacentes à construção deste modelo procuram adequar-se ao utente, ao contexto, ao sistema em que o utente se insere:

- Colocar o utente no centro da ação, onde a abordagem tem que ser baseada nas necessidades do utente, nos sistemas sociais envolventes, no seu nível de severidade face ao consumo/dependência e nos recursos pessoais que possui;
- Avaliar as necessidades multidimensionais específicas de um utente – a elaboração de um diagnóstico social completo, que contemple a inventariação das necessidades e os recursos e potencialidades pessoais do utente, bem como os recursos familiares e sociais disponíveis;
- Estabelecer uma relação significativa com o utente – a confiança existente entre técnico e utente permitirá o exercício dos direitos e deveres dos utentes em todo o processo de reinserção;
- Negociar e contratualizar o Plano Individual de Inserção;
- Intervir numa lógica de resposta integrada, em equipa e articulação interinstitucional e intrainstitucional;
- Assegurar o acompanhamento sistemático e continuado do utente no processo de autonomização e de inserção;
- Garantir o desenvolvimento de práticas de mediação social.

Figura 9 - Áreas de Intervenção

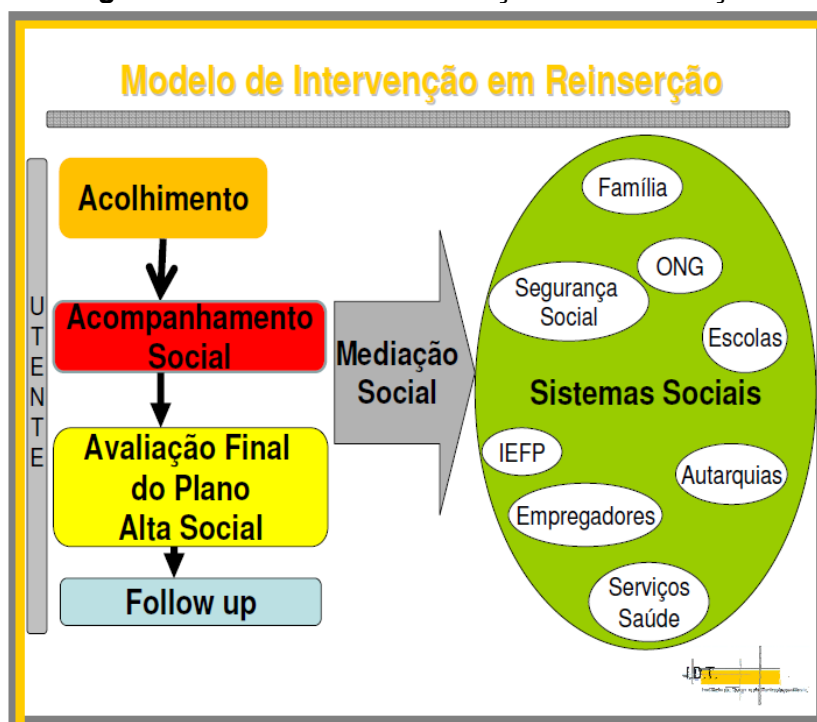


Fonte: Sistematização da autora

É um modelo conceptual que orienta a intervenção nas várias dimensões da vida do utente (familiar, individual e sistemas sociais) e que se operacionaliza nas seguintes fases (ver figura 10):

1. Acolhimento - onde se inicia o processo de reinserção;
2. Diagnóstico social - conhecer a realidade do indivíduo identificando as necessidades, as suas capacidades e fragilidades e os fatores que potenciam ou possam condicionar o processo;
 - a. Planeamento e implementação do Plano Individual de Inserção, no qual se definem as áreas e as necessidades onde se vai atuar e se estabelecem prioridades, que culmina com a contratualização do PII;
3. Implementação ou acompanhamento social – ocorre através do acompanhamento regular da pessoa e/ou outro elemento significativo, promovendo a articulação com os parceiros da comunidade e a mobilidade dos sistemas sociais envolventes;
4. Avaliação final do PII – avaliação dos encaminhamentos, das necessidades, do cumprimento dos objetivos contratualizados, avaliando-se a continuidade da intervenção,
5. Alta social – após análise das necessidades identificadas, do PII cumprido, a não identificação de novas necessidades fará com que a pessoas deixe de ser acompanhada ao nível social;
6. *Follow up* - após 1 ano da alta social é feita uma avaliação do impacto da intervenção.

Figura 10 - Modelo de Intervenção em Reinserção



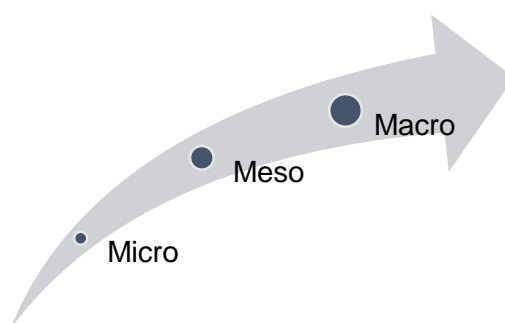
Fonte: SICAD (2009)

4.3 LINHAS ORIENTADORAS DA MEDIAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA PARA A REINSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS COM CAD: UM PRODUTO REFLEXIVO E EM AVALIAÇÃO

Para um aprofundamento do MIR e como forma de efetivar as práticas de reinserção a mediação social e comunitária complementa a intervenção desenvolvida nesta área. “A mediação social intervém junto da macroestrutura, dos sistemas sociais, com o objetivo de promover a mobilidade social e a mudança de atitudes face às pessoas com comportamentos aditivos e dependências. (...) é possível mobilizar recursos comunitários e sinergias locais para a concretização do itinerário de reinserção definido no Plano Individual de Inserção (PII) contratualizado com a pessoa com CAD, mediando a relação entre esta e os sistemas sociais” (Carvalho, 2014, p. 23).

A intervenção na mediação social e comunitária situa-se em três níveis conforme figura 11:

Figura 11 - Níveis de Intervenção da Mediação Social e Comunitária



Fonte: Sistematização da autora

Assim, ao nível **micro** considera-se a intervenção dirigida ao utente a nível individual, incidindo a atuação numa perspetiva de aprendizagem, de comunicação, capacitando-o para o exercício da participação e da cidadania. A ação ao nível micro procura alcançar objetivos que incidindo na componente individual, têm um papel decisivo em todo o processo de reinserção.

Quando se refere ao nível **meso** direciona-se para a família, os vizinhos, os amigos ou outros elementos significativos como elementos facilitadores de todo o processo. A implicação de todos estes atores tem como objetivo principal a aquisição de competências de comunicação e relacionamento interpessoal, facilitando a sua integração na comunidade em que se insere.

A abordagem ao nível **macro** pressupõe alcançar as redes formais, as entidades empregadoras, as organizações e a comunidade em geral. Neste patamar de atuação “*trata-se de um trabalho de construção de uma rede de suporte ao processo de inserção da pessoa com CAD, que permita, num primeiro momento, a satisfação das necessidades mais prementes e, num momento posterior, a concretização de um itinerário de inserção definido com a pessoas e com os parceiros envolvidos*” (Carvalho e coord., 2014, 26)

A prática quotidiana da mediação social e comunitária no âmbito da reinserção em comportamentos aditivos e dependências assenta em 5 pilares essenciais e complementares entre si (Carvalho e coord., 2014, 29):

A **comunicação** como processo de partilha e participação da mensagem. É o elemento agregador de todos os processos, pois permite uniformizar a mensagem a transmitir. É através da comunicação que a análise dos problemas e dos seus significados, que poderá ser desconstruída a realidade, acompanhada da facilidade no estabelecimento de relações interpessoais.

A **capacitação individual e coletiva**, ou seja, a aquisição de competências que permitam atuar perante o problema. O envolvimento dos sistemas sociais, familiares e individuais requerem competências pessoais e sociais para lidar com as diferentes situações no âmbito dos CAD.

A **valorização da interação entre os sistemas** é possível através do trabalho em rede. Este trabalho assenta nos laços sociais existentes ou a criar, permite a mobilização de recursos para que no processo de reinserção estejam envolvidos parceiros e comunidade numa perspetiva de trabalho integrado.

A **participação**, promotora da cooperação e co-construção de alternativas sociais, possível através da responsabilização dos envolvidos no processo (utente e sistemas envolventes) numa lógica de mobilização mútua, permitindo deste modo uma tomada de decisão conjunta.

A **mobilidade dos sistemas sociais**, assente na transição entre a mudança individual e a coletiva, com vista à alteração das representações sociais inerentes aos CAD.

Estes pilares fundamentam a intervenção em reinserção, na perspetiva de mobilidade e alterações da autoimagem, da imagem do outro, do sentimento de exclusão e estigma relacionada com os CAD. Só um trabalho articulado, complementar, estruturado nos três níveis de intervenção permite a procura de soluções adequadas a cada caso.

Figura 12 - Pilares e objetivos da mediação

	Micro	Meso	Macro
Comunicação	Reduzir obstáculos à comunicação consequentes de linguagem diferenciadas		
	Aumentar capacidade comunicação e de relacionamento interpessoal na família Desconstruir representações rígidas da realidade		
Capacitação individual e coletiva	Restabelecer canais comunicação	Gerir situações de conflito familiar	
		Aumentar os conhecimentos sobre a problemática dos CAD	
	Desenvolver competências pessoais e sociais Promover a (re) aquisição de competências profissionais Promover o acesso à formação profissional e ao emprego Estimular aumento da escolaridade Promover iniciativa, autonomia e capacidade de tomada de decisão Motivar e consciencializar para a mudança de comportamentos e atitudes	Promover as competências da família para gerir problemas associados aos CAD Promover a capacidade de tomada de decisão e autonomia Consciencializar para a mudança de atitudes e comportamentos	Promover as competências na comunidade para lidar com pessoas com CAD Sensibilizar para as dificuldades sentidas pelas pessoas com CAD Sensibilizar e preparar as entidades formativas e empregadoras para a integração profissional e pessoas com CAD
Participação	Promover o exercício de cidadania, numa relação dialética entre direitos e deveres Promover o envolvimento na construção de um projeto de vida Promover a coresponsabilização na operacionalização do projeto	Promover o envolvimento e a participação da família e/ou dos elementos significativos Promover a coresponsabilização da família e/ou elementos significativos no processo de mudança Co-construir alternativas sociais	Promover a responsabilidade coletiva e partilhada pela gestão dos riscos sociais Mobilizar os principais atores políticos e económicos a nível local Envolver a comunidade no processo de tomada de decisão
Mobilidade dos sistemas sociais		Desmitificar mitos e crenças face aos CAD Valorizar a importância dos processos de reinserção	
			Preparar as instituições, entidades e comunidade para aceitar a existência de CAD Garantir a continuidade de respostas
Valorização da interação entre os sistemas	Garantir o acesso a condições básicas de vida Potenciar a criação, manutenção e/ou desenvolvimento de laços sociais	Promover a integração e aceitação da pessoa pela família Potenciar a criação, manutenção e desenvolvimento de laços sociais	Promover a integração e aceitação do indivíduo na comunidade em que se integra Mobilizar os recursos sociais e de saúde disponíveis para garantir o acesso a condições básicas de vida Construir uma rede de parceiros com uma cultura de trabalho integrado

Fonte: Adaptação da autora de Carvalho & coord., Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, 2014”

**PARTE II - REINSERÇÃO SOCIAL EM COMPORTAMENTOS
ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS – UM ESTUDO SEGUNDO A
PERSPETIVA DOS INTERVENTORES**

1. PROBLEMA, FINALIDADES E OBJETIVOS DA PESQUISA

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para o estudo da evolução da reinserção em CAD em Portugal, para a sua compreensão e reflexão, nomeadamente a nível das políticas, das práticas e dos seus resultados, através de uma revisão bibliográfica e documental e de um estudo compreensivo das perceções de profissionais da área sobre o tema em análise. Assume características exploratórias e descritivas, pretendendo identificar e comparar ideias e padrões. Esta comparação permitirá compreender a evolução e a situação atual da reinserção social em CAD, analisar as práticas atuais de reinserção social e desse modo estabelecer os padrões orientadores da intervenção na área de reinserção em comportamentos aditivos e dependências.

Como objetivos pretendemos:

- Compreender a importância da reinserção no modelo de intervenção em comportamentos aditivos e dependências;
- Entender e comparar a evolução e situação atual da reinserção social em CAD;
- Analisar as práticas atuais de reinserção social.

É um trabalho que tem como propósito apresentar uma perspetiva de reinserção e contribuir para o seu entendimento global, podendo servir para influenciar futuras intervenções. Do ponto de vista da pesquisa de terreno, o estudo visou identificar as perceções sobre modelos e práticas de reinserção social, identificar as características da intervenção e expectativas profissionais dos intervenientes.

Pretendemos, pois, fazer uma análise reflexiva sobre a evolução da reinserção, contribuindo para a sua compreensão nos últimos anos, à luz dos conceitos e das políticas públicas e medidas implementadas (estudo bibliográfico e documental) e perceber em que medida essa evolução e implementação tem sido uma mais-valia nos modelos de intervenção em reinserção social de pessoas com CAD (estudo qualitativo).

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Para o desenvolvimento da pesquisa optamos pela metodologia qualitativa que oferece significativas oportunidades para a investigação e para os investigadores, pois possibilita o estudo de fenómenos de difícil abordagem por outros métodos, dada a dificuldade de os isolar do seu contexto na vida real. A investigação qualitativa é caracterizada (Bogdan & Biklen, 1994) como sendo descritiva e interpretativa, procurando a compreensão e não a avaliação, tendo como fonte direta os dados provenientes dos contextos de investigação e intervenção.

Em processos de investigação qualitativa *“o objeto de estudo na investigação não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da perspectiva dos atores intervenientes no processo”* (Coutinho, 2015, p. 28).

A preocupação central não é verificarmos se os resultados são suscetíveis de generalização, isto é, o objeto da investigação qualitativa não é a verificação de uma ideia predeterminada, mas antes a descoberta de caminhos para novos entendimentos.

A investigação qualitativa possui cinco características: *“1. Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal. (...) 2. A investigação qualitativa é descritiva. (...) 3. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos. (...) 4. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. (...) 5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa”* (Bogdan e Biklen 1994, pp.47-51).

Não pretendemos testar hipóteses, mas explorar perspectivas e experiências, aumentar o conhecimento e obter uma visão mais ampla e completa sobre a reinserção na área de estudo.

2.2 TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

O presente estudo resulta de pesquisa bibliográfica e documental e ainda, no que concerne às perceções na perspectiva dos interventores, de entrevistas semiestruturadas. Estas foram realizadas de forma presencial e por escrito, quando tal não foi possível, devido a constrangimentos externos à investigadora e aos entrevistados. A limitação temporal da pesquisa conduziu a uma adaptação do processo previsto na fase do seu planeamento.

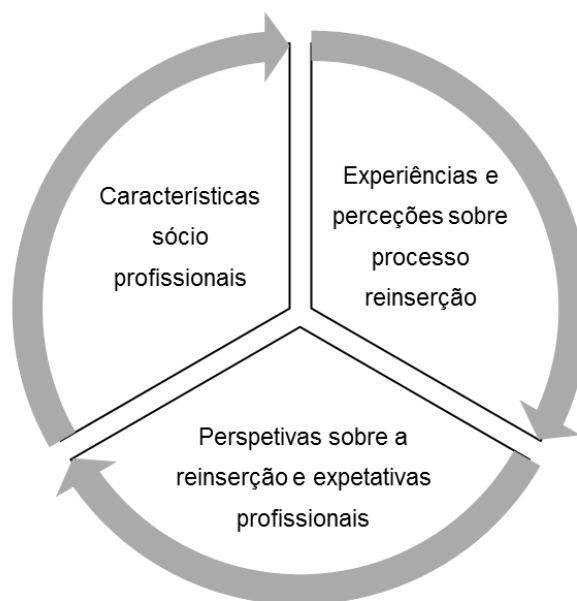
Na investigação qualitativa, procura-se com a entrevista obter informação através de questões que são colocadas ao inquirido pelo investigador, possibilitando esclarecimentos adicionais, bem como novas informações que poderão implicar a reconceptualização do objetos de estudo (Coutinho, 2015, p. 141). Segundo Bogdan & Biklen “*uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo*” (1994, p. 134).

A entrevista é uma técnica recomendada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo um ajuste das características do entrevistado e aos conteúdos pretendidos pelo investigador. As entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação, desde as entrevistas estruturadas até às entrevistas não estruturadas. No entanto, este autor refere ainda que as entrevistas semiestruturadas têm a vantagem de permitir a obtenção de dados comparáveis entre os vários sujeitos (*ibidem*. p. 135).

2.3 EIXOS CONCEPTUAIS DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo foi feita através de uma entrevista. O guião de entrevista, com perguntas divididas por três eixos analíticos, com base no seguinte modelo de análise (ver fig. 13)

Figura 13 - Modelo de Análise das entrevistas



Fonte: Sistematização da autora

O guião de entrevista (Anexo 1) visou colher a opinião de intervenientes sobre a reinserção social em Portugal e sobre as atuais estratégias, sendo composto por onze perguntas distribuídas por três temas:

a) Caracterização sócio profissional dos intervenientes

Constituído por duas perguntas, pretendemos identificar e caracterizar os entrevistados, em relação à idade e aos anos de experiência em CAD na área da reinserção

b) Experiências e perceções sobre o processo de reinserção

Pretendemos neste grupo de seis questões clarificar as políticas de reinserção atuais, enumerar as mudanças de procedimentos no âmbito da reinserção e avaliar junto dos técnicos intervenientes a perceção das mudanças.

Analisar as práticas atuais, obtendo conhecimento sobre o estado atual do desenvolvimento da reinserção nos comportamentos aditivos e dependências, práticas e estratégias.

c) Perspetivas sobre a reinserção e as expectativas profissionais

Contribuir para a definição dos aspetos futuros da intervenção no âmbito da reinserção, analisando a perspetiva não só individual, mas profissional.

Depreender novas medidas e estratégias para esta área.

Após a análise inicial das entrevistas concebemos uma grelha de análise que permitiu a decomposição dos eixos analíticos e variáveis em categorias de análise.

Foram realizados todos os procedimentos formais e éticos necessários ao processo através de informação prévia e consentimento informado. Quer o guião de entrevista, quer o consentimento informado/ folha de informação aos participantes foram aprovados pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina (anexo 2).

Procuramos em todo o trabalho que o anonimato fosse garantido, tentando que nenhuma citação ou referência permitisse a identificação.

2.4 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Para a seleção dos intervenientes utilizou-se a amostragem não aleatória por acessibilidade ou por conveniência, recorrendo a sujeitos interventores que demonstraram disponibilidade para colaborar, permitindo a reprodução de representações em contexto real.

Entrevistaram-se 12 profissionais, com os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar nos serviços públicos com intervenção em CAD;
- Não ter nenhum cargo de gestão ou direção;
- Experiência mínima de 5 anos na área dos CAD.

Destes profissionais onze trabalham na Administração Regional de Saúde do Centro, distribuídos pelos Centros de Respostas Integradas (CRI) da região centro e um que trabalha na Administração Regional de Saúde do Algarve.

A preceder a entrevista solicitamos o preenchimento da informação/consentimento informado para que os entrevistados dessem autorização de participação neste trabalho.

As entrevistas foram realizadas e/ou recolhidas entre o período entre abril e junho de 2016.

2.5 PROCESSO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

Para a análise dos dados recolhidos utilizamos a análise de conteúdo que é *“um conjunto de técnicas que permitem analisar de forma sistemática um corpo de material textual, por forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados “chave” que possibilitem uma comparação posterior. (...) A ideia básica é a de que signos/símbolos/palavras – as unidades de análise -, podem organizar-se em categorias conceptuais, e essas categorias podem representar aspetos de uma teoria que se pretende testar”* (Coutinho, 2015, p. 217).

As entrevistas foram transcritas e após uma primeira leitura efetuámos a codificação/categorização de excertos, que constituem unidades de sentido, e posteriormente foi construída uma tabela com as respetivas unidades de contexto e de registo. De acordo com esta autora a análise categorial *“permite reunir o maior número de informações à custa da esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los”* (ibidem, p.221).

Este processo permitiu a passagem de dados em bruto para dados organizados com características comuns, utilizando como critério a semântica, servindo de temas comuns aos dados recolhidos. Numa primeira fase procedemos ao inventário, onde se isolaram os elementos comuns e numa segunda fase classificamos estes dados, repartindo os elementos e organizando-os.

Com base nas categorias definidas e nas grelhas criadas, analisamos as frações dos contributos dos entrevistados e apresentou-se a tabela. Para salvaguarda dos participantes, as referências à caracterização socio profissional que poderia identificar os intervenientes foi omissa, sendo apenas apresentados resultados globais.

A figura 14 traduz a síntese do tratamento dos dados efetuado, ressaltando-se que não se encontra nesta tabela o eixo analítico referente às características sócio profissionais, para salvaguardar o anonimato dos entrevistados, que se traduz também na não apresentação da grelha de análise das entrevistas em anexo, já que alguns dos intervenientes referem o local de trabalho e assim facilmente identificáveis.

Figura 14 - Análise das Entrevistas

Eixos analíticos		Variáveis	Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Experiência e perceções sobre o processo de reinserção	1	Mudanças significativas	Positivas	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	2		Negativas	X	X	X	X		X							X
	3	Dificuldades na Implementação de medidas	Organização e metodologias de trabalho			X			X	X		X	X	X	X	X
	4		Respostas institucionais e articulação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	5		Orgânica dos serviços			X		X	X							
	6		Debate alargado CAD			X	X						X			
	7	Relação entre percurso evolutivo da reinserção e qualidade de vida dos utentes	Melhoria	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8	Definição do Plano individual de reinserção	Utente	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X
	9		Diagnóstico	X			X		X			X	X	X		
	10		Mobilização de recursos		X	X							X	X	X	
	11	Procedimentos do Plano individual de reinserção	Concordância com procedimentos		X			X				X	X			X
	12		Alterava	X		X	X		X	X				X	X	
	13	Perceção sobre políticas reinserção	Clareza das políticas	PC	PC	NC	NC	C	PC	PC	PC	PC	C	NC	PC	PC
Perspetivas sobre a reinserção e as expectativas profissionais	14	Futuro da reinserção	Perspetivas	I	I	I	P	O	P	I	I	I	P	P	I	
	15	Expectativas sobre a intervenção do profissional no processo	Formação, supervisão e trabalho em equipa				X		X	X			X			
	16		Identidade serviço social		X											
	17		Adequação de respostas institucionais	X				X		X	X					X
	18		Organização dos serviços			X						X	X			
	19	Objetivos e indicadores estratégicos a considerar futuro	Avaliação	X					X	X				X		
	20		Parcerias		X								X	X		
21	Medidas específicas				X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	

Legenda: Variável 13 C Claras
PC Pouco claras
NC Nada claras
Variável 14 I Incerteza
O Optimismo
P Pessimismo

Fonte: Sistematização autora

Os objetivos apresentados inicialmente relativamente a cada eixo analítico foram alcançados. Para além de toda a análise bibliográfica documental subjacente à execução deste trabalho, a componente prática poder-se-á apresentar na figura 15.

Figura 15 - Relação objetivos com eixos analíticos

Objetivo	Eixo analítico	Variável
Compreender a importância da reinserção no modelo de intervenção em comportamentos aditivos e dependências	Experiências e perceções sobre o processo de reinserção	Mudanças significativas Dificuldades na implementação de medidas Perceção sobre políticas reinserção
Entender e comparar a evolução e situação atual da reinserção social em CAD	Experiências e perceções sobre o processo de reinserção	Mudanças significativas Dificuldades na implementação de medidas Perceção sobre políticas reinserção
	Perspetivas sobre a reinserção e as expectativas profissionais	Futuro da reinserção Expectativas sobre a intervenção profissional no processo Objetivos e indicadores estratégicos
Analisar as práticas atuais de reinserção social	Caracterização sócio profissional dos intervenientes	Habilitações e anos de experiência
	Experiências e perceções sobre o processo de reinserção	Mudanças significativas Dificuldades na implementação de medidas Definição do Plano Individual de reinserção Procedimentos do Plano Individual de Reinserção

Fonte: Sistematização da autora

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Consideradas as dimensões de base desta pesquisa (eixos analíticos), a análise de conteúdo efetuada permitiu-nos identificar 12 variáveis com 21 categorias, visíveis na figura 14. Na figura 16 apresentam-se os eixos e unidades de registo em cada categoria analítica.

Figura 16 - Eixos e categorias analíticas

Eixos Analíticos	Variáveis	Categorias	Unidades de registo
Características socio profissionais	Idade		Média idade 45 anos
	Habilitações	Formação e experiência profissional	Licenciatura – 9 Mestrado - 2 Doutoramento 1
	Anos experiência		<15 anos – 6 >15 anos - 6
Experiência e percepções sobre o processo de reinserção	Mudanças significativas	Aspetos positivos	11
		Aspetos negativos	6
	Dificuldades na implementação de medidas	Organização e metodologias de trabalho	7
		Respostas institucionais e articulação	11
		Orgânica dos serviços	3
		Debate alargado sobre CAD	3
	Relação entre percurso evolutivo da reinserção e qualidade de vida dos utentes	Melhoria	12
	Conteúdo definição do Plano individual de reinserção	Utente	10
		Diagnóstico	6
		Recursos	5
Procedimentos do Plano individual de reinserção	Concordância	5	
	Alterava procedimentos	7	
Perceção sobre políticas reinserção	Clareza das políticas	Claras – 2 Pouco claras – 7 Nada claras – 3	
Perspetivas sobre a reinserção e as expectativas profissionais	Futuro da reinserção	Perspetivas	Incerteza – 7 Otimismo - 1 Pessimismo - 4
	Expectativas sobre a intervenção do profissional no processo	Formação, supervisão e trabalho equipa	4
		Identidade serviço social	1
		Adequação respostas institucionais	5
		Organização dos serviços	3
	Objetivos e indicadores estratégicos a considerar futuro	Avaliação	4
		Parcerias	3
Medidas específicas		9	

Fonte: Sistematização autora

Nem sempre se pode afirmar a existência de modelos teóricos que fundamentem a abordagem na reinserção. Um modelo pode ser percebido através da implementação de boas práticas. Neste sentido, sistematiza-se neste campo, a evolução das intervenções, políticas e medidas implementadas na área da reinserção.

Da análise do contributo dos profissionais decorrem os resultados a seguir descritos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO PROFISSIONAL DOS INTERVENIENTES

Os intervenientes nesta área são pessoas com experiência o que se revela positivo pois permite uma análise crítica e sustentada das suas abordagens.

Todos licenciados em serviço social, o que é uma mais-valia no sentido de promover a normalização das técnicas e metodologias apresentadas, admitindo o processo de identidade profissional e da própria área. Destes profissionais um tem o grau de doutoramento e dois o grau de mestre.

Foram doze os intervenientes que colaboraram para a elaboração deste trabalho, com idades compreendidas em os 36 e os 54 anos. Todos com experiência superior a seis anos na área da reinserção e superior a 10 anos em CAD. Sendo que metade tem menos de quinze anos e os outros tem mais de quinze anos de experiência.

Embora não fosse solicitado o serviço de origem, para a seleção da amostra era necessário trabalhar nas unidades públicas de tratamento, e assim, onze tem o seu posto de trabalho na ARS Centro e um na ARS Algarve.

3.2 EXPERIÊNCIAS E PERCEÇÕES SOBRE O PROCESSO DE REINSERÇÃO

3.2.1 Mudanças significativas

Nesta variável de análise dividimos em duas categorias: mudanças positivas e mudanças negativas. Em relação às mudanças positivas foram assinaladas onze 11 e 6 relativamente às mudanças negativas.

A orgânica do Instituto da Droga e Toxicodependência, I.P criado em 2007 incluía na sua estratégia a definição de áreas de missão: prevenção, redução de risco e minimização e danos, dissuasão, tratamento, reinserção. Os CAD passaram a ter a centralidade no cidadão

deixando a substância de ser o principal centro de atuação e passando a ter em conta as necessidades do utente.

Assim as mudanças positivas assinaladas referem-se à criação da área de com a qual se passou a valorizar o aspeto social na intervenção em CAD: “*Definição da área de missão, respetivamente a área da reinserção, contribuindo para uma visão mais lata da área do tratamento*” (E10); “*A criação da identidade reinserção enquanto área de missão, autónoma, transversal e com metodologia própria de intervenção, o que possibilitou a criação de um sistema de recolha de dados e indicadores que permitem avaliar todo o processo de reinserção...*” (E11) Salientamos da análise das entrevistas que a criação da área de missão da reinserção como algo positivo, já que conseguiu que em termos operacionais os profissionais que trabalham nesta área apresentam um *know-how* muito importante para a recuperação das pessoas com CAD.

Decorre desta mudança a uniformização de práticas e procedimentos, que se concebe com base no Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), permitindo deste modo o registo na aplicação informática SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar). As linhas de orientação⁸ funcionam como manual técnico para os profissionais nesta área “*Uniformização de critérios utilizados no SIM e introdução do MIR*” (E1); “*A implementação do MIR.*” (E4); “*Penso que esta área de intervenção teve uma fase positiva de investimento em termos de organização de procedimentos técnicos*” (E6); “*Toda a documentação de suporte, que permitiu alguma uniformização de práticas.*” (E9); “*Definição e estruturação e aplicação do MIR a nível nacional, com a sistematização e harmonização de práticas.*” (E10). Estas mudanças são decorrentes da criação da área de missão e da uniformização de procedimentos. Encontramos outra alteração também referida como significativa por dois dos entrevistados que alude à definição de competências para os profissionais que trabalham nesta área⁹. (Instituto da Droga e Toxicodependência, 2010) “*Definição de competências dos técnicos da área da reinserção*”. (E10) “*O facto de se ter valorizado a área, com a criação da área de missão, nomeadamente o papel dos técnicos na área social na intervenção em CAD.*” (E 9)

O Programa Vida Emprego (PVE) foi uma medida criada para apoiar a inserção laboral e apoio à empregabilidade de pessoas com problemas de drogas. Uma medida que funcionou como um grande ajuda para todos os envolvidos: utentes, técnicos, famílias e empregadores. A importância do PVE como uma boa prática foi uma mais-valia nos

⁸ Linhas de Orientação para a Intervenção Social – Modelo de Intervenção em Reinserção

⁹ Orientação técnica nº 3/2010/DTR/NR - Normalização das competências das Equipas Técnicas especializadas da área de missão da Reinserção dos CRI

processos de inserção. (Instituto da Droga e Toxicoddependência, 2009)¹⁰ Esta realidade encontra-se patenteada nas entrevistas, sendo que a referência ao facto deste ter terminado considerado um aspeto negativo nas mudanças ocorridas nesta área: “*Mudanças negativas ao nível do apoio à empregabilidade destinados à população com CAD. Extinção de programas específicos, tais como o PVE, que proporcionava colocar no mercado de trabalho de forma acompanhada e sustentada as pessoas com CAD com que trabalhamos*” (E2); “*Da parte da reinserção laboral houve um claro retrocesso com o fim do PVE.*” (E3); “*A mudança negativa que realço foi o término das mediadas do Programa Vida Emprego*”. (E6)

O PVE é unanimemente reconhecido como uma medida de discriminação positiva que veio permitir encarar a pessoa com CAD numa outra perspetiva, mais abrangente. Para além dos apoios dados às entidades empregadoras, o facto de existir um mediador permitia que o emprego acompanhado fosse ainda hoje visto como um sucesso pelos profissionais, facilitando a integração em meios laborais e facilitando assim o seu processo de tratamento. Embora existam outras medidas no IEFP, estas apresentam-se com mais dificuldades na integração, já que as candidaturas e o acompanhamento não permitem tanta proximidade. Ainda há referência à bolsa de empregadores a nível nacional que facilitava a procura de entidades disponíveis para a promoção do emprego junto desta população.

3.2.2 Dificuldades na implementação de medidas

Analisando a variável dificuldades na implementação de medidas dividiu-se em quatro categorias: organização e metodologias de trabalho, respostas institucionais e articulação, orgânica dos serviços e debate alargado sobre CAD.

No que concerne à organização e metodologias de trabalho são assinaladas sete registos que referem esta dificuldade. Como se encontra definido no MIR e nas linhas orientadoras para a mediação social e comunitária, pressupõe-se como um trabalho fora do gabinete, uma forte intervenção na comunidade (nível macro social) e no meio envolvente em que o utente se insere nomeadamente nas redes primárias (nível meso social). A intervenção no gabinete podemos considerar mais a nível micro social, onde se trabalha o indivíduo com problemas de CAD. Fundamentam-se estas alusões com “*Os técnicos fazem muito pouco fora dos gabinetes de atendimento. (...) Agilizar redes e apenas nos centramos nas redes dos utentes.*” (E3); “*Falta de apoio, meios para os técnicos se deslocarem no terreno. Muitos assistentes sociais centram o seu trabalho em atividades de gabinete e no apoio dado ao*

¹⁰ Orientação Técnica nº 2/2009 – Linhas Orientadoras para o Programa Vida Emprego

médico”; *“A falta de organização e metodologias de intervenção. (...) Também não existe definição de funções (...) qualquer técnico executa a intervenção definida para o serviço social. Esta indefinição traz mal-estar e desorientação quer nos técnicos quer na própria intervenção.”* (E10). A referência à dificuldade do trabalho em equipa *“(...) diminuição do trabalho em equipa e diminuição do foco no utente.”* (E6), como uma intervenção que difere dos pressupostos definidos nas linhas orientadoras.

Nesta sequência entendemos que a falta de respostas e articulação institucional deficitária também é uma dificuldade sentida pelos interventores. O trabalho em rede e parceria funciona muito na área social e baseando no modelo eco sistémico verificamos que existem obstáculos: *“Falta de respostas externas ao serviço no qual trabalho, falta de oportunidades de trabalho e falta ou insuficiência de incentivos à criação de postos de trabalho.”* (E2); *“As dificuldades centram-se na falta de recursos financeiros (...), bem como dificuldades de inserção laboral. As intervenções podem e devem ser intersectoriais, inter serviços e inter ministérios, no entanto, cada um tem de saber o seu papel e este deve ser valorizado pelos demais.”* (E3); *“A ausência de recursos (...) de recursos nossos e de recursos económicos.”* (E4); *“(...) tem-se assistido a grandes dificuldades, práticas em viabilizar a intervenção e especialmente em garantir a sua continuidade, para além iniciais e/ou probatórios do processo de reinserção de utentes com CAD”.* (E8); *“A falta de articulação “eficaz” com IEFP/Centros de Emprego também dificulta a aplicação e implementação de medidas”.* (E10)

As dificuldades apresentadas tendem também a apontar para a orgânica dos serviços. Estes serviços têm sofridos alterações com alguma regularidade, o que cria um clima de insegurança, desmotivação e desinteresse conforme referem os técnicos, promovendo uma perda de identidade: *“Prendem-se igualmente com dificuldades a nível interno. Os projetos financiados pelo SICAD (...) são bom exemplo da nossa perda de identidade e de legitimidade de intervenção”.* (E3); *“Penso que outra das dificuldades tem a ver com a estruturação dos serviços, dividido e espartilhado por áreas de missão”.* (E6)

Uma questão assinalada prende-se com a discussão em torno desta problemática entre profissionais e sociedade civil, para se tentar perceber qual a perceção social face a este fenómeno: *“O próprio serviço (...) não tem dado o devido acompanhamento à área da reinserção. Poucos espaços de debate, poucos projetos inovadores, pouca investigação, pouco follow-up.”* (E3); *“O estigma (que ainda vai existindo), o envelhecimento da nossa população w conseqüentemente com isso a ausência de familiares de apoio, ou famílias desgastadas, já para não falar dos serviços cansados de lá verem sempre os mesmos utentes.”* (E4); *“A integração do álcool e a pouca preparação dos técnicos para intervir com esta nova realidade, aceitando ainda a questão dos novos comportamentos aditivos.”* (E9)

3.2.3 Relação entre percurso evolutivo da reinserção e qualidade de vida dos utentes

Todos os entrevistados consideram que o percurso evolutivo da reinserção tem contribuído para melhorar a qualidade de vida dos utentes. É inegável que a reinserção, como área de missão, veio permitir aos utentes aumentar a sua qualidade a todos os níveis, sendo o reconhecimento desta situação visível por todos os envolvidos, utentes, famílias, técnicos e instituições.

O facto da reinserção ser vista como parte do tratamento e caminhar lado a lado, permite uma visão do utente mais abrangente e mais completa, que se consubstancia nos princípios orientadores definidos no PNRCAD nomeadamente a centralidade no cidadão e a intervenção integrada: *“Uma vez que se evoluiu no sentido da centralidade no utente com negociação, e co-responsabilização no seu processo de reinserção, envolvendo os diferentes sistemas sociais, aumentando, assim, a eficácia da intervenção e consequentemente as respostas mais adequadas e mais centradas nas efetivas necessidades e expectativas dos utentes.”* (E7); *“Passamos a pensar o utente em várias áreas da sua vida, o utente num todo, a reinserção deixou de ser só o trabalho com a família que se fazia anteriormente, ou só a integração profissional.”* (E4) *“A definição de objetivos das equipas de reinserção e a sistematização de objetivos aos utentes contribui para que estes façam um planeamento/avaliação das suas condições de vida e correlacionem as dificuldades e superação das mesmas com a prevenção/ocorrência de recaídas”.* (E10)

É claro que nesta sequência e tendo em conta todos os aspetos da sociedade, a visão da problemática das drogas no nosso país tem sofrido mutações, deixou de ser um dos principais problemas da sociedade. Esta situação ocorre pelas mudanças ocorridas na sociedade portuguesa e com o modelo português de intervenção nesta área, e a relação entre drogas e exclusão e encontra-se mais suavizada, o que permitiu um aumento da qualidade de vida do cidadão com problemas relacionados com CAD. *“Só para exemplificar: integram medidas de formação absolutamente inespecíficas, enquanto há uns anos existia a célebre tendência de agrupar as pessoas com patologia aditiva numa só turma. No entanto, existem mediadas de apoio social que são geradoras de percursos de exclusão, nomeadamente a política habitacional dos bairros sociais que claramente conduz a nichos de exclusão.”* (E3); *“Penso que a preocupação crescente coma área, na sensibilização à comunidade e na promoção de parcerias melhorou a resposta necessária ao indivíduo.”* (E6); *“As respostas tem sido cada vez mais inclusiva, denota-se isso até na forma como a*

sociedade vê os toxicodependentes, mais aceites socialmente e isso facilita a sua integração em todas as áreas de vida dos utentes.” (E9)

3.2.4 Definição do Plano Individual de Reinserção

No que concerne aos aspetos essenciais na definição de um plano de individual de reinserção e considerando que a definição passa por vários níveis, categorizamos em 3 unidades: o utente, o diagnóstico e a mobilização e recursos. O modelo de intervenção em reinserção (MIR) contempla as dimensões individuais e sistemas sociais, onde se inclui a família. As estratégias organizadas de acompanhamento e de mediação social são apontadas como fundamentais e consubstanciam-se na definição, avaliação e *follow-up* dos planos individuais de inserção negociados e contratualizados com a pessoa com CAD, com base no diagnóstico social e nos interesses individuais.¹¹

Assim, são assinaladas dez referências relativamente à importância do utente, é a ele que se dirige toda a intervenção, sem ele não há reinserção, é trabalhar ao nível micro, na componente individual, só possível com motivação e empenho individual. Se cada utente é um utente, diferente do outro, sem a participação dele em todo o processo é impossível que alguma vez esteja realmente reinserido. Sozinho é difícil, mas a conjugação de todas as vertentes e níveis de intervenção permitirão a sua efetiva inserção na sociedade. A mediação aqui desempenha um papel muito importante através dos seus níveis de intervenção, dos pilares e objetivos definidos para o efeito. A comunicação, pilar central de todo o processo, é o recurso permanente ao nível micro, meso e macro. Podemos nos encontrar na primeira fase do MIR, relativamente ao acolhimento, onde se inicia todo o processo de reinserção “*Olhar o utente como um todo. Nenhum utente é igual ao outro.*” (E1); “*Olhar o utente na sua globalidade e ao mesmo tempo na sua individualidade*”. (E6); “*As suas expectativas e o confronto com a realidade*” (E12).

A necessidade de conhecer melhor a pessoa e identificar as suas capacidades, necessidades conduz-nos a segunda fase do MIR - diagnóstico social: “*O diagnóstico permite a priorização de áreas de intervenção e ter consciência que os recursos nem sempre são ilimitados.*” (E1); “*O que é que ele quer e até onde é que a equipa que o acompanha acha que ele consegue ir.*” (E4); “*As necessidades da pessoa.*” (E5); “*Perceber bem quais*

¹¹ Linhas Orientadoras para a Intervenção Social – Modelo de Intervenção em Reinserção (2009)

as suas necessidades e dificuldades e as suas competências e capacidades, sendo realizado o plano a partir dessa base.” (E6)

A intervenção pode não ser sequencial, já que muitas vezes antes da definição do Plano Individual de Inserção (PII) e da mobilização de recursos, ou seja, há a necessidade de conhecer a comunidade e o meio social onde o utente se insere, facilitando a contratualização do PII. E se é importante o indivíduo e a sua participação, os recursos disponíveis e articulação entre eles auferem de um potencial de definição de percurso e plano de inserção das pessoas com CAD. Considerando a terceira fase “implementação ou acompanhamento social”, é necessário promover a articulação com parceiros e a mobilidade dos sistemas sociais envolventes. *“Os apoios ao nível familiar e comunitário.”* (E9); *“Também sendo importante a articulação intra e interinstitucional.”* (E11); *“As particularidades e rede de recursos a que o utente acede.”* (E3) *“As respostas existentes na comunidade.”* (E2).

Paralelamente trabalham-se as potencialidades do utente e, simultaneamente, mobilizam-se os recursos necessários ao plano que é concebido em parceria com o utente. Todos estes aspetos estão relacionados e por vezes é difícil a separação, é por isso que é indispensável conhecer *“Os recursos existentes (pessoais, familiares, institucionais).”* (E10)

3.2.5 Procedimentos

Na variável relativa aos procedimentos de reinserção na sua globalidade, subdividiu-se em duas categorias, se concordava por um lado e não alterava nenhum dos procedimentos, e outra em que alterava, apresentando para tal sugestões.

Foram assinaladas cinco entrevistados que concordavam com os procedimentos e desta forma não alteravam nada.

Em referência a aspetos que alteravam e que influenciam o trabalho no terreno dos intervenientes no âmbito da área em causa, salientam-se: *“Reforço dos procedimentos de forma que surjam naturalmente e sejam reconhecido pela equipa de tratamento.”* (E1); *“retomava o PVE e reforçava com a metodologia de visitas domiciliárias.”* (E3); *“alterava o acesso às medidas do IEFP, não pode partir só da boa vontade e da boa articulação entre os CRI e o IEFP. Não funciona.”* (E4); *“começava por definir e distinguir as intervenções das diferentes categorias profissionais (...) investia mais em formação específica e supervisão (...) passava a envolver mais as entidades e comunidade e geral.”* (E11)

Relativamente aos procedimentos do MIR que alterava *“tendo por base o MIR, penso que as estratégias referidas devem ser generalizadas para todos os serviços ou entidades que*

trabalham com CAD, por exemplo, os projetos inseridos no PORI deveriam usar as linhas orientadoras definidas no MIR.” (E6); “Alterava a forma de acompanhamento do PII privilegiando o trabalho in loco e menos o trabalho de gabinete de forma a potenciar um trabalho integrado sistemático e continuado com o utente, a família e os recursos disponíveis.” (E7).

Um aspeto que importa salientar é o registo destas atividades, referência de um dos técnicos no que diz respeito ao SIM: *”Simplificação do PII no SIM, agregação de determinados atos sociais à agenda do utente. O SIM devia apresentar “sinais de alerta” sempre que o utente está em consulta e está em falta o seu PII.” (E10)*

3.2.6 Políticas de reinserção

Questionados sobre as políticas de reinserção em CAD categorizamos a variável em claras (n=2), pouco clara (n=7) e nada claras (n=3).

A afirmação *“penso que de todos os vetores de intervenção em CAD o que se encontra mais bem definido é o da reinserção com linhas orientadoras.” (E9)*, denota que esta está definida nos documentos orientadores para a intervenção e já referidos anteriormente.

A perceção das políticas de reinserção é de que o investimento nesta área tem sido reduzido e por isso as políticas estão pouco claras. As alterações sistemáticas a nível orgânico dos serviços tem gerado alguma instabilidade, desconfiança e desmotivação. De um modo geral afirmam que a política está escrita e documentada, constituindo uma intenção teórica, mas nem sempre aplicada no dia-a-dia. *“Não se pode dizer que não estão bem definidas, mas se queremos melhorar têm que se definir políticas concertadas e que abordem todas as dimensões envolvidas neste processo. Além disso, sente-se que nos últimos anos existiu um menor investimento nas políticas de reinserção dos utentes com CAD. Como exemplo temos o fim do Programa Vida Emprego.” (E7); “Do ponto de vista teórico penso que as políticas são interessantes e estão bem estruturadas, no entanto ao nível da ação interventiva são necessários mais apoios, políticas sociais que proporcionem mudanças nos sistemas e favoreçam novas regras e laços sociais.” (E8); “Na teoria sim, na prática não.” (E11)*

Os que pensam não haver políticas claras afirmam que *“estas estão bem indefinidas.” (E3)* ou questionam se realmente *“Existem?” (E4); “A abolição do PVE e dos Centros Novas Oportunidades levou a grandes retrocessos na área da reinserção, bem como a escassez de recursos do Instituto Segurança Social no apoio aos utentes com necessidades de*

integração em Comunidade Terapêutica. Os “cortes no RSI também contribuí para que muitos utentes tenham caído para limiares extremos de pobreza. Acresce o facto de determinados utentes não terem sido abrangidos pelas cantinas sociais, cuja resposta positiva nunca ocorreu, apesar dos vários contactos e relatórios sociais a dar conta da situação, justificando com a lista de espera existente.”

Estas afirmações demonstram as alterações e inconstância nas políticas para a área dos CAD, sobretudo ao nível organizacional e de operacionalização no terreno das medidas superiormente definidas.

3.3 PERSPETIVAS SOBRE A REINSERÇÃO E AS EXPETATIVAS PROFISSIONAIS

3.3.1 O futuro da reinserção

A opinião sobre a área da reinserção face ao futuro mostra uma clara visão pessimista (n=4) e de incerteza (n=7), havendo apenas uma resposta que se afirma otimista face ao futuro.

O otimismo prende-se com a visão da reinserção “*em constante evolução e adequação às novas realidades*” (E5).

Se o modelo português de intervenção em CAD é uma referência e reconhecido internacionalmente, entre os profissionais está patente a perspetiva de perda de identidade e alguma angústia face à incerteza do futuro da reinserção/CAD. Assim, os que vêm o futuro incerto e pessimista associam às mutações sócio económicas da sociedade e constrangimentos na aplicação de medidas de apoio aos mais carenciados: “*Faz falta trabalhar o que é a toxicodependência. Não sei se faz sentido dividir tratamento/reinserção/redução de riscos. Olhamos o utente como um todo e depois partimo-lo.*” (E1); “*Infelizmente continuam a ser áreas de trabalho operacional demasiado intrincadas com a definição de políticas de intervenção. Pelo que se torna sempre um futuro imprevisto.*” (E3)

Na visão mais pessimista relativamente ao futuro referem: “*Não perspetivo... um levantar de dados do SIM? É uma área que parece amorfa. Os projetos de Reinserção funcionam? Não sei. Poder-se-ia divulgar boas práticas, pelo menos...*” (E4). A diminuição de medidas de apoio para a população com CAD, são os pontos que salientam mais negativos face ao futuro “*Não perspetivo uma evolução positiva, pelo contrário. Não havendo respostas na comunidade compatíveis com as necessidades desta população os problemas agudizam-*

se, tratando-se de uma população cada vez mais envelhecida.” (E6). “A manterem-se estas políticas o futuro tende a ser sombrio e a não proporcionar verdadeiras oportunidades de mudança a esta população” (E10); “Se continuamos a extinguir os projetos/programas e a não criar alternativas viáveis, as perspetivas são muito negativas.” (E11)

3.3.2 O futuro profissional da reinserção

As perspetivas profissionais futuras são vistas pela maioria com necessidade de serem trabalhadas algumas questões, as respostas coincidem na globalidade com a questão anterior. Por se tratar de uma perspetiva profissional agrupámos as respostas em quatro categorias: formação, supervisão e trabalho em equipa; organização dos serviços; identidade profissional; adequação de respostas.

A indefinição quanto à orgânica dos serviços parece ser uma preocupação comum a alguns dos entrevistados, no entanto procuram melhorar a sua intervenção e embora o futuro não seja risonho apontam algumas medidas que poderão melhorar esta perspetiva.

A formação, supervisão e trabalho em equipa traduzem-se nas preocupações presentes ao longo do trabalho. As respostas existentes nesta área, as equipas multidisciplinares e intervenções diversificadas, permitiram uma identidade deste serviço e desta área que com as alterações sofridas tem vindo a decrescer: *“Tenho imensas expectativas pois é aqui que identifico a minha intervenção...de que serve tratar se a pessoa não se reinsere se tudo fica na mesma? Parece-me meio caminho andado para uma recaída, para um tudo voltar ao mesmo. Envolver o utente na sua reinserção, com metas realistas e exequíveis, é uma mais-valia para o próprio, com ganhos para o próprio, para a sua saúde, familiares, sociedade, etc.” (E4), “Ao nível interno, gostaria que o trabalho em, verdadeira, equipa fosse mais valorizado, tanto dentro, como entre todas Unidades Locais.” (E6); “A nível profissional espero um maior investimento na formação e no trabalho em equipa com concertação de intervenções sem espartilhamento das áreas de missão, de modo a abordar e trabalhar, de forma integrada, todas as especificidades das dependências adaptando a intervenção às diferentes realidades de adições dos utentes.” (E7); Formação profissional e / ou encontros de profissionais das várias Unidades; Supervisão de casos sociais com supervisora da área social.” (E10)*

Os profissionais são todos licenciados em serviço social, daí a importância de criar uma identidade do serviço social que surgiu numa resposta face ao futuro profissional nesta área

“Falta de identidade profissional por parte dos Assistentes Sociais que não se conseguem mover no sentido de se tornarem agentes indispensáveis à mudança”. (E2)

A esta situação acresce a necessidade de adequar as intervenções às respostas institucionais na qual incluímos as novas adições e comportamentos aditivos: *“Adequar as intervenções às novas problemáticas e adequar o MIR ao álcool.” (E1); “Interrogamo-nos sobre a eficácia de um modelo desenhado exclusivamente para o consumo de substâncias (sendo que neste contexto também deveria existir a distinção do álcool, pelas suas especificidades e diferenças a vários níveis), e as outras adições como por exemplo o jogo”. (E7); “Continuar a trabalhar como até aqui, e ter alguma liberdade face aos projetos que temos desenvolvido.” (E12)*

A organização dos serviços é referida por três dos entrevistados como uma necessidade, e presente em mais que uma das variáveis: *“Seria excelente que se definisse de uma vez por todas a paternidade do nosso serviço. Filhos sem pai são sempre miúdos com algum risco de instabilidade e nós temos um problema de identidade há demasiado tempo, pelo que as sequelas vão se tornando incontornáveis.” (E3); “Penso que as expetativas são baixas, tendo em conta a instabilidade que se vive nestes serviços. A integração nas ARS desmotivou um pouco as equipas e o trabalho no terreno.” (E9) “Integração de toda a estrutura de resposta aos Comportamentos Aditivos numa só, ao contrário do que sucede atualmente. Enquanto O IDT existiu como estrutura nacional responsável pelo tratamento, reinserção, etc., a área da reinserção apresentava maior visibilidade e identidade.” (E10)*

3.3.3 Objetivos e indicadores estratégicos

Questionados sobre indicadores e objetivos estratégicos a integrar em futuras linhas orientadoras agrupamos em três categorias: Avaliação, Parcerias e Medidas específicas.

No concreto apenas um dos entrevistados sugeriu objetivos e indicadores respetivos para a proposta *“Integrações em mercado de trabalho: n.º de entidades parceiras, n.º de utentes integrados, tempo de duração das medidas, follow-up após o seu término. Avaliação longitudinal”; “Reinserção comunitária: avaliação de centros de atividades ocupacionais. Visitas domiciliárias, trabalho de treino de competências em fórum sócio ocupacional”; “Criação de centro de dia e de lar para pessoas com patologia aditiva, em situação de dependência e sem critério de idade para integrar em valência de lar”. (E3)*

Os restantes apresentaram sugestões de alguns aspetos que seriam importantes refletir para a definição de estratégias futuras. A avaliação surge como imprescindível em todo o

processo não só avaliar o serviço, a satisfação, como a intervenção feita e avaliação do impacto e dos resultados: *“Fazer a avaliação da satisfação dos utentes. Perceber com que população queremos intervir e o que vamos fazer com essa população. Trabalhamos na nossa quinta e esquecemo-nos de ver o impacto da nossa intervenção.”* (E1); *“Avaliação do impacto da intervenção em CAD”*; (E6); *“Aferir o grau de retenção dos utentes nas consultas de Reinserção.”* (E10).

Tratando-se de uma área abrangente, não se deve trabalhar isoladamente e aqui surge o reforço e importância das parcerias considerando que as linhas orientadoras e um plano estratégico devem ser definidas com outros serviços e organismos parceiros que depois, na prática, possa emergir um modelo de funcionamento comum: *“Maior articulação com parceiros.”* (E9); *“Primeiramente chamaria os stakeholders que fazem parte do processo de reinserção.”* (E2); *“Dinamização e participação do assistente social em projetos de reinserção virados para a comunidade também contribuiria para uma intervenção fundamental e não acessória.”* (E10)

A sugestão de implementação de algumas medidas específicas, que devem ser introduzidas, e/ou repensadas: *“Uniformizar o MIR enquanto modelo de intervenção, no âmbito da reinserção, em todos os Serviços com Intervenção na área dos CAD (públicos e privados).”* (E7); *“Os projetos cofinanciados nesta área serem obrigados a seguir o MIR (linhas orientadoras).”* (E9) *“Divulgação de boas práticas”* (E4); *“Prevenção da desinserção – procura de uma definição científica”* (E12); *“Medidas de discriminação positiva para esta população.”* (E5).

As medidas de apoio continuam a ser referência nomeadamente no que diz respeito ao Programa Vida Emprego: *“Pensar-se no PVE novamente também era muito bom uma vez que foi uma medida fantástica para integração nos nossos utentes no mercado de trabalho.”* (E4); *“Penso ser importante relançar uma medida, inserida na ideia do que foi o programa Vida-Emprego.”* (E8); *“Retomar o PVE”* (E9).

CONCLUSÕES

A área dos comportamentos aditivos e dependências tem sofrido alterações ao longo dos tempos, com maior impacto nos últimos anos aquando da integração nas Administrações Regionais de Saúde. Este facto reflete-se nos marcos legislativos apresentados, e nos resultados das entrevistas realizadas junto dos técnicos intervenientes.

O modelo português de intervenção em CAD é uma referência a nível nacional e internacional, nomeadamente no que diz respeito à descriminalização que fundamenta a intervenção através da dissuasão.

O fenómeno das drogas era uma das principais preocupações da sociedade portuguesa nos anos 80 do séc. XX. Esta problemática originou a criação de respostas de proximidade junto dos utentes e conseqüentemente um investimento público. As mudanças que foram ocorrendo originaram uma reestruturação dos serviços, e a criação de cinco áreas de missão. A divisão em áreas de missão veio colmatar algumas falhas dos serviços e permitiu uma definição da intervenção, permitindo criar equipas especializadas, e responder de foma integrada.

Estas áreas de missão tiveram os seus frutos, no que diz respeito à reinserção, originou linhas orientadoras e um modelo de intervenção.

A evolução deste problema levou a que se investisse em programas de apoio a vários níveis dirigidos à população toxicodependente. Surgiram as primeiras preocupações ao nível laboral com a criação do Programa Quadro Reinserir integrado no projeto Vida, a que se seguiu o Programa Vida Emprego como uma medida de discriminação positiva que permitiu a integração de muitos utentes dos serviços. Esta medida é realçado em todas as entrevistas como uma perda grande em termos de apoio a esta população.

Com este trabalho pretendíamos analisar os modelos de intervenção na área da reinserção em CAD e através da revisão da literatura, documentação, bibliografia e entrevistas analisar a evolução recente e perspectivas futuras dos modelos de intervenção em reinserção.

Constatamos uma evolução em termos de terminologia e intervenção, e só em 2009 aparece o Modelo de Intervenção em Reinserção, que em 2014 é complementado com as Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências. Não obstante a existência deste modelo, o conceito e a prática têm sofrido uma evolução positiva, já que nos anos 90 era considerada

a “o parente pobre” da intervenção em CAD, para em 2007 ser assumida como uma área de missão.

Julgamos que, apesar de haver uma clara evolução do conceito e da área, muito ainda há para fazer. Ficou evidente a existência de algum descontentamento dos profissionais relativamente ao modelo atual e alguns pontos merecedores de discussão na procura de um maior consenso.

O número de entrevistados foi limitado devido a condicionalismos de tempo e meios, o que pode ser considerada uma limitação deste estudo. O envio prévio do pedido de entrevista e do guião, a todos e o facto de ter recorrido, em algumas situações, a respostas por escrito às questões pode ter de alguma maneira influenciado as suas respostas, por perda de espontaneidade e/ou por adequação dos respondentes aos interesses da investigadora. Os nossos próprios conceitos influenciam os resultados, o que não invalida o seu valor como resultado exploratório e como perspectiva de reflexão para estudos posteriores e definição de políticas na área. O facto de ser profissional nesta área, embora não estando diretamente no terreno, se por um lado poderia ser um obstáculo na análise dos resultados, por outro permitiu perceber algumas das críticas e dificuldades apresentadas pelos colegas, daí que se tenha tentado ser o mais isenta possível transcrevendo o que os profissionais disseram, procurando não fazer interpretações pessoais das respostas. Foi sempre garantido o anonimato dos participantes, não havendo neste trabalho nenhuma citação ou referência que permita a identificação dos seus autores.

Os resultados das entrevistas aos intervenientes nesta área relativamente às suas perceções e perspectivas foram interessantes e revelaram um grande valor para a continuação de estudos e debates nesta área, confirmando que há alguma harmonização do pensamento das diferentes perspectivas e interesses, sendo esta essencial para estabelecer consensos.

A área dos comportamentos aditivos e dependências tem sido alvo de várias alterações, conforme referido na primeira parte deste trabalho. A não consolidação da orgânica e fragmentação dos serviços é citado muitas vezes, como um entrave ao crescimento e desenvolvimento das políticas.

Consideramos que os objetivos inicialmente traçados no que diz respeito à identificação de modelos de intervenção na área da reinserção foi alcançado. Através da análise documental e bibliográfica e da análise das práticas procuramos obter uma visão mais ampla e completa nesta área. Com as respetivas ressalvas e críticas ao modelo implementado atualmente verificamos que esta área sofreu uma evolução e reconhecimento significativo. Os CAD

deixaram se ser vistos só na vertente física e psicológica e alargou-se ao social e à importância que tem na recuperação de uma doença, em que a substância é apenas um dos aspetos a ter em conta.

A centralidade no cidadão, o humanismo e o pragmatismo como princípios essenciais para a intervenção em CAD, encontra na reinserção uma vertente com profissionais críticos, mas simultaneamente motivados para proceder a ajustes e melhorar a intervenção.

As mudanças que ocorreram em termos sociais com as mutações estratégicas, as problemáticas e dificuldades económico-financeiras do próprio país, a perda de identidade dos serviços, o tipo de consumo, de consumidores e de comportamentos aditivos são alguns dos condicionalismos apresentados face às práticas profissionais existentes no terreno.

Importa no fundo ter em consideração algumas sugestões na lógica de melhoria contínua e pensar que o desígnio da intervenção é o utente e é nele, na sua recuperação e melhoria, que a ação deve ser planeada e agindo desta forma conseguir melhorar a qualidade de vida dos cidadãos e construir com eles um projeto de vida exequível e adaptado a cada um.

Ao iniciar este trabalho tínhamos a perceção que a área da reinserção era a que se apresentava mais organizada e com metodologia de trabalho bem definidas. No entanto no decurso do estudo podemos verificar condicionalismos no que concerne à intervenção direta no terreno e a estratégia implementada.

Consideramos que a informação recolhida para a análise deste estudo permitiu aferir o descontentamento dos profissionais, em especial à incerteza quanto à orgânica dos serviços, que se traduz na motivação e nas críticas que estes técnicos fazem.

O futuro apresenta-se cheio de dúvidas e incertezas nesta área, mas a vontade de propor medidas integradoras e conducentes a uma identidade para a área dos CAD, permitirá convergir ideias e perspetivas para um objetivo comum.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, R. (2005). A toxicod dependência e os novos enquadramentos. *Psiquiatria Clínica*, 26, pp. 11-14.

Augusto, J. P. (2016). *Tratamento de Dependências, Evolução do Sistema Português 1958-2014*. Lisboa: SICAD.

Beauchesne, L. (1991). *La légalisation des drogues*. Québec: Éditions du Méridien.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora, coleção Ciências da Educação.

Boivin, M.-D., & Marie-Josée De Montigny. (2002). *La Réinsertion Sociale en Toxicomanie*. Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Cabrero, G. R. (1988). *La integración social de drogodependientes*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo.

Campanini, A., & Luppi, F. (1995). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona: Editorial Paidós.

Capucha, L. (Outubro de 1998). Exclusão Social e Acesso ao emprego: Paralelas que podem convergir. *Sociedade e Trabalho*, pp. 61-69.

Capucha, L., Ló, A., & Martins, B. (Dezembro de 1999). Ter uma Vida, ter um Emprego. *Sociedade e Trabalho*, pp. 59-66.

Carapinha, L. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Setúbal: Instituto da Droga e Toxicod dependência.

Carapinha, L., Calado, V., Lavado, E., Dias, L., & Ribeiro, C. (2014). *Os Jovens, o Álcool e a Lei*. Lisboa: SICAD.

Carvalho, S., & coord. (2014). *Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências*. Lisboa: SICAD.

Carvalho, S., & Pinto, P. (2007). *Manual Boas práticas em Reinserção (1º caderno) Enquadramento Teórico*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicod dependência.

COPOLAD. (26 de maio de 2014). *Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la*. Obtido de www.copolad.eu: https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=e83b6218-2168-4aca-8d20-ee2de2e626bd&groupId=10157

Costa, A. (1995). O modelo Integrado face à SIDA. *Revista Toxicod dependências*, p. 52 a 55.

- Costa, C. A. (2007). *A droga, o poder e os partidos em Portugal*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência .
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologias Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cruz, F., Ramón, T., Navarro, K., González, J. A., López, A., & Rodríguez, L. (2005). *Incorporación Sociolaboral de las personas con problemas de drogas*. Madrid: UNAD.
- Dias, L. N. (2007). *As Drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Porto: Pé de Página Editores.
- Domoslawski, A. (2011). *Política das drogas em Portugal*. Hungria: Open Society Foundations.
- EMCDDA. (7 de maio de 2016). *Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*. Obtido de EMCDDA: <http://ar2003.emcdda.europa.eu/pt/page073-pt.html>
- Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga. (29 de 12 de 2012). *Jornal Oficial União Europeia* , 402/1 - 402/10.
- Fernandes, L., & Silva, M. R. (2009). *O que a droga fez à prisão – um percurso a partir das terapias de substituição opiácea*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases Científicas de la prevención de las drogodependencias* . Madrid: Ministerio del Interior.
- Instituto da Droga e Toxicodependência, IP. (2009). *Linhas de Orientação para a intervenção social - Modelo de Intervenção em Reinserção*. Obtido em maio de 2016, de SICAD: <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos%20Partilhados/MIR.pdf>
- Lillo, N., & Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Ló, A. (2007). *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes* . Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência .
- Marques, J., Mora, A., & Santos , A. (2012). *O trabalho primeiro*. Vila Nova Gaia: Agência Piaget para o Desenvolvimento.
- Marujo, P. M. (2012). *As Políticas Públicas de (Re) Inserção Socioprofissional de Toxicodependentes. Dissertação de Mestrado em Gestão e Políticas Públicas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Modelo Português sobre drogas mais atraente do que nunca. (Agosto de sd). *Revista Dependências*, 8-9.

Neto, D. (1990). *Deixar a droga - tratamento para os anos 90*. Lisboa: edições 70.

Organização Internacional do Trabalho. (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza*. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho.

Patrício, L. (2002). *Droga, para que se saiba*. Lisboa : Figueirinhas.

Payne, M. (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.

Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica das drogas. *Toxicodependências*.

Projeto Vida. (1994). Encontro Nacional a (Re)Inserção e as Toxicodependências. *Comunicações*. Lisboa: Elo- Publicidade, Artes Gráficas.

Rebelo, J. M. (2007). *A Reinserção Social – Experiências de percursos de Toxicodependentes (Análise qualitativa)*. Dissertação Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Economia, Porto.

Rodrigues, E., Samagaia, F., Ferreira, H., Mendes, M. M., & Januário, S. (1999). A Pobreza e a Exclusão Social: Teorias, Conceitos e Políticas Sociais em Portugal. *Sociologia*, pp. 63-101. Obtido em maio de 2016, de ler.letras.up.pt: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1468.pdf>

Sánchez, M. (2002). *La integración sociolaboral de personas drogodependientes*. Madrid: Cruz Roja Española.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. (Dezembro de 2015b). *Relatório 2014 - A situação do país em matéria de álcool*. Obtido em 2016 de maio, de SICAD: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/79/Relat%C3%B3rio%20Anual%202014%20-%20A%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20%C3%81lcool.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. (7 de maio de 2016b). *Intervenções*. Obtido de SICAD: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020*. Obtido em maio de 2016, de www.sicad.pt: http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reduc%C3%A7%C3%A3o_CAD_2013-2020.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: SICAD.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2014). *Relatório de Monitorização das Intervenções em Reinserção 2013*. Lisboa: SICAD, Coleção Relatórios.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). *Relatório Anual 2014 - Situação do país em Matéria de Drogas e Toxicodependência*. Obtido em maio de 2016, de

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/77/Relat%C3%B3rio%20Anual%20a%20Situ%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202014.pdf

Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la Practica Sistemica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Soulet, M.-H. (. (2000). *Da não integração*. Coimbra: Quarteto Editora.

Valleur, M., & Matysiak, J.-C. (2004). *Les Nouvelles Formes d'Addiction*. Paris: Éditions Flammarion.

ANEXOS

Anexo 1

Guião de entrevista

Esta entrevista insere-se no âmbito da dissertação intitulada “Modelos de intervenção na área da reinserção social em comportamentos aditivos e dependências - Evolução recente e perspectivas futuras”, do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. É objectivo deste trabalho avaliar a evolução da intervenção em reinserção na realidade portuguesa e impactos das políticas. Numa primeira fase é objectivo clarificar conceitos, e após analisar as repercussões que as alterações que têm ocorrido nesta área terão no futuro das intervenções, analisando a perspectiva de alguns profissionais.

É garantida a confidencialidade das suas respostas, uma vez que o seu nome nunca será associado à informação prestada. À sua entrevista será associado um código, apenas para efeitos de numeração da entrevista. O gravador serve apenas para facilitar o trabalho de transcrição posterior.

1. Idade e habilitações (licenciatura)
2. Há quantos anos exerce funções em CAD e especificamente em reinserção social?
3. Desde que iniciou funções nesta área (reinserção) quais as mudanças que considera mais significativas?
4. Partindo da sua experiência quais são as principais dificuldades que identifica na aplicação e implementação de medidas de reinserção social na atualidade?
5. Acha que o percurso evolutivo da reinserção tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida dos utentes? Especifique.
6. Quais os aspetos essenciais a ter em conta quando se define um plano de reinserção para um utente?
7. Alterava alguns dos procedimentos?
8. Considera que as políticas de reinserção em Portugal estão bem definidas?
9. Como perspetiva o futuro da reinserção em CAD em Portugal?
10. Que expectativas profissionais tem para o futuro da área da reinserção?
11. Se tivesse que construir linhas orientadoras para a reinserção a incluir num futuro plano estratégico, quais os objetivos e indicadores que consideraria essenciais? Indique as razões das suas escolhas.

ANEXO 2



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas actualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objectivos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____