dependências

Abril 2009

SÓ PARA PROFISSIONAIS

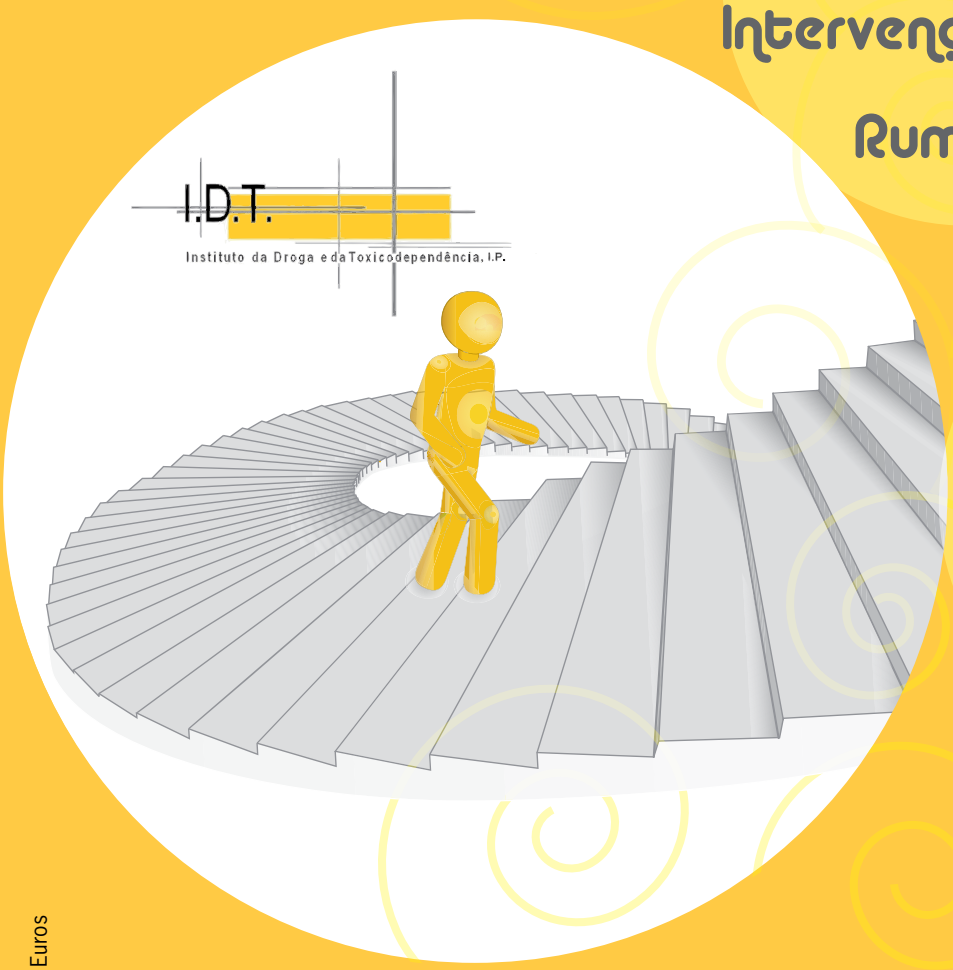
Congresso Nacional do IDT, I.P.
28 e 29 de Maio

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha

Intervenção em Dependências

Rumo à Qualidade Total

2009



Revista Mensal • 2 Euros

JOGOS SANTACASA
uma boa aposta

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Índice

Editorial 3

Em destaque 4

Revista de Imprensa 5

Actualidade | *O sucesso da discriminalização das drogas em Portugal* 7

Actualidade | *Encontro Klotho* 15

SIM | *Sistema de Informação Multidisciplinar* 18

Certificação pela Qualidade | *CT Ponte da Pedra* 20

Entrevista | *Programa de Atenção Jurídico-Social do Toxicodependente* 22

Agenda | *Encontro Nacional do IDT* 24

Agenda | *CRI Amadora* 26

Cessação Tabágica | *Alfonso Ramirez Espadero* 27

Comunidades Terapêuticas de Norte a Sul |
Comunidade Terapêutica A Ponte 28
Comunidade Terapêutica ARADO 29
Comunidade Terapêutica ART 30
Comunidade da Carvalha 31
Comunidade Terapêutica ERA 32
Comunidade Terapêutica Erguer 33
Comunidade Terapêutica João Guilherme 34
Comunidade Terapêutica Odessa 35
Comunidade Terapêutica RAN 36
Centro de Tratamento Rumo Certo 37
Comunidade Terapêutica Associação Sol Nascente 38

PIF |
Risco no Risco 39
A Aventura de S.E.R. 40
Crescer a Saber 41
Entrecasas 42
Lisboa - Noite Segura 43
Ocidental - Noite Segura 44
Pes P'andar 45
Projecto Raízes 46

FICHA TÉCNICA:

Propriedade, Redacção e Direcção:

News-Coop - Informação e Comunicação, CRL

Rua António Ramalho, 600E

4460-240 Senhora da Hora Matosinhos

Publicação periódica mensal registada no ICS

com o nº 124 854. Tiragem: 12 000 exemplares

Contactos: 22 9537144

91 6899539

info@dependencias.pt

www.dependencias.pt

Director: Sérgio Oliveira

Editor: António Sérgio

Produção Gráfica: Ana Oliveira

Impressão: Artes Gráficas Diumaró

Sem palavras... quatro anos depois.

Glenn Greenwald, um dos 25 constitucionalistas liberais mais influentes dos Estados Unidos, apresentou, no passado dia 3 de Abril, no Cato Institute em Washington, um relatório, sobre a Descriminalização da Droga em Portugal, e no qual evidencia de forma clara e inequívoca, o sucesso alcançado pelo nosso País através da implementação das politicas de descriminalização face ás drogas, e que damos conta nas páginas desta revista.

A tese em que assenta este relatório escalpelizando minuciosamente as diferentes politicas sobre drogas adoptadas nos EUA, na Europa e...em Portugal, e que apresenta o nosso País como um caso de sucesso, a replicar, quem sabe, nos Estados Unidos, onde os ecos surgidos de influentes figuras traduzem uma necessidade de mudança.

Portugal, em que alguns (poucos) teimam em querer colocar no final de todos os rankings, está hoje no topo como uma referência reconhecida mundialmente, e um exemplo a seguir.

Deixem que repita tantas vezes o nome do nosso País, porque passou a constituir uma referência, um modelo a ter em conta, quer pelo seu saber quer pela maturidade dos seus técnicos que souberam interpretar a Estratégia Portuguesa da Luta Contra a Droga e a dar respostas aos diversos problemas e complexidade que a droga arrasta.

E não vou branquear, o reconhecido sucesso desta difícil batalha da droga e da toxicodependência, porque ele envolve a dedicação e a luta em que os técnicos do IDT se empenharam nos últimos 4 anos, e nos quais deram o melhor do seu conhecimento técnico e cientifico, intervindo nas mais diversas frentes, em situações muitas vezes complexas e incompreendidas mas com a consciência das fragilidades e da difícil batalha da droga e da toxicodependência.

Portugal, está hoje dotado de bons instrumentos de resposta, vive-se uma nova cultura de intervenção técnica, centrada no cidadão, articulada com a sociedade civil, com uma nova abordagem integrada, assente em diagnósticos, e no que as respostas diz respeito, toda a estratégia está solidamente assente na qualidade e avaliação do trabalho.

Portugal é uma referencia internacional, e da terra do tio Sam veio a Senhora Hillary Clinton reconhecer o fracasso da política anti-droga nos EUA afirmando que hoje é preciso abrir espaço a novas estratégias de intervenção. E não é por acaso que a Administração Obama tem vindo a dar sinais de querer operar essa mudança, que provocou mais de 6.000 mortos entre os carteis da droga do México no último ano.

Para Fernando Henrique Cardoso, Ernesto Zedillo e César Gaviria, ex-presidentes do Brasil, México e Colômbia, a politica de" guerra ás drogas" liderada durante tantos anos pelos Estados Unidos é um completo fracasso, que em vez de diminuir a produção e o consumo de substâncias, só contribuiu para alimentar a corrupção, a violência e instabilidade nos países da América Latina. Segundo eles chegou o momento de quebrar o tabu e ultrapassar as políticas proibicionistas baseadas na erradicação, interdição e criminalização e discutir com seriedade o problema da droga no mundo.

Para Manuel Ruiz Rivas porta voz do grupo parlamentar do PP, Portugal é um bom exemplo a ter em conta. Por isso na Galiza queremos implementar um serviço de respostas integradas para responder aos problemas e preocupações de todos.

A tese em que assentam os diversos raciocínios, compreende-se pelas dificuldades que foram sentidas ao longo dos anos, e pelas incertezas de implementação de respostas, dos quais Portugal é na verdade um bom exemplo, e que, foi e é reconhecido por todas as instâncias internacionais, um País com boas práticas....e técnicos.

Pena que ainda hoje e apesar de tudo tenhamos que ouvir pessoas que ou não sabem do que falam (e é grave) pela profissão que tem e pela ética a que estão obrigados, a dizer as mais diversas atrocidades técnicas e cientificas(?) ou então sabem? E torce os argumentos a seu bel prazer (o que é igualmente grave).

È igualmente triste perceber que gente (pouca) informada como esta continue a pensar que Portugal não tem espaço de intervenção, e que pela sua densidade tem pouca relevância.Pelo contrário quer os nossos parceiros europeus quer os EUA, descobriram que afinal Portugal está dotado de bons instrumentos e politicas orientadoras para o combate à droga e à toxicodependência. E é precisamente por isso que hoje podemos sentir orgulho porque em Portugal existe o que de melhor há no mundo.

Sérgio Oliveira (Director)

Frases do Mês

"A proibição falhou, a legalização é a melhor solução"

Editorial Revista The Economist

"É altura de termos um diálogo inteligente sobre a legalização da marijuana"

Hilary Clinton

"É como virar um grande navio cruzeiro em pleno mar alto: demora muito tempo"

Ethan Nadelmann, directo executivo da Drug Policy Alliance Network, um dos maiores grupos de defesa das novas políticas dos EUA face às drogas

"Temos de aceitar a realidade que nunca haverá um mundo livre de drogas e que o desafio não é livrarmo-nos delas mas aprendermos a viver com elas, para que causem o menos mal possível"

Idem

"Os países europeus "que durante os anos 80 e 90 foram pioneiros na política de redução de riscos" poderão estar mais habilitados para mudar a política e assumir a liderança a nível mundial"

Idem

"O problema de droga deste país é fundamentalmente um problema de sofrimento humano, cujos efeitos devastadores eu já experimentei na minha profissão e na minha família"

Gil KerliKowske, ex-chefe da polícia de Seattle e supervisor da política de drogas da administração Barack Obama

"A guerra às drogas tem redundado num fracasso. Temos que instituir novas políticas."

Joe Biden vice-presidente EUA

"A guerra às drogas liderada pelos EUA é um completo falhanço que, em vez de diminuir a produção e o consumo só tem contribuído para alimentar a corrupção, violência e instabilidade nos países da América Latina. Chegou o momento de quebrar o tabu e ultrapassar as políticas proibicionistas baseadas na erradicação, interdição e criminalização e discutir com seriedade".

Fernando Henrique Cardoso, Ernesto Zedillo e César Gaviria, ex-presidentes do Brasil, México e Colômbia, in Editorial do Wall Street Journal

A Gaffe do Mês

Não se entende que Portugal continue a defender uma política contrária às recomendações das Nações Unidas

Droga: Portugal contra o mundo

Manuel Pinto Coelho

Apresentamos 219 mortes por overdose por ano. Somos, juntamente com a Grécia, a Áustria e a Finlândia, um dos países que registaram um aumento de mais de 30% de mortes em 2005

in Público, 04/04/2009

Consumo da heroína deixou de ser criminalizado a partir de 2001

Americano defende lei portuguesa antidroga nos EUA

Toxicodependência. Constitucionalista norte-americano diz que legislação portuguesa é vanguardista e permitiu baixar consumo e doenças

PEDRO VILELA MARQUES

"A legislação portuguesa que descriminalizou o consumo de droga tem sido um rotundo sucesso." Esta é a conclusão a que chegou Glenn Greenwald, um constitucionalista norte-americano que estudou os efeitos da lei que descriminalizou a droga em Portugal e que defende a sua aplicação nos Estados Unidos da América.

No relatório "Descriminalização da droga em Portugal: lições para criar políticas justas e bem sucedidas sobre a droga" – apresentado ontem no Instituto Cato, no Estado americano do Massachussetts –, o especialista americano enaltece a legislação posta em prática no nosso país a partir de Julho de 2001. Lei que considera vanguardista no espaço da União Europeia e que permitiu reduzir o consumo de drogas e, especialmente, as doenças e mortes com ela relacionadas. "Os especialistas em questões da droga atribuem estas tendências positivas à oferta de programas de tratamento, o que foi possibilitado, por inúmeras razões, pela descriminalização."

Apesar de desconhecer o estudo de Glenn Greenwald, o presidente do Instituto da Droga e Toxicodependência, João Goulão, defende ao DN que o principal mérito da lei portuguesa é o de identificar e encaminhar com mais facilidade os doentes para os centros de tratamento. "Há um conjunto de razões para o sucesso da descriminalização, desde logo uma tendência que é comum à Europa ocidental de descida dos níveis de consumo desde o início deste século, mas também o retirar a aura de transgressão ao consumo, sobretudo junto dos jovens". Para João Goulão, a lei aplicada a partir de 2001 permitiu não só baixar o nível de consumo de drogas, principalmente entre os mais novos, mas também "enviar menos pessoas para as prisões – de onde saíam com os problemas agravados – e mais para os centros de tratamento".

Condições que, segundo Glenn Greenwald, conduziram a alguns dos níveis mais baixos de consumo da UE e que "deviam levar a debates sobre política de droga um pouco por todo o mundo" ■

Menos acesso ao pequeno tráfico

A Lei 30/2000, que Portugal adoptou a 1 de Julho de 2001, é única no espaço da União Europeia a descriminalizar o consumo de todas as drogas. A compra e posse dos estupefacientes são descriminalizados, desde que para uso pessoal, sendo que as quantidades previstas são as suficientes para 10 dias de consumo por pessoa. O tráfico continua a ser criminalizado. Segundo João Goulão, as polícias passaram a ter menos acesso ao pequeno tráfico, mas a intervir mais nas grandes redes de droga.

in Diário de Notícias, 04/04/2009

Consumo de álcool

"Binge drinking" é nova tendência entre os jovens

Em Portugal, está a crescer uma nova tendência entre os jovens no que diz respeito ao consumo de álcool. É o "*binge drinking*", ou seja, o consumo esporádico mas excessivo de bebidas alcoólicas. 48,4% dos jovens, entre 15 e 24 anos, bebeu de 4 a 6 ou mais bebidas numa só ocasião, pelo menos uma vez, no último ano. Os dados constam do Plano Nacional para Redução dos Problemas Ligados ao Álcool e foram apresentados no 26.º Encontro de Nacional de Clínica Geral.

O Plano aponta ainda que o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens de 15 e os 17 anos aumentou para os 40% em 2007, face aos 30% de 2001. Os resultados dos estudos nacionais e europeus evidenciam que os padrões de consumo de risco e nocivo estão a aumentar entre as mulheres jovens na maioria dos Estados-Membros, nomeadamente, em Portugal.

De acordo com Cristina Ribeiro, médica de família e assessora para os assuntos do Álcool do Instituto da Droga e Toxicodependência, "apesar da região centro e norte do país terem uma maior prevalência de consumo excessivo frequente, a nova tendência de "*binge drinking*" não se delimita a uma região mas antes a polos estudantis, caso das escolas e universidades".

Para esta médica, "os clínicos dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente os médicos de família, têm um papel determinante na detecção, acompanhamento e encaminhamento dos problemas associados ao álcool. A proximidade destes profissionais com esta realidade permite uma melhor identificação das repercussões físicas, psicológicas e sociais ligadas ao consumo excessivo desde de uma idade precoce.

"Os médicos de família são também agentes privilegiados na prevenção através da divulgação e sensibilização para os consumos de risco e as suas consequências, tendo ao dispor a implementação de boas práticas e propondo soluções ajustadas para cada contexto", esclarece Cristina Ribeiro. ■

in Gestão Hospitalar 01/05/2009

Nos próximos dias 2 a 4 de Novembro de 2009 irá realizar-se em Portugal, no âmbito da Universidade de Inverno T3E-UK, a Conferência Drugs, Health, Justice – Perspectives On Equality – European Overview 2009, um evento que contará com a presença e colaboração de importantes especialistas europeus e de outros continentes para aprofundar a reflexão sobre temas prementes do meio prisional e da saúde e interacção com o consumo de substâncias droga e doenças infecciosas nomeadamente, as hepatites e infecção por VIH.

500 mil na marcha de 'marijuana' do Porto

Manifestação. Ao som de apitos e música 'reggae' milhares pediram a legalização desta droga e o fim do estigma associado ao consumo

Manifestantes encheram as ruas do Porto

Meio milhar de pessoas, de acordo com a estimativa policial, participaram ontem, no Porto, na Marcha Global da Marijuana (MGM), com o objectivo de pedir a legalização das drogas leves, nomeadamente da cannabis.

Entre os presentes contava-se o norte-americano Jay Jackson que criou uma erva similar à cannabis e muito popular.

Jay Jackson defendeu aos jornalistas ser "perfeitamente normal" que se consumam drogas leves, citando o caso da Holanda que em 1976 descriminalizou o consumo e posse de menos de cinco gramas de marijuana.

A marcha, iniciada às 15.10 na Praça do Marquês, rumou à Praça D. João I, ao som de apitos, sirenas e de música reggae, com os manifestantes a empunharem tarjas com inscrições a pedir a legalização da cannabis.

Carla Fernandes, da organização da marcha, disse que um dos objectivos da iniciativa é obter uma eventual legalização da cannabis, mas também retirar o "estigma" geralmente associado ao consumidor daquela droga leve.

"O consumidor de marijuana pode perfeitamente trabalhar, constituir família, pagar os impostos e não merece ser tratado com esse estigma", defendeu.

A MGM é uma iniciativa internacional que reivindica a legalização da cannabis e se realiza desde 1999 no primeiro sábado de Maio, em mais de 200 cidades. O Porto optou por ser hoje a tradição e manter a data original. Contudo, cidades como Lisboa, Braga ou Coimbra preferiram realizar essa Marcha no dia 09 de Junho. ■

in Diário de Notícias, 03/05/2009

SOSálcool

João Goulão
MÉDICO E PRESIDENTE DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA

Foram recentemente apresentados os resultados do ESPAD 2007 (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), um inquérito europeu sobre o consumo de álcool e de drogas e que se realiza actualmente em 35 países, que é repetido a cada quatro anos (desde 1995) e que tem amostras representativas dos estudantes que completam 16 anos no ano em que decorre a recolha de dados. No nosso país tem sido desenvolvido no IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência), com o apoio do Ministério da Educação. No que diz respeito a Portugal, as principais conclusões do relatório apontam genericamente para três constatações, concordantes com os últimos estudos realizados:

1. Portugal é dos países europeus com menores prevalências de consumos de tabaco, drogas e álcool (em termos comparativos).
2. Assinala-se uma descida significativa no consumo de tabaco e uma ligeira descida no consumo de drogas.
3. Neste grupo etário verifica-se um aumento significativo dos consumos de álcool, nomeadamente dos padrões de consumo intensivo (com aumento do número de bebedeiras e do chamado *binge drinking* – Ingestão de cinco ou mais bebidas num curto espaço de tempo).

Face a estes resultados, e uma vez que o IDT assumiu recentemente responsabilidades na área do álcool, entendemos que a abordagem que tem sido adoptada no que respeita às drogas, com medidas concertadas de redução da procura (informação, prevenção e dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, reinserção) e da oferta (combate ao tráfico, a cargo das entidades policiais e aduaneiras) e que tem conduzido a uma efectiva diminuição do problema, deve ser transposta, com as necessárias adequações, para os problemas ligados ao abuso do álcool.

Assim, se não oferece dúvida que é necessário aperfeiçoar e alargar os programas de prevenção, a rede de tratamento e toda a panóplia de respostas de saúde e de carácter social para as pessoas com problemas ligados ao alcool, já não será tão pacífica a introdução de medidas tendentes a reduzir, com eficiência, a oferta/disponibilidade de bebidas alcoólicas a determinados grupos ou em determinados contextos, dada a enorme complacência existente na sociedade.

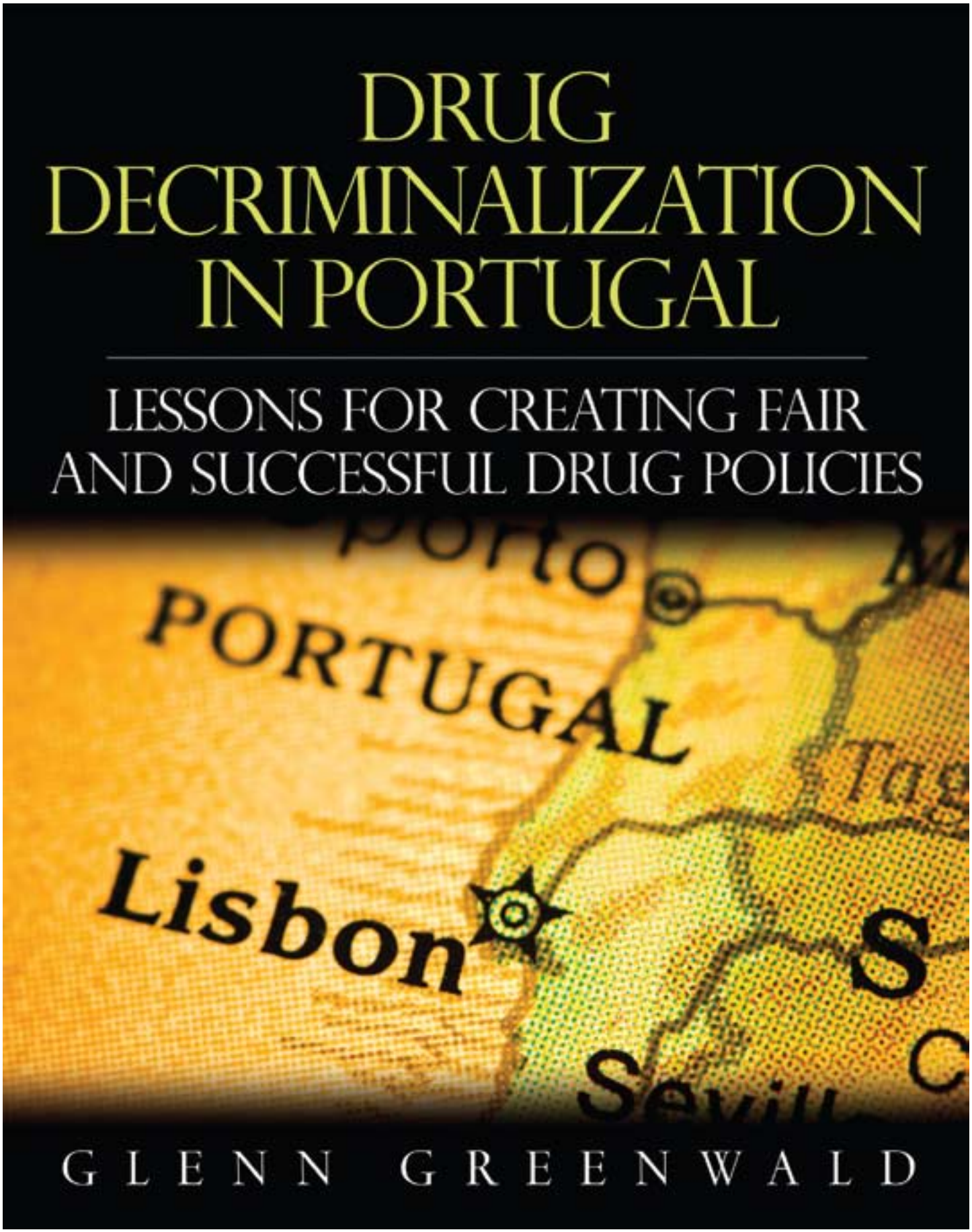
Muitos pais ficam assustados quando percebem que o seu filho fuma um charro, mas desvalorizam que apanhe bebedeiras todos os fins-de-semana.

O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool encontra-se em vias de aprovação e propõe uma série de medidas de redução da procura e defende a criação de legislação com o objectivo da redução da oferta.

Entre as medidas preconizadas destaca-se o aumento da idade a partir da qual será admissível a aquisição de álcool, actualmente fixada nos 16 anos, para os 18. Claro que esta medida estará à partida condenada ao fracasso se não forem claramente explicados os riscos ocasionados pelo consumo excessivo de álcool nestas idades e se não forem criados mecanismos eficazes de fiscalização, que tem sido muito insuficiente em relação ao limite actual. ■

Todos os domingos, um olhar diferente sobre a semana.
O consumo de substâncias psicoactivas entre os adolescentes.

in Diário de Notícias, Notícias Magazine, 05/04/2009



O sucesso da descriminalização de drogas: lições de Portugal para o mundo, segundo o constitucionalista liberal norte-americano Glenn Greenwald

"Descriminalização da Droga em Portugal: lições para criar políticas justas e bem sucedidas sobre a droga". O título não poderia ser mais encorajador para o actual executivo português e é da autoria de Glenn Greenwald, um dos 25 constitucionalistas liberais mais influentes dos Estados Unidos, que apresentou, no passado dia 3 de Abril, no Cato Institute em Washington, um relatório subordinado àquele título, que evidencia de forma metodológica e clara o sucesso alcançado pelo nosso País através da implementação das políticas de descriminalização face às drogas. Um documento que escalpeliza minuciosamente as diferentes políticas sobre drogas adoptadas nos EUA, na Europa e... em Portugal, e que apresenta o nosso País como um caso de sucesso, a replicar, quem sabe, nos EUA, onde os ecos surgidos de influentes figuras traduzem a necessidade de uma mudança. Mais pragmatismo, o fim das políticas proibicionistas, de guerra às drogas e aos utilizadores e a introdução de estratégias de redução de riscos é algo de que se começa a falar vivamente nas terras do Tio Sam e Portugal parece surgir no topo dos exemplos, como o comprova o estudo apresentado por Glenn Greenwald que, distinguindo o papel pioneiro e inovador de Portugal na UE, refere a descriminalização das drogas e a adopção das novas políticas de dissuasão implementadas pelo Estado Português, destacando os progressos alcançados nos diversos parâmetros analisados.

> « *Portugal é o único estado da União Europeia que explicitamente "descriminaliza" o uso de droga.*

Mais do que suposições e teorias, Portugal é destacado como um país que provou que se deve encarar o toxicodependente como alguém a recuperar e a reinserir na sociedade, em substituição da tradicional penalização que é ainda exercida em muitos outros países. A Time e a BBC já vieram ao nosso País, para ver como se faz…

De acordo com o autor, desde que a 1 de Julho de 2001, a aquisição, posse ou consumo de qualquer droga passou a constituir violação administrativa, quedando-se fora de moldura criminal, o uso de droga em Portugal fixou-se "entre os mais baixos da Europa, sobretudo quando comparado com estados com regimes de criminalização apertados". O consumo entre os mais jovens decresceu, bem como a mortalidade (de 400 para 290, entre 1999 e 2006) e as doenças associadas à droga. Como salienta Greenwald, Portugal passou a oferecer mais oportunidades de tratamento, citando mesmo peritos que atribuem esta mudança de abordagem à descriminalização. Embora consumir continue a ser proibido, já não dá pelo menos prisão, quando muito, uma multa ou, na maioria dos casos, uma reprimenda e o possível encaminhamento para o tratamento. Por outro lado, alerta, diluíram-se os receios (fundados) por parte dos toxicodependentes que viam no tratamento uma via verde para o sistema judicial ou para o ingresso num estabelecimento prisional, pelo que representava, em termos penais, a conduta de consumo de drogas. A diluição do estigma do crime diminuiu o receio de procurar ajuda e assim acabar na prisão, o que significa a aproximação destes indivíduos aos dispositivos de atenção do IDT e do Serviço Nacional de Saúde ou vice-versa. Ao contrário do que sucede, por exemplo em Espanha, onde as sanções, apesar de raras, obrigam à instituição de processos penais, de acordo com Greenwald.

O resgate de recursos que eram aplicados na criminalização – só em processos e detenções, cerca de 60% envolviam consumidores – permitiu ainda a canalização para o tratamento e outros eixos de missão. Entre 1999 e 2003, cresceu 147% o número de pessoas em programas de substituição.

O constitucionalista liberal socorre-se ainda de estudos já publicados em edições anteriores de Dependências, como o de 2006, que revela que a prevalência do consumo desceu de 14,1% para 10,6% (face a 2001) na faixa etária 13-15 anos, e de 27,6 para 21,6% nos 16-18 anos. A ligeira subida nas faixas etárias seguintes, conclui, não se prende com mais consumo, mas porque os jovens consumidores pré-descriminalização estão hoje mais velhos. Ou seja, se os adolescentes consomem menos, a prazo, menos adultos consumirão.

O estudo de Glenn Greenwald não se resume, no entanto, à vertente mais pragmática das intervenções, até por se tratar de um relatório com premissas políticas, e chega a analisar as atitudes dos diferentes blocos políticos nacionais e o ambiente político pré e pós-descriminalização, dando conta de um consenso actual quase generalizado, e que não se replica apenas na direita conservadora. Greenwald constata que, ao contrário do que defendiam previamente muitas vozes descordantes da descriminalização, o consumo de droga não se generalizou, nem Portugal se transformou num paraíso turístico oferecendo "sol, praias e droga". De acordo com o autor, 95 por cento dos cidadãos atendidos nas CDT criadas com a lei são portugueses e apenas 1 por cento será do resto da Europa. Greenwald diz que este caso de sucesso deveria ser tema de debate em todo o Mundo, lamentando que, confrontadas com ele, as autoridades americanas se tenham remetido ao silêncio.

Para João Goulão, presidente do IDT, IP, a atenção dedicada ao trabalho desenvolvido internamente, por um País que tanto investe e aspira a resolver estas temáticas e se encontra num momento de viragem política sem precedentes, é sem dúvida motivador para toda a equipa e sobretudo para o trabalho diário com os nossos utentes.

Dependências reproduz alguns excertos da obra que coloca Portugal no topo do mundo em matéria de políticas de intervenção em dependências.

> « *A posse e o consumo pessoais de todos os narcóticos, não obstante onde ocorra ou para que fim, são agora descriminalizadas em Portugal.*

Excertos da obra

"A 1 de Julho de 2001, uma lei de âmbito nacional entrou em vigor em Portugal, descriminalizando todas as drogas, incluindo a cocaína e a heroína. Perante o novo dispositivo legal, todas as drogas estavam "descriminalizadas, não legalizadas. Assim, a posse da droga para uso pessoal e o uso próprio da droga continuam a ser ainda proibidos legalmente, mas as violações daquelas proibições são julgadas exclusivamente como violações administrativas e completamente removidas do foro criminal. O acto de traficar droga continua a ser processado como uma ofensa criminal.
Enquanto outros estados da União Europeia desenvolveram vários formulários de descriminalização de facto - em que as substâncias percebidas como menos graves ou críticas (como a cannabis) raramente conduzem a acusação criminal - Portugal remanesce o único Estado-Membro da UE com uma lei que declara explicitamente as drogas como substâncias "descriminalizadas." Porque mais de sete anos passaram desde a promulgação do sistema de descriminalização português, existe uma gama extensa de informação, o que permite que os seus efeitos possam já ser avaliados.

> « *Fornecer drogas a um menor (ou a pessoas com doença mental) continua a ser proibido pela lei geral.*

Notavelmente, a descriminalização tornou-se cada vez mais popular em Portugal desde 2001. À excepção de alguns políticos de extrema-direita, são muito poucas as facções políticas domésticas a reclamar a revogação da lei de 2001.
E enquanto houver uma percepção difundida de que necessitam ser feitas alterações burocráticas à estrutura da descriminalização portuguesa para a tornar mais eficiente e eficaz, não existe nenhum debate real em torno de uma nova criminalização das drogas.
Mais significativamente, nenhum dos cenários de pesadelo preconizados antes da promulgação da lei pelos oponentes da descriminalização - dos excessivos aumentos no consumo de drogas entre os jovens à transformação de Lisboa num paraíso para "turistas de droga" - ocorreu.
O consenso político em favor da descriminalização nem constitui surpresa à luz dos relevantes dados empíricos. Dados que indicam que a descriminalização não teve nenhum efeito adverso nas taxas de uso de drogas em Portugal que, em diversas categorias, se encontram actualmente entre as mais baixas da UE, particularmente quando comparadas com os estados com regimes estritos baseados na criminalização. Embora as taxas de consumo no pós-descriminalização

> « *O número de casos recentemente relatados de VIH e de SIDA entre dependentes de drogas decresceu substancialmente a cada ano, desde 2001.*

remanescessem aproximadamente as mesmas ou tivessem mesmo diminuído ligeiramente quando comparadas com outros estados da UE, no caso das patologias relacionadas com os consumos, como as doenças sexualmente transmitidas e das mortes relacionadas com o uso de drogas diminuíram dramaticamente. Especialistas em políticas de drogas atribuem estas tendências positivas à habilidade manifestada pelo Governo Português ao oferecer programas de tratamento aos seus cidadãos - realces tornados possíveis, por inúmeras razões, devido à descriminalização.
Este relatório começará com uma examinação do enquadramento português da descriminalização, como determinado na lei, e nos termos em que funciona na prática. É ainda examinado o clima político em Portugal em ambas vertentes, pré e pós-descriminalização, no que diz respeito à política da droga, e o ímpeto que conduziu a que a nação adoptasse a descriminalização.
O relatório avalia então a política portuguesa sobre drogas no contexto da abordagem da UE às drogas.
Os diferentes enquadramentos legais, bem como a tendência global para a liberalização, são examinados para permitir uma avaliação comparativa significativa entre os dados portugueses e os dados de outros estados da UE.
O relatório determina também os dados a respeito das tendências relacionadas com drogas em Portugal, quer no período da pré-descriminalização, quer no pós-descriminalização. Os efeitos da descriminalização em Portugal são examinados em termos absolutos e a partir de comparações com outros estados que continuam a criminalizar as drogas, particularmente no seio da UE.
Os dados mostram que, julgado virtualmente em cada métrica, o enquadramento português da descriminalização resultou num sucesso retumbante. A partir deste sucesso resultam lições evidentes por si mesmas que deveriam guiar e mediar os debates em torno das políticas de drogas em torno do mundo.

Descriminalização vs despenalização - O enquadramento português

Desde a promulgação da lei da descriminalização das drogas em 2001, Portugal é o único estado da UE que, explicitamente, "descriminaliza" o uso da droga. O decreto, no artigo 29, utiliza o termo português descriminalização para descrever o novo enquadramento ou estrutura legal que executa. "Descriminalização aplica-se à compra, posse e consumo de todas as drogas para uso pessoal (definido como a quantidade individual média suficiente para um uso de 10 dias para uma pessoa).
Mesmo na estrutura da descriminalização, o uso e a posse de droga continuam proibidos (isto é, ilegais) e sujeitos à intervenção das polícias. Mas a "descriminalização" significa que as infracções foram completamente removidas do enquadramento da lei criminal e do sistema de justiça criminal. Em vez disso, são tratadas como violações puramente administrativas, sendo processadas em procedimentos não criminais. É importante distinguir entre "descriminalização," o es-

> « Muitos médicos acreditam que relatar um suspeito uso de droga às autoridades poderá violar a confidencialidade médico/paciente.

quema de jure decretado por Portugal, e a mera "despenalização," a estrutura predominante em diversos estados da EU, que não descriminaliza o uso da droga. A agência central da união europeia para a coordenação da informação sobre políticas de drogas é o OEDT que, em 2005, promulgou a seguinte definição para distinguir entre "descriminalização" e "despenalização": "Descriminalização compreende a remoção de uma conduta ou de uma actividade da esfera da lei criminal. A proibição remanesce a regra, mas as sanções para o uso (e seus actos preparatórios) já não caem dentro da estrutura da lei criminal. [Por contraste], "despenalização significa a relativização da sanção penal prevista, pela lei. No caso das drogas, e da cannabis em particular, a despenalização significa geralmente a eliminação de sanções custodiais.
Em suma, "descriminalização significa que apenas sanções não criminais (tal como multas ou encaminhamentos para tratamento) são impostas ou que nenhuma sanção penal é imposta. Num enquadramento de "despenalização", o uso de droga continua a constituir uma ofensa criminal, mas o aprisionamento já não é imposto para a posse ou uso, apesar de outras sanções do foro criminal (por exemplo, as multas, registos policiais, liberdade condicionada) remanescem disponíveis. A "Legalização - que nenhum estado da UE adoptou ainda - significa que não há nenhuma proibição de qualquer espécie na lei relativa à produção, venda, posse ou uso da droga.
Como referimos, diversos estados da UE desenvolveram formulários formais ou de facto de despenalização, particularmente para o uso pessoal de cannabis. Mas nenhum estado da EU, à excepção de Portugal, declarou explicitamente a descriminalização das drogas.

O processo, passo a passo
Existe uma opinião generalizada de que a descriminalização aumenta a necessidade de uma aposta na prevenção e na informação. Por exemplo, comunicar ao público que a descriminalização não desculpa o uso da droga.
Há ainda um consenso em torno de que a descriminalização, a destigmatização do uso da droga, conduza a uma proporção mais elevada de utilizadores para o tratamento, aumentando desse modo a necessidade de investimento neste eixo. Posto de outra forma, o enquadramento português de descriminalização nunca foi projectado nem visto como uma concessão à inevitabilidade do abuso de drogas.
Pelo contrário, era e é vista como a política mais eficaz do governo para reduzir as dependências e os danos associados. Por essa razão, o Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências para 2005-2012 (preparado em 2004) centra-se em estratégias contínuas para a prevenção, a redução da procura, e a redução de riscos, a par da maximização dos recursos do tratamento e disponibilidade para aqueles que o procuram. O IDT constitui a agência principal em Portugal para a supervisão da política sobre drogas. Continua a definir a sua missão nuclear e a finalidade nuclear da lei da descriminalização, como segue:
Esta lei reforça os recursos no contexto da redução da procura, encaminhando para tratamento os dependentes de drogas e [inclui] aqueles que não são dependentes mas que necessitam de uma intervenção especializada.
Com esta lei, esperamos contribuir para a resolução do problema de forma integrada e construtiva, olhando o dependente de drogas como uma pessoa doente que, não obstante, deve ser responsável por um comportamento que ainda é considerado uma ofensa em Portugal.

> « Em quase todas as categorias de drogas, e para o uso em termos absolutos, as taxas de prevalência ao longo da vida na era da pré-descriminalização dos anos 90 eram mais elevadas do que as taxas do pós-descriminalização.

> « As taxas de mortalidade relacionadas com drogas também diminuíram.

De facto, a descriminalização portuguesa apenas se efectivou após a realização de um estudo extensivo por parte de uma comissão de elite, a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga. Essa comissão foi criada como "resposta a um problema de rápido crescimento do consumo de drogas verificado nos anos 90, principalmente mas não exclusivamente envolvendo o uso de heroína." Notavelmente, a alteração à estrutura legal portuguesa de 2001 pretendeu implementar "uma forte orientação reducionista de danos" e "o ponto de comando destas leis consiste na descriminalização do uso e posse para uso de drogas."
No seu relatório de 1998, a Comissão Portuguesa recomendou finalmente a descriminalização como a estratégia optimal para combater os problemas crescentes de abuso e de dependência em Portugal.
A Comissão enfatizou que o objectivo da sua estratégia de descriminalização era reduzir o abuso e o uso de drogas. Assim, como indicado no relatório, as suas recomendações pretendiam visar:
• Redirigir o foco para a prevenção primária;
• Alargar e melhorar a qualidade e a capacidade de resposta das redes de cuidados de saúde para dependentes de drogas para assegurar o acesso ao tratamento a todos os dependentes que o procuram;
• Garantir os mecanismos necessários para permitir a execução por corpos competentes de medidas tais como o tratamento voluntário dos dependentes de drogas como uma alternativa a sentenças de prisão.
A Comissão concluiu que a legalização, ao contrário da mera descriminalização, não era uma opção viável devido, em grande parte, ao facto de numerosos tratados internacionais imporem a obrigação de estabelecer na lei doméstica uma proibição ao uso de drogas.
A descriminalização era coerente com essa obrigação porque a lei portuguesa continuou a proibir o uso, mas simplesmente já não classificava as violações como ofensas criminais. Depois da emissão do relatório da Comissão, o Conselho de Ministros do Governo Federal, em 1999, aprovou-o quase na sua totalidade. Em 2000, o Conselho produziu as suas próprias recomendações políticas, que eram coerentes com as da Comissão, incluindo recomendar na íntegra a descriminalização. Com o acordo entre a Comissão especializada e o Conselho

do Governo em torno da necessidade de adopção de uma abordagem geral de redução de danos e, especificamente, de descriminalização, a proposta encontrou relativamente pouca resistência política.
Depois disso, em Outubro de 2000, o Parlamento Português, apoiado pelo Presidente da República, decretou a legislação que executa na totalidade as recomendações do conselho, e a descriminalização entra em vigor a 1 de Julho de 2001.
Entrevistas com os profissionais portugueses com intervenção em toxicodependências confirmaram que, antes da descriminalização, a barreira mais substancial ao tratamento oferecido à população dependente era medo desta relativamente aos profissionais públicos que aí intervinham, em consequência da criminalização.
João Castel-Branco Goulão, presidente do IDT, enfatizou que antes da lei da descriminalização de 2001, o seu principal desafio era o medo dos toxicodependentes em procurar tratamento - particularmente nas unidades do estado que o oferecem - porque estavam receosos de serem presos e processados.

Figure 1
Administrative Infraction Proceedings and Decisions, by Year*

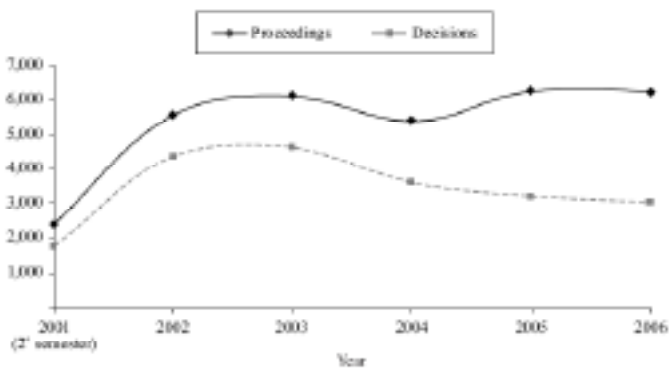
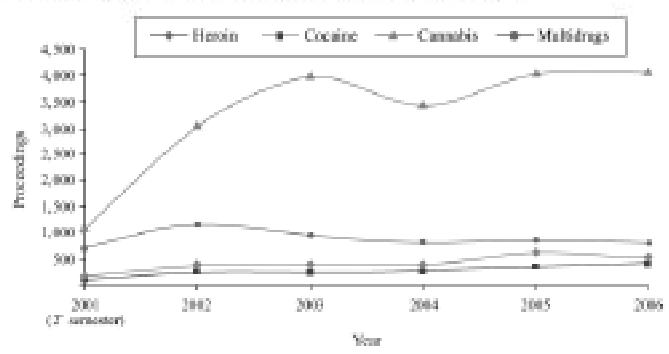


Figure 2
Administrative Infraction Proceedings, by Year,* by Type of Drug



Portugal percebido no contexto da União Europeia
Embora se verifique ainda uma grande variação nas políticas de drogas entre os estados da UE, determinadas tendências emergiram em termos gerais nos Estados-Membros, particularmente no que diz respeito a como a lei deveria tratar o consumo pessoal da droga. Embora muitos Estados da UE continuem a enfatizar aspectos criminais na relação com os utilizadores de drogas, muitos estados são cada vez mais movidos para uma abordagem baseada na saúde, encarando o uso pessoal de droga como um problema de saúde em vez de criminal.
Danilo Balotta, coordenador institucional do OEDT, utiliza o termo "healthification" para descrever uma clara tendência de abordagem consensualizada da UE às políticas de drogas.
Especificamente no que diz respeito à cannabis, um movimento de facto longe da criminalização é virtualmente unânime. O relatório anual do OEDT 2007 apresenta-o da seguinte forma: Uma tendência geral verificada na Europa consistiu em afastar-se das respostas criminais da justiça à posse e ao uso de pequenas quantidades de cannabis e orientar-se para as aproximações baseadas na prevenção ou no tratamento".
Esta tendência é evidente não somente no lento movimento de facto de abandono da criminalização de quantidades pequenas de cannabis, mas também na aceitação crescente através da UE de políticas ainda mais controversas de redução de danos . Como o relatório anual de EMCDDA 2007 documentou:
Historicamente, o tema da redução de danos foi mais controverso. Uma realidade que se encontra em alteração, e a redução de danos, enquanto parte de um pacote detalhado de medidas de redução da procura, parece agora ter-se transformado numa vertente mais explícita da abordagem europeia. Isto torna-se especialmente evidente no facto de, quer os programas de tratamento de substituição opiácea, quer os programas de troca de seringas, estarem agora alargados a praticamente todos os Estados-Membros da UE…
Em 10 anos, a disponibilidade de medidas de redução de danos, tais como o tratamento de substituição opiácea, decuplicou na UE.
Como referido, outras nações da EU determinaram quantidades específicas para a descriminalização de facto, mas não declararam explicitamente o uso de droga "descriminalizado." Em Espanha, por exemplo, "um consumidor de droga será julgado ainda por uma instância criminal, embora nunca seja preso apenas devido ao consumo de droga." Não obstante, Portugal permanece o único estado da EU a descriminalizar explicitamente, enquanto o enquadramento da criminalização continua a predominar na UE para a maioria dos delitos relacionados com drogas.

> « *Os medos do "turismo de droga" acabaram por se revelar completamente infundados.*

> « *No seu relatório de 1998, A comissão Portuguesa recomendou a descriminalização como a estratégia optimal para combater problemas relacionados com dependências.*

Efeitos da Descriminalização portuguesa

Desde que Portugal decretou o seu enquadramento de descriminalização em 2001, o uso de drogas, em muitas categorias, diminuiu realmente quando medido em termos absolutos, visto que o uso em outras categorias aumentou apenas ligeiramente ou suavemente.

Nenhuma das paradas dos horrores que os oponentes da descriminalização em Portugal previram, e que oponentes da descriminalização em torno do mundo invocam tipicamente, veio a verificar-se. Em muitos casos, o que sucedeu foi precisamente o oposto, porque o uso declinou em muitas categorias chaves e os males sociais relacionados com drogas têm sido muito mais contidos no regime descriminalizado.

Os efeitos verdadeiros da descriminalização portuguesa podem ser compreendidos apenas comparando o uso e as tendências no pós-descriminalização em Portugal com outros estados da UE, bem como com estados extra-comunitários (tais como os Estados Unidos, o Canadá e a Austrália) que continuam a criminalizar as drogas mesmo para o uso pessoal. E em praticamente cada categoria com significado, Portugal, desde a descriminalização, superou a vasta maioria de outros estados que continuam a aderir a um regime de criminalização.

Efeitos percebidos em termos absolutos

Taxas do uso: Desde a descriminalização, as taxas de prevalência ao longo da vida (que medem quantas pessoas consumiram uma droga em particular ou drogas no curso das suas vidas) em Portugal diminuíram em várias faixas etárias.

> *« A barreira mais substancial à oferta de tratamento à população toxicodependente era o medo destes de serem presos.*

Para estudantes do 7º ao 9º ano (13-15 anos), a taxa diminuiu de 14.1 por cento em 2001 para 10.6 por cento em 2006. Para estudantes do 10º ao 12º ano (16-18 anos), a taxa de prevalência ao longo da vida, que aumentara de 14.1 por cento em 1995 para 27.6 por cento em 2001, o ano da descriminalização, diminuiu subsequentemente à descriminalização, para 21.6 por cento em 2006. Para os mesmos grupos, as taxas de prevalência para substâncias psicoactivas diminuíram também subsequentemente à descriminalização.

De facto, para aqueles dois grupos críticos da juventude (13-15 anos e 16-18 anos), as taxas de prevalência declinaram em praticamente todas as substâncias desde a descriminalização.

Para alguns grupos de idade mais velhos (19 - 24 anos), registou-se um ligeiro e suave aumento no uso de droga, geralmente de 2001 a 2006, incluindo uma pequena ascensão no uso de substâncias psicoactivas para a faixa etária 15-24, e um aumento mais substancial no mesmo grupo de idade para substâncias ilícitas em geral.

Para outras faixas etárias de cidadãos mais velhos, os aumentos em taxas de prevalência ao longo da vida para drogas variaram geralmente de ligeiro a suave. Tal aumento em taxas de prevalência da vida para a população geral é virtualmente inevitável em cada nação, não obstante a política de drogas e não obstante se há mesmo um aumento real no uso da droga.

João Goulão, Presidente do IDT explica porquê:

Este é um resultado previsto, mesmo quando não há um aumento no uso de droga, por causa do efeito do coorte (na amostra, de um estudo ao outro, pessoas mais velhas que nunca experimentam drogas são substituídas por uma geração nova, entre a qual uma percentagem significativa já teve essa experiência). Quando avaliamos os efeitos a longo prazo da política de drogas e da abordagem ao tratamento, os especialistas portugueses da política de drogas, tal como os especialistas de política na maioria dos países, consideram os grupos de idade adolescentes e pós-adolescentes (15-24) os mais significativos. O comportamento dos grupos mais novos é amplamente considerado pelos decisores políticos de drogas em todo o mundo como o mais moldável, e as tendências que aparecem durante aqueles anos são de longe os mais potentes precursores para mudanças comportamentais a longo prazo. Um estudo de 2008 sobre tendências do uso de drogas em 17 nações de cinco continentes diferentes encontrou similarmente que os últimos anos da adolescência são chaves para determinar o uso futuro, ao longo da vida de drogas: Na maioria dos países, o período de risco para a iniciação do uso foi pesadamente concentrado no período de meados aos últimos anos da adolescência; havia um período ligeiramente mais velho e um período mais prolongado de risco para drogas ilegais comparativamente às drogas legais.

Como se esperaria, a seguir, os oficiais portugueses enfatizam as tendências dramáticas observadas nestes grupos mais novos desde que a lei da descriminalização foi decretada. As taxas de prevalência para o grupo de idade 15-24 aumentaram apenas muito ligeiramente, visto que as taxas para o grupo de idade 15-19 crítico - crítico porque um número tão substancial de cidadãos novos começa o uso da droga durante estes anos - diminuíram realmente em termos absolutos desde a descriminalização.

Possivelmente o mais surpreendentemente, enquanto as taxas de prevalência durante o período 1999 a 2005, entre o grupo de idade 16 18, aumentou um tanto para a cannabis (9.4 a 15.1 por cento) e para drogas em geral (12.3 a 17.7 por cento), a taxa de prevalência diminuiu durante aquele mesmo período para a heroína (2.5 a 1.8 por cento), a substância que os profissionais portugueses acreditados na área das drogas acreditavam ser de longe a socialmente mais destrutiva: Na altura de introduzir a descriminalização, o panorama português da droga era muito complicado devido a um crescimento - em nível do uso problemático da droga e de problemas relacionados com drogas. Tal foi associado primeiramente ao uso de heroína, com um problema particular do uso injectável da droga e os riscos relacionados de VIH/SIDA e de hepatites virais.

Estas diminuições relacionadas com a pós-descriminalização foram precedidas por aumentos significativos em problemas relacionados com drogas em Portugal nos anos 90. Durante toda essa década, o número das detenções para delitos relacionados com drogas de forma

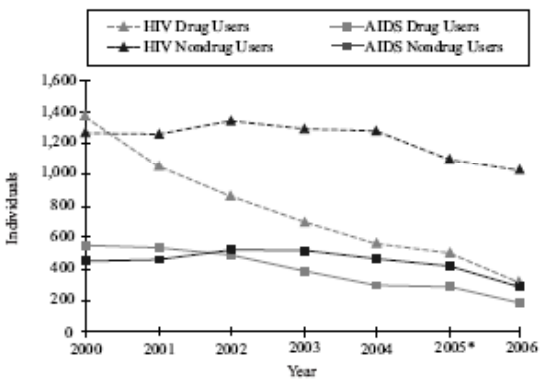
> *« O medo do estigma social associado a tais acusações era substancial, mesmo na ausência de uma sentença da prisão.*

« A descriminalização portuguesa nunca foi encarada como uma concessão à inevitabilidade do abuso de drogas.

geral, e para o uso de heroína especificamente, cresceram significativamente. Em 1998, mais de 60 por cento das detenções relacionadas com drogas eram devidas a uso ou a posse, mais que para venda ou que para posse para venda. A quantidade de drogas apreendidas durante essa década também cresceu significativamente.
Em quase cada categoria de droga, e para o uso da droga total, as taxas de prevalência ao longo da vida na era da pré-descriminalização dos anos 90 eram mais elevadas do que as taxas do pós-descriminalização. Além disso, os indicadores de tráfico de droga, como medido pelos números de condenados por esse delito, também declinaram fortemente desde 2001.

Fenómenos relacionados com drogas
Como predito e desejado, quando Portugal decretou a descriminalização, os programas de tratamento – quer em termos de volume de financiamento, quer na procura e adesão voluntária da população - melhoraram substancialmente. O que, por sua vez, realçou a habilidade dos decisores do Governo e do Estado de fornecer serviços de saúde (particularmente de tratamento e redução de riscos) à população: O número de pessoas em tratamento de substituição subiu de 6.040 em 1999 para 14.877 em 2003, um aumento de 147%... O número de vagas em unidades de desintoxicação, comunidades terapêuticas, CAT e outros dispositivos também aumentou... A estratégia nacional conduziu directamente a aumentos e incrementos na escala de actividades do tratamento e da prevenção em Portugal. Quando os proponentes da criminalização por vezes descrevem um aumento no número dos indivíduos que procuram o tratamento como indicativo de preocupação no que toca a problemas relacionados com drogas, a evidência empírica sugere o oposto como quase absolutamente verdadeiro. Entre os dependentes receosos em procurar tratamento devido ao medo de penalizações criminais e os dependentes que procuram livremente tratamento numa estrutura descriminalizadora, a última opção é claramente preferível, na medida em que tal incremento na adesão ao tratamento diminui a quantidade de dependentes e, igualmente importante, permite a gestão e a diminuição dos danos relacionados com os consumos. Precisamente por esse motivo, como o número de utentes em tratamento aumentou no contexto da pós-descriminalização, os danos relacionados com os consumos diminuíram substancialmente.
De acordo com o relatório 2006 do IDT, os indicadores disponíveis continuam a sugerir respostas eficazes ao nível do tratamento... e ao nível da redução dos danos." Além disso, a percentagem de utilizadores de drogas entre indivíduos VIH positivos recentemente infectados continua a decrescer. Desde 2004, as taxas de infecção gerais para o VIH remanesceram estáveis - uma tendência positiva que, de acordo com o relatório 2006, pode ser relacionada... com a execução das medidas de redução de danos, que podem conduzir a uma diminuição no uso intravenoso de drogas... ou ao uso intravenoso de drogas em melhores condições sanitárias, como indicado pelo número de seringas trocadas no programa nacional "Diz não a uma seringa em segunda mão."
Mais significativo, o número de episódios recentemente relatados de VIH e SIDA entre dependentes de drogas declinou substancialmente em cada ano desde 2001.
A percentagem de pacientes recentemente diagnosticados com VIH e SIDA que são dependentes de drogas diminuiu significativamente durante o mesmo período.

Figure 8
HIV/AIDS Notifications: Drug Users and Nondrug Users, by Year of Diagnosis



Source: Instituto da Droga e da Toxicodependência de Portugal (Institute on Drugs and Drug Addiction of Portugal), "The National Situation Relating to Drugs and Dependency," 2006 Annual Report (2007), p. 26.
*Infection by HIV was integrated into the list of diseases of mandatory declaration.

Provavelmente pelas mesmas razões, houve desde 2000 uma ligeira diminuição nas taxas de novas infecções por hepatite B e C em todo o país, que são atribuídas por analistas aos reforçados programas de tratamento, permitidos pela descriminalização:
Com taxas relativamente elevadas de uso injectado de heroína, Portugal viveu um problema sério com a transmissão de VIH e de outros vírus transmitidos por via sanguínea. Por exemplo, em 1999 Portugal teve a taxa mais elevada de VIH entre utilizadores injectores de droga na EU... Este é um alvo prioritário de uma abordagem e aproximação de saúde pública ao uso da droga, com o tratamento de substituição opiáceo e a troca de seringas a assumirem-se como elementos preponderantes da resposta portuguesa. Entre 1999 e 2003, havia uma redução de 17% nas notificações de novos casos de HIV relacionados com drogas...
Havia também reduções nos números de casos monitorizados de Hepatites C e B em centros de tratamento, apesar do número crescente de toxicodependentes em tratamento.
Além da doença, as taxas de mortalidade relacionadas com drogas também diminuíram. Embora o número dos exames toxicológicos empreendidos como parte das investigações pós-morte tenham aumenta-

« As taxas de prevalência para a faixa etária 15-19 diminuíram realmente em termos absolutos desde a descriminalização.

do substancialmente a cada ano desde 2002, o número de resultados positivos é de longe mais baixo do que os níveis verificados durante 2000 e 2001.
Em 2001, por exemplo, 280 testes toxicológicos encontraram um resultado positivo (entre 1.259 testes empreendidos). Em 2006, o número de resultados positivos era somente 216 (entre um número significativamente maior de testes empreendidos: 2.308). Em números absolutos, as mortes relacionadas com drogas, de 2002 a 2006, para cada substância proibida, ou declinaram significativamente ou permaneceram constantes comparativamente com o verificado em 2001. Em 2000, por exemplo, o número de mortes relacionadas com opiáceos (heroína incluída) estava em 281. Esse número diminuiu fortemente desde a descriminalização, para 133 em 2006.
Como é válido para taxas de uso de drogas, estas diminuições do pós-descriminalização foram precedidas por aumentos significativos em problemas relacionados com drogas em Portugal durante todos os anos 90. Durante este período do pré-descriminalização, o número de mortes agudas relacionadas com drogas aumentou cada ano, mais do que dez vezes de 1989 a 1999, alcançando um total de quase 400 em 1999.
O número total de mortes relacionadas com drogas diminuiu do ano da pré-descriminalização de 1999 (quando totalizou perto de 400) a 2006 (quando o total era 290).
Como as mortes relacionadas com drogas, os casos de SIDA relacionados com drogas do período pré-descriminalização cresceram rapidamente durante todos os anos 90, quando as taxas de prevalência para o VIH e a hepatite eram muito mais elevadas.
Assim, até naquelas categorias relacionadas com droga que pioraram em termos absolutos desde a descriminalização, essas categorias comparam-se bastante favoravelmente com tendências de pré-descriminalização nos anos 90. Embora a educação e os esforços de consciência nos anos 1990 começassem a parar a maré da infecção de SIDA e de outras doenças sexualmente transmitidas até antes da descriminalização, essas tendências, como demonstrado em cima, aceleraram ainda mais favoravelmente na era da pós-descriminalização.
Investigadores que entrevistaram inúmeros decisores políticos de drogas na Europa em geral e em Portugal encontraram unanimidade especificamente em apoio à constatação de que essas tendências positivas foram devidas à descriminalização e, especificamente, à capacidade de Portugal fornecer tratamento mais extenso e eficaz e programas de educação: Todas as pessoas entrevistadas aceitaram que a descriminalização foi benéfica para os utilizadores de drogas, principalmente porque resultou numa intervenção mais precoce e na provisão de mais respostas terapêuticas e direccionadas tanto para a droga como para os problemas relacionados com drogas.
Assegurando aos utilizadores de droga problemáticos um melhor sistema de detecção e de referenciação para tratamento, [Comissões de Dissuasão] incrementa-se a habilidade de focalização às causas e danos resultantes do uso problemático de drogas.

« *O número total de mortes relacionadas com drogas diminuiu efectivamente desde o ano da pré-descriminalização de 1999 (quando totalizou perto de 400) até 2006 (quando o total era 290).*

« *Os efeitos da descriminalização portuguesa devem ser avaliados no contexto das tendências da Europa, geralmente, durante o mesmo período.*

Conclusão
Nenhum dos medos promulgados por oponentes da descriminalização portuguesa se veio a materializar, visto que muitos dos benefícios preditos por decisores políticos das drogas ao instituírem um regime de descriminalização foram realizados.
Enquanto a dependência de drogas, o uso e as patologias associadas continuam a subir exponencialmente em muitos estados da UE, esses problemas - em cada categoria relevante -estiveram contidos ou melhorados de forma mensurável em Portugal desde 2001. Em determinados segmentos demográficos chaves, o uso de droga diminuiu em termos absolutos na estrutura da descriminalização, mesmo enquanto o uso na UE continua a aumentar, incluindo naqueles estados que continuam a adoptar a linha mais dura criminalizando a posse e o uso de drogas.
Livrando os seus cidadãos do medo da repressão ou acusação e do aprisionamento devido ao uso de droga, Portugal melhorou dramaticamente a sua habilidade de incentivar toxicodependentes a aproveitarem-se do tratamento. Os recursos que foram devotados previamente a acusar e a prender dependentes de drogas estão agora disponíveis para fornecer programas de tratamento. Aqueles desenvolvimentos, juntos com o recurso de Portugal a uma aproximação de redução de danos, melhoraram substancialmente os males sociais relacionados com drogas, incluindo a mortalidade causada pelas drogas e a transmissão de doenças.
Idealmente, os programas de tratamento seriam estritamente voluntários, mas o programa português é certamente preferível ao criminalizador. Os portugueses viram os benefícios da descriminalização e, consequentemente, não há nenhuma pressão política sério em Portugal para que se volte a uma abordagem de criminalização. Os decisores políticos da área das drogas no Governo Português são praticamente unânimes na sua opinião de que a descriminalização permitiu uma aproximação muito mais eficaz para controlar e gerir os problemas de dependências em Portugal e outras aflições relacionadas com drogas. Uma vez que os dados disponíveis demonstram que são certos, o modelo português deve ser cuidadosamente considerado pelos decisores políticos em todo o mundo.

Foram preenchidos 24.736 registos por 43 E.T., dos quais 17% corresponderam a utentes em primeira visita a estruturas de tratamento.

Foram documentados 21.952 resultados de testes rápidos da infecção VIH/sida, entre os quais 15% constituíram reavaliações no âmbito do Programa. Nestes utentes foram identificados 338 testes rápidos reactivos, dos quais 130 resultaram em testes confirmatórios positivos e 23 em testes confirmatórios negativos.

Encontro Klotho: dois anos depois, muito se fez e muito continua por fazer

Passados dois anos desde a implementação em Portugal do Programa Klotho, são indubitáveis as alterações e mais-valias obtidas a partir da parceria entre o IDT, a CNSIDA, hospitais e as instituições da sociedade civil aderentes. Desde logo, a metodologia ADR permitiu que o País obtivesse, finalmente, um conhecimento mais aproximado da realidade epidemiológica da infecção. A par, são imensuráveis as vantagens inerentes em matéria de aconselhamento (que potencia alterações comportamentais relativamente a práticas de risco), como o serão ao nível do diagnóstico, quer no que respeita à prevenção de potenciais contágios (ganhos em saúde pública) quer do diagnóstico precoce, e referenciação, o que potencia tratamentos mais eficazes, melhor qualidade e de vida e incrementos ao nível da esperança de vida. Também se espera que os resultados, já avaliados, aferidos pela implementação do Klotho possam servir, em termos pragmáticos, para ajustar ou adequar práticas ao nível da prevenção, redução de riscos e tratamento… O tempo o dirá… até porque a intenção das entidades responsáveis, IDT e CNSIDA, aponta para que a metodologia Klotho seja internalizada nas práticas das equipas de ambas instituições e das entidades com estas convencionadas.

Serviram estas premissas para a realização de um encontro, no passado dia 4 de Maio, em Lisboa, subordinado ao tema Detecção Precoce nos Utilizadores de Drogas. A sessão abriu com uma intervenção de Lucas Wiessing, do OEDT, sobre Políticas e Vigilância Epidemiológica na Europa, da qual ressalta a necessidade de uma intervenção no nosso País que faça baixar os (ainda) elevados números de contágio entre os utilizadores de drogas, sobretudo por via injectável, seguindo-se uma avaliação, por parte de Henrique de Barros, acerca dos Dois Anos de Experiência em Portugal. As cinco Delegações Regionais do IDT apresentaram as suas perspectivas sobre a implementação do Programa, das quais sobressaem, desde logo, os graus de satisfação percebidos e manifestados quer pelos utentes inquiridos, quer pelos técnicos envolvidos no Klotho, na maior parte dos casos superior a 95 por cento. A iniciar a sessão da tarde, surgiu uma abordagem mais clínica, subordinada ao tema A Continuidade dos Cuidados, desde a Articulação e Referenciação Hospitalar – As Experiências Locais da ET de Santarém (Enf.ª Elisabete Dias), do Hospital de Santarém (Dr. Fausto Roxo), do Centro de Diagnóstico Pneumológico (Dr. José Miguel Carvalho) e do CRI de Beja (Dr.ª Virgínia Santos). Do Hospital Joaquim Urbano, a Dr.ª Ana Maria Horta apresentou o consagrado modelo de referência de Terapêutica Combinada, numa sessão moderada por José Vera, do Hospital de Cascais.

Seguiu-se a vez das equipas de redução de riscos, com Ana Mafalda e Ana Simões, das equipas de rua da Cruz Vermelha de Braga e da Caritas de Coimbra, respectivamente, a apresentarem basicamente uma caracterização sócio demográfica dos utentes atendidos pelas suas equipas no âmbito do Klotho e dos objectivos pretendidos. Susana Peixoto, em representação da Agência Piaget para o Desenvolvimento, cuja equipa de rua, o GIRUGaia coordena e do R3, uma associação que congrega algumas das equipas de rua pertencentes a instituições da sociedade civil com intervenção no eixo da redução de riscos, trouxe ao encontro uma perspectiva diferenciada e muito pragmática que, embora não colocando em causa as vantagens associadas à implementação do Programa e a necessidade da realização de estudos epidemiológicos, sobretudo aqueles assentes em metodologias que garantam um aproveitamento prático, como a ADR, alertou para eventuais perigos associados a uma agilização menos pensada e adequada do mesmo. Concretamente, para a necessidade de ressalvar os direitos individuais que norteiam o livre acesso e a liberdade de escolha quanto ao estado de saúde por parte dos utentes, alertando para a promiscuidade que poderá resultar da necessidade de as equipas de rua terem que cumprir metas relativamente à implementação do Programa, aliada a uma eventual pressão para que os seus utentes adiram ao diagnóstico; a prática, ainda que não generalizada, constatada em alguns centros hospitalares de não fornecer medicação anti-retroviral a utentes diagnosticados como seropositivos que continuem a consumir (que validade terá então, nestes casos o diagnóstico?); e para a necessidade de dotar os utentes de competências básicas, quer de saúde, quer de cognição para que possam usufruir de uma de tomada de decisão consciente. Susana Peixoto daria um exemplo, que acabaria por lançar um mote para discussão: fará sentido realizar o teste a um sem-abrigo? Algo que, recorrendo ao habitual sentido pragmático, também João Goulão questionou, considerando que, nalguns casos, será mais premente qualificar os indivíduos em relação a determinadas carências básicas do que propriamente procurar consentimentos formais para a realização do teste que, em certas situações, deverá ser bem reflectido acerca da sua pertinência e, por que não, adiado…

A terminar, João Goulão apresentou uma sinopse subordinada ao tema Do Projecto ao Programa – Institucionalização do ADR com teste rápido, reflectindo sobre as linhas de orientação que permitiram fazer deste instrumento de saúde pública mais uma ferramenta ao serviço dos portugueses para travar uma epidemia que, sem a devida abordagem, poderia assumir contornos catastróficos, particularmente no seio dos utilizadores de drogas.

Dependências esteve presente no Encontro Klotho e entrevistou José Pádua, Director Clínico do IDT.

José Pádua

O que mudou após estes dois anos de implementação do Klotho?
José Pádua (JP) – Epidemiologicamente, temos hoje um melhor conhecimento da realidade, nomeadamente do estado infeccioso dos nossos utentes. Alertámos todos os nossos técnicos, mesmo aqueles de carreiras como psicologia, técnicos de serviço social ou técnicos psicossociais para essa problemática das doenças infecciosas e da necessidade de alertar e diagnosticar e, ao mesmo tempo, demos formação e melhorámos a sua capacidade para darem um aconselhamento adequado, correcto, mais em profundidade e até mesmo falando de assuntos que, por vezes, não são fáceis de falar, como as questões da sexualidade, os riscos nas relações sexuais, isto para além dos riscos associados a certas práticas de consumo. E penso que mudou também o impacto que tudo isto teve sobre os utentes, não só nos pouco mais que 150 utentes que foram diagnosticados com VIH e, portanto, encaminhados para um tratamento mais precoce, mais quase 200 utentes que já sabiam ser positivos mas que não estavam ainda em tratamento e beneficiaram também dessas práticas de referenciação hospitalar e de um tratamento mais rápido e todos os outros utentes a quem, através de um aconselhamento que se realizava, até mais que uma vez, quando se percebiam comportamentos de risco. Como se ouviu aqui, o ADR foi feito mais que uma vez a muitas pessoas porque, provavelmente, mantinham algum tipo de comportamentos que, a pedido deles ou por indicação dos terapeutas, o justificou. E creio que todo foi feito no sentido de essas pessoas mudarem os seus comportamentos e cuidarem melhor de si próprias. Aos próprios detectados positivos foi dado um aconselhamento adequado à sua situação no sentido de não infectarem outros.

No que concerne a resultados, mediante o que é possível aferir até agora, embora não tenhamos ainda todos os indicadores disponíveis, nomeadamente no que concerne aos testes confirmatórios, os que existem surpreendem, de alguma forma?
JP – Em certa medida surpreenderam, uma vez que encontrámos menos seropositivos do que esperávamos. Ou seja, o número de novos casos detectados foi mais baixo do que aquilo que as prevalências faziam pensar. O que pode estar, em parte, de acordo com esta ideia de que a incidência tem vindo a baixar, da mesma forma que a incidência do uso injectável também tem vindo a decrescer. Na mesma proporção em que os programas de troca de seringas e de prevenção e as equipas de rua têm aumentado o seu trabalho e é muito provável que os resultados que agora se estão a verificar seja fruto desse mesmo trabalho. Por outro lado, também temos "tocado" em muitas mais pessoas, passando informação correcta e actualizada.

Em termos pragmáticos, para práticas futuras de intervenção ao nível da toxicodependência e da associação ao VIH pelo menos nos eixos de intervenção da prevenção, tratamento e redução de riscos e minimização de danos, em que medida permitirão os resultados aferidos através do Programa Klotho novas abordagens e paradigmas de intervenção?
JP – Sim, talvez… Pelo menos dá um melhor conhecimento da realidade. O primeiro inquérito era mais extenso e incluía muitas questões sobre comportamento. Foi feito a poucas centenas de pessoas mas, devido à sua complexidade, já deu boas informações. O segundo inquérito não era tão extenso mas, mesmo assim, foi realizado a cerca de 20 mil pessoas e irá dar informações que, depois, podem ser transformadas, por exemplo, em novo material de divulgação pelas equipas de rua. E estas equipas de rua que estão agora a começar a aplicar o teste estão a beneficiar da experiência das primeiras e igualmente da experiência dos CAT, até do ponto de vista técnico e das dificuldades de aplicação - que aplicaram o teste durante bastante tempo. Vão havendo cada vez mais equipas de rua envolvidas, o que é importante, como o é o facto de beneficiarem desta experiência acumulada durante estes dois anos.

Existem pelo menos quatro agentes fundamentais para o sucesso deste programa: as equipas do IDT, a CNSIDA, as equipas de rua pertencentes a IPSS e os hospitais, parecendo que estes últimos se tornaram uma espécie de parente pobre e dada a sua manifesta falta de disponibilidade para articularem da forma mais adequada e desejável…
JP – Depende… São casos pontuais. Houve e há óptimas respostas – e hoje não pudemos sequer trazer aqui todas. Há locais onde não existem equipas de doenças infecciosas, há locais onde a medicina interna assume estas doenças porque não existem especialistas e outros onde a medicina interna não assume estas doenças. Como é sabido, estes tratamentos também têm um preço elevado, o qual não é linear e tem que ser bem equacionado… Mas eu diria que não existem parentes pobres. E na maior parte dos casos, quando falamos em cuidados de saúde primários, os médicos de família, na encaminham para as nossas equipas.

Mas algo parece falhar quando os resultados dos testes confirmatórios demoram bastante tempo a chegar às estruturas do IDT ou às estruturas convencionadas com o IDT no âmbito do Klotho…

José Pádua

"O trabalho continua. Continua no trabalho das equipas de rua junto dos consumidores, continua na prevenção, que começa nas escolas, continua nas equipas que atendem os jovens em risco ainda antes de se tornarem dependentes. É um trabalho continuado mas penso e estou confiante que os números vão baixar"

"A nossa visão consiste em internalizar isto [teste rápido e metodologia Klotho] na rotina e na prática [das equipas]"

"Encontrámos menos seropositivos do que esperávamos"

"O número de novos casos detectados foi mais baixo do que aquilo que as prevalências faziam pensar"

JP – Nem será tanto o caso de demorarem mas, por vezes, de não virem… Claro que se a pessoa tiver um teste reactivo com uma probabilidade alta de ser positivo mas que não é seguro, fica ansiosa. O ideal, o desejável e o que prometemos é que no máximo de uma semana a pessoa fizesse a análise de confirmação. É óbvio que ainda demora uns dias até ter o resultado mas, no máximo de oito dias deveria ter a confirmação para não viver naquela angústia e suspense. O que acontece é que, por várias burocracias e dificuldades, nalguns locais foi difícil obter pelo menos uma confirmação escrita dos resultados. Mas também é verdade que, num sítio ou noutro, houve utentes que souberam o primeiro resultado e desapareceram, não querendo saber do segundo.

Será o Klotho um trabalho para desenvolver ad eterno?
JP – Neste momento, a nossa visão consiste em internalizar isto na rotina e na prática. Nomeadamente até parte das questões que já eram feitas e agora foram remodeladas e internalizadas no nosso novo sistema informático, para não se repetirem, no fundo, tarefas… Para não se andar a fazer a mesma pergunta de duas maneiras e a registá-las em dois papéis diferentes mas fazê-lo de uma única maneira que, de forma eficiente, permita trabalhar as respostas e continuar esta colaboração com a Coordenação VIH e a medicina em geral.

Sabendo-se que existem hoje outros factores de risco, outros perfis de consumo e menos consumidores por via injectável, será intenção do IDT e da CNSIDA alargar este tipo de metodologia ADR a outras populações que não apenas os consumidores tradicionais de heroína ou cocaína de rua?
JP – Estes testes rápidos já são usados nos CAD e à população em geral. E nós, nos nossos centros, estamos a fazê-los a toda a gente, mesmo que sejam só consumidores de haxixe ou de álcool. É possível que os venhamos a utilizar também nos centros de alcoologia, embora as pessoas aí tenham que realizar muitas outras análises mas, nomeadamente nos centros anónimos de detecção, já são usados estes testes. Já estamos a usá-los nalgumas equipas de rua, mais vocacionadas e com condições para isso.

Acredita que, através deste trabalho finalmente desenvolvido em Portugal, seja possível baixar os indicadores que hoje vimos apresentados pelo responsável do OEDT relativos ao nosso País que, em comparação com os dos outros países europeus, estão ainda aquém do que seria de esperar, particularmente no segmento dos consumidores de drogas injectáveis?
JP – É um trabalho conjunto, em que a metodologia do Klotho teve, indubitavelmente, o seu papel. Mas o trabalho continua. Continua no trabalho das equipas de rua junto dos consumidores, continua na prevenção, que começa nas escolas, continua nas equipas que atendem os jovens em risco ainda antes de se tornarem dependentes. É um trabalho continuado mas penso e estou confiante que os números vão baixar.

Reconhecida a importância da injecção de drogas na dinâmica da transmissão da infecção VIH/sida em Portugal, foi concebida uma intervenção abrangente de saúde pública, dirigida aos utilizadores de drogas utentes da rede pública de tratamento da toxicodependência – o Programa Klotho – com o objectivo de desenvolver uma rede de identificação precoce da infecção VIH/sida através da integração local horizontal dos prestadores de cuidados de saúde. Durante o período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2008, a par da identificação precoce da infecção VIH/sida através da utilização de testes rápidos, foi feito o registo sistemático das características dos utentes das estruturas formais de tratamento da toxicodependência (Equipas de Tratamento - E.T.). A informação foi obtida através de um questionário aplicado pelos profissionais das estruturas de tratamento, no qual foi registada informação clínica, sócio demográfica e comportamental. Foram considerados participantes no Programa os utentes que deram consentimento informado oral. A implementação do Programa, bem como a manutenção do preenchimento da folha de registos decorreu de forma heterogénea entre regiões e, dentro de cada região, entre E.T. Globalmente, no período em questão foram preenchidos 24.736 registos por 43 E.T., dos quais 17% corresponderam a utentes em primeira visita a estruturas de tratamento. Foram documentados 21.952 resultados de testes rápidos da infecção VIH/sida, entre os quais 15% constituíram reavaliações no âmbito do Programa. Nestes utentes foram identificados 338 testes rápidos reactivos, dos quais 130 resultaram em testes confirmatórios positivos e 23 em testes confirmatórios negativos, sendo que para os testes restantes se aguarda comunicação do resultado do teste confirmatório, como indica o Relatório de Monitorização de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2008, realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Durante o ano de 2008, o Programa estava já implementado na grande maioria das E.T. Nesse período, e relativamente às características demográficas dos utentes a nível nacional, mais de três quartos eram do sexo masculino, sendo a classe etária mais frequente a dos 30 aos 39 anos. Mais de 95% dos utentes tinham nascido em Portugal e a maioria tinha completado o ensino básico. Relativamente às variáveis comportamentais, a maioria dos utentes referiu ter alguma vez injectado drogas, sendo que mais de um terço destes tinha iniciado este comportamento com idade inferior a 20 anos. Mais de metade dos utentes que injectaram drogas tinha partilhado material de injecção ao longo da vida, sendo que mais de 10% destes tinham partilhado no mês anterior à inquirição.
Dos inquiridos que mantinham hábitos de injecção, aproximadamente 40% tinham recentemente injectado drogas na rua ou em espaços públicos. Entre os inquiridos que tinham estado reclusos, 17% tinham injectado drogas durante a reclusão. Menos de metade dos inquiridos referiu ter utilizado preservativo consistentemente no mês anterior.
No que diz respeito a frequência de infecção VIH/sida, considerando os 2681 utentes em primeira visita a estruturas de tratamento registados durante o ano de 2008, 918 utentes referiram a utilização de drogas pela via injectada, entre os quais foram registados 105 casos documentados de infecção VIH/sida e identificados 24 novos testes rápidos reactivos (10 confirmados), enquanto nos 1763 utentes que não declararam hábitos de injecção foram registados 20 casos documentados e identificados 11 testes rápidos reactivos (5 confirmados). Relativamente aos 8003 utentes em seguimento em estruturas de tratamento, entre os 4885 que referiram ter alguma vez ter injectado drogas, foram registados 566 casos documentados de infecção VIH/sida e identificados 58 novos testes rápidos reactivos (23 confirmados). Entre os 3118 utentes que declararam nunca ter injectado drogas, foram registados 56 casos documentados e identificados 12 testes rápidos reactivos (1 confirmado).

SIM ao registo e à partilha de informação! SIM à intervenção interdisciplinar

Chama-se SIM - Sistema de Informação Multidisciplinar – e foi apresentado no passado dia 16 de Abril em Aveiro, cujo CRI local teve honras de baptizar esta aplicação informática de forma piloto. Mas, afinal, o que é o SIM? Obedecendo à filosofia de intervenção integrada, faz todo o sentido que os diferentes grupos profissionais que de alguma forma podem aportar algo nessa mesma intervenção sobre o utente possam partilhar informação acerca das intervenções, consultas, terapêuticas, indicadores sociais e outros elementos que vão sendo registados num servidor que estará acessível a (esperemos) todos os profissionais com intervenção em toxicodependência. Numa primeira fase, o SIM estará disponível a título de experimentação (para que possam ser feitos eventuais ajustes) em Aveiro, Santa Maria da Feira e Matosinhos, esperando-se que, entre Maio e Junho, já se tenha estendido a todo o País. CRIs, U.D., C.T e, esperemos, unidades móveis, equipas de rua e outras convencionadas com o IDT. Além de facilitar uma intervenção multidisciplinar e mais integrada, o SIM poderá eliminar definitivamente os receios, por exemplo, tantas vezes preditos, de vermos um utente atendido em programa de substituição opiácea, no mesmo dia e com pouco tempo de diferença, numa E.T. e numa equipa de rua entre outras sobreposições e agoiros que, espera-se no futuro, deixarão de fazer sentido Em última instância, por que não, poderá servir para reduzir os tempos de espera para entrada em programas de substituição de redução de riscos, o que vulgarmente se designa como baixo limiar e, normalmente, tem representado processos muito morosos nalgumas E.T., e que poderá encontrar agora respostas mais abreviadas noutras equipas de rua convencionadas. Por que não?
Dependências esteve em Aveiro, na acção de formação sobre o SIM destinada aos técnicos do CRI local e outros profissionais do IDT e conversou com o psicólogo clínico da DRA, Pedro Catita, responsável pela concepção e desenvolvimento desta aplicação.

Em que consiste concretamente esta aplicação informática, o SIM?
Pedro Catita (PC) - Esta aplicação informática e, globalmente, todo o sistema de informação que a rodeia surge da necessidade de o IDT, por um lado ao nível dos técnicos, dispor de um conjunto de ferramentas que facilitem o acesso à informação clínica relevante para trabalhar com os seus doentes, nomeadamente em termos históricos, com todo o percurso e evolução que os utentes vão fazendo e, por outro lado, ao nível das estruturas directivas, ter um conjunto de dados que, globalmente, permitam caracterizar a população que atendemos, as intervenções que desenvolvemos com os utentes e os resultados dessa intervenção. Desta perspectiva global, surgiu a necessidade de termos uma ferramenta que permitisse ir ao encontro das necessidades específicas dos diversos grupos profissionais que intervêm

A circulação da informação entre os vários grupos profissionais irá permitir que cada equipa não represente apenas um conjunto de profissionais em disciplinas mas permita desenvolver um trabalho interdisciplinar.

Pedro Catita

no nosso serviço e dos diferentes contextos institucionais que temos, seja o ambulatório, sejam as unidades de desabituação, as comunidades terapêuticas, centros de dia toda esta panóplia de estruturas. Neste sentido, foi iniciado um percurso que, para já, envolve o ambulatório mas que, a seu tempo, irá abranger as outras áreas.

Quando refere todos os grupos profissionais quer dizer que quer um assistente social, quer um enfermeiro, quer um psicólogo ou um médico, sempre que tenha um contacto ou uma intervenção junto de um utente, o deve registar?
PC – Exactamente. Fica registado o contacto que fez com o utente e igualmente um conjunto de dados, indicadores e elementos que permitem registar o estado do utente, o plano terapêutico que foi prescrito, a avaliação do que está a ser feito com o utente, entre outros elementos.

Será então uma ferramenta facilitadora da desejada intervenção multidisciplinar?
PC – Exactamente. Essa é uma questão extraordinariamente relevante para nós porque os nossos utentes não apresentam, na esmagadora maioria dos casos, um problema único numa determinada área. Em geral, apresentam problemas na área médica, na área psíquica, na área social e por aí fora e, portanto, é necessário haver, de algum modo, uma concertação de esforços por parte de todos estes grupos profissionais. A circulação da informação entre estes vários grupos profissionais irá permitir que cada equipa não represente apenas um conjunto de profissionais em disciplinas mas permita desenvolver um trabalho interdisciplinar.

Esta aplicação vai ser implementada apenas nas estruturas do IDT ou será igualmente alargado por exemplo às equipas de rua protocoladas ou convencionadas com o Instituto?
PC – Para já, a perspectiva é implementá-lo nas estruturas do IDT. Há, no entanto, uma perspectiva de poder chegar às estruturas das entidades convencionadas, nomeadamente unidades de desabituação, comunidade terapêuticas e, eventualmente, outras unidades móveis como equipas de rua que desenvolvem a sua acção globalmente sobre utentes genericamente comuns com o IDT e em que essa partilha de informação será importante. É evidente que isso colocará desafios importantes em termos da disponibilidade da informação, porque uma questão será a informação estar disponível internamente no serviço e outra será disponibilizá-la para fora do serviço, mesmo que seja para estas unidades, mas acreditamos que isso poderá também facilitar essa troca de informação relevante entre dois serviços que, no fundo, estão a trabalhar sobre a mesma pessoa.

Para quando está programada a implementação definitiva desta ferramenta?
PC – A nossa perspectiva temporal aponta para que, dentro de 15 dias, possamos fazer o balanço deste trabalho feito em Aveiro, perceber o que há a rectificar ou a ajustar e, se tudo correr adequadamente, dentro de sensivelmente um mês, portanto, em meados de Maio, estaremos a avançar com Santa Maria da Feira e Matosinhos e, passados mais 15 dias, se tivermos igualmente um balanço positivo dessas três experiências, poderemos rapidamente avançar com o resto do País.

A experiência piloto em Aveiro começa já amanhã?
PC – Sim, hoje, depois desta manhã, em que foi apresentada a aplicação em moldes um pouco mais teóricos, os profissionais vão estar a familiarizar-se com a aplicação em termos práticos e, a partir de amanhã, a equipa começará já a trabalhar com a mesma em termos definitivos, a registar os seus dados e a trabalhar normalmente com o SIM.

Esteve a acompanhar o processo de concepção do software. Como descreve essa tarefa de trabalhar em conjunto com uma empresa de informática na construção de uma ferramenta de saúde?
PC – Trabalhámos com três empresas de informática. Houve uma primeira que deu algum apoio no levantamento de requisitos e, depois, um consórcio de duas empresas que colaboraram em todo o processo de desenvolvimento aplicacional, em que também foi necessário fazer uma actualização do levantamento de requisitos. Foi um trabalho extraordinariamente rico. Por um lado, há essa vertente do trabalho com as empresas e com o olhar que os informáticos têm sobre este trabalho, o que é interessante mas foi também muito rico todo o trabalho que foi feito internamente, reunindo todo um conjunto de contributo destes vários grupos profissionais em termos da informação que eles gostariam e considerariam importante recolher relativamente aos utentes que acompanham, às intervenções que desenvolvem, aos resultados que contemplam Tudo isso foi, de facto, muito enriquecedor para a instituição no seu todo e, em última instância para os utentes da mesma, face aos resultados esperados no acompanhamento que fazemos dos mesmos.

Fica registado o contacto que fez com o utente e igualmente um conjunto de dados, indicadores e elementos que permitem registar o estado do utente, o plano terapêutico que foi prescrito, a avaliação do que está a ser feito com o utente, entre outros elementos.

CT Ponte da Pedra na recta final da certificação

Pelo menos a nível peninsular, entre os dois únicos dispositivos de dependências que a partir de Maio estarão certificados encontra-se uma unidade portuguesa: a Comunidade Terapêutica do Norte, Ponte da Pedra. Uma unidade pública inaugurada há apenas três anos e que servirá de referência para todo o mundo, a par do Serviço de Toxicodependências de Ribeira, na Galiza. Falamos da certificação pela norma ISO 9001/2008 que, ao contrário dos sistemas mais convencionais, não se centra na auto-avaliação e envio de relatórios para a obtenção de um título mas antes na realização de auditorias minuciosas por parte de entidades externas. Já agora, um denominador comum às duas unidades de saúde em fase final de certificação: Jesús Cartelle, o orientador dos dois processos que Dependências entrevistou durante a visita dos auditores da Lloyds à CT Ponte da Pedra.

Em que consiste esta visita de hoje por parte desta equipa da Lloyds à CT Ponte da Pedra?
Jesús Cartelle (JC) – Estão aqui os auditores da Lloyds, já para proceder à primeira fase da certificação efectiva e real da Comunidade Terapêutica da Ponte da Pedra, como uma entidade certificada em qualidade pelo sistema ISO 9001/2008.

Isso significa que, hoje, apenas surgirão sugestões
JC – Sim, e que a certificação da qualidade será efectivada no próximo mês. A partir de hoje, surgirá uma série de alterações que teremos que introduzir, maiores ou menores, e nos dias 12 e 13 de Maio, estes auditores estarão cá de novo já para fazer a segunda fase da certificação, real e efectiva. Registaram-se alterações profundíssimas ao longo destes três anos de existência da Comunidade e o que estão a fazer hoje é ver todo o sistema documental que se produziu e todos os processos.

O Jesús Cartelle esteve aqui há três anos atrás, antes de a CT entrar em funcionamento, viu-a antes de iniciar o processo de certificação como foi este processo e o que mudou entretanto?
JC – Eu tenho uma visão privilegiada, pois antes de a CT ter aberto, já estava a trabalhar no programa. Portanto, mesmo antes de ter cá ingressado qualquer utente, já estava implicado no projecto. O que constato é que se registaram alterações muito profundas. Desde logo, é muito bonito ver e acompanhar o processo de criação de um dispositivo ou unidade nova e todas as fases que estão descritas nos manuais sobre os processos que tem que atravessar uma equipa até se constituir como uma equipa madura.

Tornou-se mais fácil pelo facto de ter sido uma unidade nova, que era projectada já com o processo de certificação em mente desde a raiz?
JC – Mais fácil não diria. O processo foi-se construindo, diria que desde o primeiro dia. Houve mudanças profundas na equipa, houve imenso trabalho e só quando a equipa entendeu que havia uma série de conflitos que já estavam superados é que começou a trabalhar verdadeiramente em conjunto no sentido de obter a desejada optimização. E assim se começou a estudar a documentação que agora constitui parte do sistema de qualidade.

Desde a admissão de um utente há três anos atrás até à admissão de um utente nos dias de hoje, o que mudou em termos práticos?
JC – Tudo! Hoje todos sabem perfeitamente como é a Comunidade, como está a funcionar, como é o perfil dos utentes, se existe ou não indicação, se é recomendável esperar algum tempo para que entre Também se aprendeu a trabalhar com os utentes

Também se informam os utentes?
JC – Sim, efectivamente. Bem como se informam as E.T. de referência sobre como se está a trabalhar aqui. É tudo muito mais rigoroso. Os pacientes vêm realmente estudados e bem preparados e o trabalho aqui obedece a um processo terapêutico muito estudado, muito consequente, com uma interligação entre as distintas áreas já muito coerente, de tal forma que o tempo que o utente passa aqui é muito bem aproveitado.

Porquê e para quem a certificação?
JC – Desde logo, para todos. Este não é um processo apenas para os profissionais da casa, que são importantes, como para os utentes, para toda a comunidade e para todo o IDT. O que aqui estamos a aprender é algo que vai valer para todo o IDT. Um sistema de qualidade melhora indubitavelmente o atendimento e tratamento dos pacientes porque o torna mais rigoroso, mais sério e mais científico. Quanto aos profissionais, trabalhar num centro certificado é enriquecedor para o seu currículo e assume uma significativa importância. E temos aqui o caso de um funcionário que pediu para vir aqui trabalhar porque a sua aspiração é trabalhar num centro certificado. E hoje, temos gente que estava de férias e as interrompeu para estar aqui com os colegas e os auditores, viver este processo. E depois porque pressupõe um plus de diferenciação que o próprio IDT já assume em si mesmo, com respeito a outros dispositivos de saúde e que contribui, em suma, para marcar ainda mais as diferenças existentes entre o IDT e outros recursos de saúde que não são do IDT.

Certificar significa normalizar - por isso se obedece a uma norma; sistematizar - práticas, registar e responsabilizar Mas o tratamento das dependências também obriga a que se seja flexível, em que os pacientes são diferentes e cada caso é tratado de forma diferenciada. Em que medida poderá uma coisa afectar negativamente a outra?
JC – Bom, antes de mais, certificar é diferenciar O que a qualidade faz é sistematizar uma forma de

Jesús Cartelle

O processo foi-se construindo, diria que desde o primeiro dia. Houve mudanças profundas na equipa, houve imenso trabalho e só quando a equipa entendeu que havia uma série de conflitos que já estavam superados é que começou a trabalhar verdadeiramente em conjunto no sentido de obter a desejada optimização. E assim se começou a estudar a documentação que agora constitui parte do sistema de qualidade.

Este não é um processo apenas para os profissionais da casa, que são importantes, como para os utentes, para toda a comunidade e para todo o IDT. O que aqui estamos a aprender é algo que vai valer para todo o IDT. Um sistema de qualidade melhora indubitavelmente o atendimento e tratamento dos pacientes porque o torna mais rigoroso, mais sério e mais científico. Quanto aos profissionais, trabalhar num centro certificado é enriquecedor para o seu currículo e assume uma significativa importância. E temos aqui o caso de um funcionário que pediu para vir aqui trabalhar porque a sua aspiração é trabalhar num centro certificado.

trabalhar adaptando-a a cada paciente em concreto. E isso é muito importante. O primeiro a fazer é saber com que ferramentas contamos para trabalhar, quais são os nossos recursos e a que recursos vamos recorrer para cada caso concreto. Hoje sabemos perfeitamente como somos, o que temos, que deficiências temos, que carências, que necessidades de formação e que oferta vamos fazer aos pacientes. De tal forma que podemos perfeitamente dizer que estamos capacitados para atender este paciente mas aquele não, o que me parece uma proposta honesta. E se entendemos que não somos capazes de atender aquele, também sabemos as causas: falta-nos esta formação ou aquela

Em que medida facilita este sistema a articulação com outras instituições da sociedade civil, particularmente noutros eixos de missão?
JC – É claro que sim. Aliás, uma das prioridades que temos é a satisfação. E esta compreende a satisfação dos utentes, dos seus familiares, da administração, dos próprios técnicos mas também da comunidade com quem se trabalha. Portanto, acreditamos que o caminho que se irá seguir através das comunidades certificadas aponta para uma maior abertura à comunidade. É fundamental que a comunidade entenda o que se está a fazer e como se está a fazer. Como se está a trabalhar. E ao mesmo tempo dar um carácter de segurança, de confiança àqueles dispositivos com os quais a comunidade se relaciona, que podem encaminhar pacientes. Por isso, dizemos que sim quando sabemos que podemos tratar determinado paciente e que não quando sabemos que não seremos capazes. Nesse sentido, também se está a produzir um trabalho muito mais sério, ao contrário daquelas comunidades que admitem tudo o que entra pela porta

O processo é extensivo às unidades privadas?
JC – Há-de sê-lo. O caminho apontado pelo IDT vai claramente no sentido da certificação das unidades públicas. Mas é um caminho que terão necessariamente que empreender as unidades privadas que queiram relacionar-se com o IDT. De tal forma que aquelas que queiram realizar convenções com o IDT, terão no futuro que apresentar um plus de qualidade. Sem dúvida e esse é o caminho. A dois, cinco ou dez anos mas será esse o futuro, sem dúvida.

Em que medida poderá o processo de certificação garantir melhores resultados terapêuticos?
JC – É uma garantia de que os resultados que temos são públicos, que vamos a lutar para que os resultados melhorem, o que constitui desde logo um plus, que se monitorizam os resultados e sabemos exactamente quais são porque são revistos trimestralmente Como tal, teremos capacidade de mudar aquilo que não estamos a trabalhar da forma mais adequada, para que possamos corrigir e melhorar os dados que vamos obtendo.

Entrevista com Encarna Romero do Servicio de Drogodependencias do Concello de Riveira responsável pelo Programa de Atenção Jurídico-Social do Toxicodependente

Em que consiste o Programa de Atenção Jurídico-Social do Toxicodependente e como se desenvolve?
Encarna Romero (ER) - Este programa existe há 16 anos e segundo a nossa filosofia de trabalho pretendemos abarcar a problemática integral que o toxicodependente apresenta. É um programa muito conhecido e em que o dependente em substâncias psicoactivas, na maior parte dos casos tem uma parte problemática legal associada importante e, em que muitas vezes se não se aborda dificulta o processo reabilitador. Assim, a prioridade pela qual nos guiamos é a problemática legal que apresenta o paciente, não seja impedimento para que finalize o programa de tratamento em que está incluído. Nós abordamo-lo e aplicamo-lo de várias perspectivas legais distintas que o nosso poder jurídico nos oferece, isto é, solicitando a suspensão das condenações quando têm medidas de penas privativas que estão impostas; solicitando a aplicação de medidas de segurança contínuas ao tratamento reabilitador e enquanto não houver resoluções judiciais, tentar que o processo de tratamento evolua o melhor possível para que assim ele também veja como essa evolução satisfatória redunda não só nas várias áreas que comportam a sua vida pessoal, mas também na área legal que lhe está associada.

Quantas pessoas estão envolvidas no projecto?
(ER) -Actualmente 482. Eu comecei a trabalhar neste programa desde 1993, num movimento de cidadania, constitui-se uma Associação graças ao convénio de colaboração entre o município ao qual pertence o serviço de toxicodependência e este movimento de cidadãos. O programa desenvolve-se no Serviço de Toxicodependência desde 1994, respectivamente um ano depois. Esta é a única unidade assistencial da Galiza que conta com um assessor jurídico. Há outra experiência em Santiago de Compostela, mas que não inclui um licenciado em Direito, a responsabilidade pelo programa pertence às assistentes sociais que geralmente são as pessoas que acompanham o processo. Claro que estas dentro da sua formação apresentam limitações e por isso ficam um pouco à margem das problemáticas legais dos usuários dos seus serviços.

O tempo de tratamento conta para a diminuição da pena a que o indivíduo está sujeito?
(ER) -Não. Por um lado está o tempo justo e necessário para finalizar o seu processo de reabilitação e por outro estão as medidas distintas de penas privativas de liberdade impostas pela justiça. Na nossa legislação do código penal existe uma fórmula jurídica que é conhecida como o "benefício de suspensão da condenação". Desta forma, ocupamo-nos apenas da suspensão de pena do toxicodependente. E que condições impõe a sentença do tribunal? Que a pessoa a quem se outorga este "benefício de suspensão de pena", não ingresse na prisão a cumprir pena privativa de liberdade, mas que continue o tratamento de reabilitação até ao fim. Portanto, pode seguir com a medida de suspensão de pena, mas não se sujeita a essa condição porque já se dá por concluída. Ou então, o que acontece muitas vezes é que se o período de pena finalizar antes do que o período designado ao tratamento, uma medida não implica a outra, são totalmente independentes. O que nós pretendemos é que um toxicodependente que tenha uma sentença condenatória por quatro anos de privação de liberdade, dentro desta área legal, é que esses quatro anos não sejam cumpridos no centro penitenciário e que o paciente possa seguir fora, dando continuidade ao seu tratamento. E solicitamos apenas a suspensão da pena. Esta tem um período mínimo que pode ir de dois até a um máximo de cinco anos. O tempo determina se vai estar um, dois, três, quatro ou cinco anos com pena suspensa. O que nós nos ocupamos é que satisfaça a condição de cumprir com o tempo que lhe seja estritamente necessário para estar em tratamento, esteja em serviço, sendo-lhe feito um seguimento de suspensão, que consiste em informar periodicamente os jurados a evolução do tratamento desse paciente. Se se der antes do fim do tratamento uma alta terapêutica, o tempo de suspensão de pena já terá terminado, ou seja, nós temos sempre que fazer coincidir o tempo de suspensão de pena com o tempo do tratamento. São independentes.

Que resultados esperam com este projecto?
(ER) -De acordo com o que temos assistido, os pacientes que têm problemáticas legais associadas e estão conscientes do que isso pressupõe, têm uma melhor adesão ao programa de tratamento porque têm mais um objectivo a somar ao seu processo reabilitador, que é solucionar a sua problemática legal. É feito ainda um seguimento exaustivo de todas estas pessoas que temos em seguimento legal.

Este trabalho comporta uma avaliação constante?
(ER) -Sim, logicamente. É um problema que é avaliado por uma parte pela Subdirecção Geral de Saúde Mental e Toxicodependência, em que temos uma aplicação informática específica onde se alojam os resultados todos das intervenções e dos objectivos conseguidos nas causas judiciais e, a outra parte é composta por uma avaliação contínua com o nosso próprio sistema de qualidade específico de toxicodependência.

A família tem alguma participação no processo?
(ER) -A família participa muitíssimo no sentido em que a problemática legal afecta não só o paciente como a própria família. Logo, há que formar uma frente comum de forma a resolvê-la. Então, a família geralmente inclui-se e quando necessita sobretudo apoio económico para pagar indemnizações, multas ou outras responsabilidades que possam ter.

Há algum padrão de consumo tipificado nesta população?
(ER) -O padrão tem mudado muitíssimo ao longo dos anos. Inicialmente quando começamos a trabalhar com este tipo de usuários, eram usuários que cometiam sobretudo delitos contra a propriedade, isto é, roubos, furtos... Era o típico consumidor de heroína e mostrava um alto grau de degradação

O que nós pretendemos é que um toxicodependente que tenha uma sentença condenatória por quatro anos de privação de liberdade, dentro desta área legal, é que esses quatro anos não sejam cumpridos no centro penitenciário e que o paciente possa seguir fora, dando continuidade ao seu tratamento. E solicitamos apenas a suspensão da pena. Esta tem um período mínimo que pode ir de dois até a um máximo de cinco anos. O tempo determina se vai estar um, dois, três, quatro ou cinco anos com pena suspensa.

Encarna Romero

social e exclusão social, mas esse padrão foi-se alterando com o passar dos anos, a começar pelo tipo de delitos que cometem, pois já não são tão frequentes os delitos de propriedade, aprecem outro tipo de delitos, delitos contra as pessoas, como por exemplo lesões corporais, roubos de carteiras, maus-tratos e violência doméstica, particularmente nos casais, em que falamos de processos civis de separação, divórcio, ou seja, o padrão mudou muito em relação ao consumidor. Actualmente trabalhamos muito com consumidores de cocaína, porque a droga de consumo também mudou neste sentido. Ao longo dos anos também notamos que a actividade aditiva não se associa apenas ao paciente que está excluído socialmente, estamos a falar de pacientes que se encontram em classes sociais distintas.

Enquanto técnica como avalia estes quatro anos de funcionamento do Serviço de Toxicodependência da Galiza?
(ER) -Como técnica avalio-o como um retrocesso, mais que do que um passo atrás, um estancamento. Não se avançou no tempo, podíamos ter avançado muito mais nestes quatro anos, se as orientações da administração tivessem sido outras.

Os problemas da droga na Galiza são diferentes de Portugal?
(ER) -A toxicodependência não é apenas um problema local, no meu ponto de vista a toxicodependência é um problema comunitário que afecta a comunidade onde vive o indivíduo e afecta todas as redes sociais com as quais esse indivíduo se interrelaciona. Então assim estaríamos a falar não só de Portugal, mas da União Europeia. Se se facilita tanto o intercâmbio de cidadãos entre umas comunidades e outras, tem que ser feita uma abordagem integral de colaboração e coordenação e sobretudo, intercâmbio de experiências.

Há alguma esperança na mudança?
(ER) –Sim. É uma opinião muito pessoal, no entanto os técnicos estão a produzir material para as directrizes, mas nós seguimos as directrizes da administração que neste momento ostenta o poder, apesar de achar que não deveria ser assim. Nós estamos de certo modo mediatizados no nosso trabalho. Não tenho nenhuma dúvida de que nestes últimos quatro anos poderíamos ter feito muito mais ao nível profissional deste centro, se nos tivessem permitido, mas não nos permitiram… e contra isso é difícil lutar.

Quando falamos de toxicodependência falamos de " Um doente que não busca ajuda"?
(ER) -Eu não concordo. Ele busca ajuda mas não é tão constante no que diz respeito ao tratamento. Têm muitos altos e baixos, recaídas, muitas entradas e saídas e, não é só ir buscar ajuda, simplesmente não é tão constante o tratamento.

Como foi o conhecimento e implementação do programa ?
(ER) -Foi progressivo, porque foi algo totalmente novo, pois até então não havia indicadores dos resultados que este programa poderia fornecer. Sinceramente o melhor meio de difusão do programa e dos resultados obtidos foi o 'boca-a-boca', uns pacientes que foram informando outros de que o serviço existia e dos objectivos e resultados que se vão conseguindo acerca dos usuários do serviço e assim foi sempre crescendo gradualmente.

PROGRAMA DE ATENÇAO JURÍDICO-SOCIAL AO TOXICODEPENDENTE

O consumo de drogas constitui um problema de profundas repercussões sociais. De facto, é um problema comunitário que afecta não só o indivíduo, como também a sua vida, com implicações na sociedade.
È uma realidade em que o consumo de drogas conduz à delinquência e multiplica a frequência criminosa dos sujeitos com hábitos anti-sociais, distinguindo assim o Toxicodependente - delinquente (comete delitos em consequência da sua dependência ás substâncias) do Delinquente toxicodependente (Individuo com hábitos anti-sociais que se vêm incrementados pelo consumo de substâncias). Por outro lado, o actual sistema penal castiga a maioria dos delitos com a pena de privação de liberdade e esta deve cumprir-se em prisões que estão muito longe de reunir as condições mínimas para favorecer a inserção social dos detidos e que, pelo contrário, à inadaptação social dos mesmos (Massificação, consumo de drogas, dificuldade de acesso ao tratamento, etc.)
Dito isto, apresentamos como um tema prioritário, a abordagem do tema toxicodependências e a sua relação com o mundo da delinquência, com a finalidade de contribuir a uma maior tomada de consciência sobre a problemática e, sobretudo propor alternativas que possam aplicar-se para a inserção social destes toxicodependentes que, pelo simples facto de sê-lo, caíram no mundo do delito. Consideramos pois, necessária uma coordenação entre a Administração da Justiça, os corpos e forças de segurança, dos serviços sociais e educativos, e todos aqueles que, de uma ou de outra forma tem algum tipo de intervenção no campo das toxicodependências

Pensamos como OBJETIVOS:
*** Prestar assessoramento personalizado ao toxicodependente com problemas legais e sua família, informando-o juridicamente sobre os seus direitos e a sua situação judicial e/ou penitenciária.**
*** Facilitar a informação técnica a juízes e outros profissionais sobre a realidade social dos encarcerados, o que lhes permitirá ajustar a pena ao principio constitucional de reeducação e reinserção social.**
*** Estabelecer uma colaboração, com base nos critérios do segredo profissional e consentimento informado, com advogados, forenses, e todas as pessoas que intervenham no processo judicial, assim como o responsável encarregado de representar ao consumidor durante o julgamento oral, informando-o sobre as circunstâncias pessoais, familiares, laborais, de tratamento, etc. e facilitando-lhe todas as informações sociais e médicos que possam servir de meios de prova.**
*** Establecer uma coordenação com as equipas assistenciais e médicos das instituições penitenciárias, com o objectivo de:**
- Iniciar ou continuar com o tratamento rde reabilitação das dependências;
- Incidir em possíveis revisões de graduações;
- Realizar um seguimento individualizado durante a sua permanência na prisão.

No que respeita a Metodologia, a forma de de recollher os pedidos pode ser múltiplo:
- A iniciativa do próprio consumidor;
- A pedido de algum membro da sua confiança(familia,amigos,etc.)
- Por decisão de membros do colectivo judicial ou policial.
A resposta ao pedido centra-se em realizar uma análize da realidade e da problemática que se coloca ao consumidor e formular uma proposta adquada para dar solução ao problema.
Por último, e em termos de de considerações finais, observa-se que um dos bens mais preciosos para uma grande maioria dos consumidores do programa de atenção ao toxicodependente, é a sua liberdade.
O medo de perde-la por imposição de uma determinadapena produz um afrontamento da realidade e da problemática que estão a viver e tentam dar-lhe uma solução. Assim observa-se que apresentam uma maior adesão aos programas de tratamento; Integração no nucleo familiar (a familia une-se na resolução da problemática judicial, formando uma frente comum); Normativização de condutas e hábitos (abandono de condutas marginais); Progressiva incorporação sócio-laboral.
Durante o ano de 2008 atenderam-se no programa de atenção juridico-social un total de 202 consumidores e realizaram-se umtotal de 1256 intervenções.

28 de Maio de 2009

10:00 Sessão de Abertura
10:15 Conferência Inaugural:
Intervenção em Dependências – Rumo à Qualidade Total, Jesus Cartelle Fernandez
11:00 Coffee-Break
11:30 Workshops

A. **Políticas de Redução de Danos, Comunicação e Media** (1:30 horas)
Co-Moderador: João Adelino Faria (RTP)
Co-Moderadora e Relatora: Paula Vale de Andrade (IDT, I.P.)

B. **Modelo de Intervenção em Dissuasão - Qualidade na Descriminalização do Consumo de Drogas** (1:30 horas)
Maria José Machado (Tribunal da Relação de Lisboa) *; Américo Gegaloto (CDT de Setúbal); Carlos Poiares (Universidade Lusófona, de Humanidades e Tecnologias); Eduarda Costa (CDT Porto)
Moderadora: Maria Antónia Almeida Santos (Assembleia da República)
Relatora: Paula Vitória (IDT, I.P.)

C. **Crianças e Jovens – Percursos e Intervenções de Qualidade** (1:30 horas)
Albina Sousa (IDT, I.P.); Conceição Almeida (ARSLVT, Centro de Saúde de Oeiras); Joaquina Cadete (MTSS, PETI); Maria do Céu R. Costa (CNPCJR)
Moderadora: Fátima Silva (IDT, I.P.)
Relatora: Paula Marques (IDT, I.P.)

D. **Terapêuticas Medicamentosas I – Goldfarma**
Novas Soluções no Tratamento e Manutenção (1:30 horas)
Ana Botto (Goldfarma); Carlos Vasconcelos (IDT, I.P.); Graça Vilar (IDT, I.P.); Vasco Pinto (Goldfarma)
Moderador: Nuno Miguel
Relator: Emília Leitão (IDT, I.P.)

13:00 **Almoço**
14:30 **Workshops**

E. **Entre a Prevenção e o Tratamento, o Lugar da Redução de Danos** (1:30 horas)
Mário Martins (IDT, I.P.) ; Marta Pinto (FPCE da UP e R3 – Reduzir Riscos em Rede)
Rodrigo Coutinho (IDT, I.P.)
Moderadora e Relatora: Paula Vale de Andrade (IDT, I.P.)

F. **Comunicações Livres: Experiências, Programas e Projectos de Qualidade…** (1:30 horas)
António Pina (IDT, I.P.); Helena Coelho (IDT, I.P.); João Salvado Ribeiro (Revista Toxicodependências); Maria José Fernandes (Hospital Central de Faro, E.P.E.); Pedro Catita (IDT, I.P.); Sandra Paiva (IDT, I.P.)
Moderador: Manuel R. Cardoso (IDT, I.P.)

G. **Intervenções em Alcoologia – Contributos para a Qualidade** (3 horas)
Alexandra Almeida (IDT, I.P.); Alfredo Frade (IDT, I.P.); Laura Lessa (IDT, I.P.); Margarida Soliz (IDT, I.P.); Marta Rodrigues (IDT, I.P.); Zélia Teixeira (IDT, I.P.)
Moderadora: Cristina Ribeiro (IDT, I.P.)
Relatora: Ana Feijão (IDT, I.P.)

H. **A Gramática da Qualidade - Em torno de um Manual de Boas Práticas** (3 horas)
Lucília Nunes (E.S.S. Setúbal e Ordem dos Enfermeiros); Sérgio Gomes (Direcção Geral de Saúde)
Moderadora: Ernestina Neto (IDT, I.P.)
Relator: António Carlos (IDT, I.P.)

I. **Ensaio para a Avaliação Preventiva baseada em Evidência Científica – A Experiência do PIF** (3 horas)
M.ª Alexandra Marques Pinto (FPCE da UL); Paulo Anjos (Associação Existências); Sandra Tavares (Grupo Aprender em Festa); Patricia Sarmento (Pressley Ridge Portugal)
Moderadoras: Joana Carvalho (IDT, I.P.) e Paula Frango (IDT, I.P.)
Relatora: Natacha Silva (IDT, I.P.)

16:00 **Coffee-Break**
16:30 **Continuação dos Trabalhos**

J. **Modelo de Intervenção em Reinserção – Caminho para a Qualidade** (1:30 horas)
Angelina Roque (IDT, I.P.); Marta Morais Pratas (IDT, I.P.); Ana Paula Neto (IDT, I.P.)
Moderadora: Alcina Ló (IDT, I.P.)
Relator: José Pádua (IDT, I.P.)

K. **Terapêuticas Medicamentosas II - Schering Plough**
Buprenorfina/Naloxona: Um Avanço no Tratamento de Substituição Opiácea (1:30 horas)
Miguel Vasconcelos (IDT, I.P.); Helena Dias (IDT, I.P.); Esther Casado (IDT, I.P.)
Moderador: António Costa (IDT, I.P)
Relator: Rocha Almeida (IDT, I.P.)

G. **Intervenções em Alcoologia – Contributos para a Qualidade** (cont.)
H. **A Gramática da Qualidade – Em torno de um Manual de Boas Práticas** (cont.)
I. **Ensaio para a Avaliação Preventiva baseada em Evidência Científica – A Experiência do PIF** (cont.)

18:00 **Encerramento dos Trabalhos**
20:00 **Jantar**

A 28 e 29 de Maio vamos assistir ao Congresso Nacional do IDT, IP. Esperam-se novidades e a expectativa tem aumentado à medida que nos aproximamos destas datas.
Fomos falar com o Dr. João Goulão, Presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP, para percebermos melhor o que se vai passar no Centro de Congressos das Caldas da Rainha no final do mês.

Quais as expectativas que o IDT, IP tem face a este Congresso?
Termos um espaço de discussão técnico-científico completo e transversal; Aprender com os nossos colegas das diversas áreas, com experiências diferentes; Ser ponto de encontro de todos os profissionais de saúde da área das dependências.

Qual a diferença entre este evento e o Encontro Nacional de 2008?
O Encontro Nacional é um local de apresentação de estratégias e de estruturação organizativa. O Congresso é um espaço de discussão técnico-científica e de troca de experiências.

Esta vai ser a primeira vez que os colaboradores vão pagar inscrição, porquê?
Todos sabemos que a situação económico/financeira do país (e do mundo) não está fácil e esse aspecto reflecte-se no nosso dia-a-dia. O IDT está a fazer um esforço

enorme para conseguir corresponder às diversas solicitações formativas dos seus colaboradores, porém, também é importante perceber até que ponto estamos todos empenhados em evoluir e investir nos nossos objectivos. De qualquer forma, o valor solicitado é meramente simbólico e poderá ser deduzido em sede de IRS…

O Dr. João já pagou?
Ainda não… mas vou fazê-lo nos próximos dias… Senão fico à porta… (risos)

Em que medida o trabalho de terreno é importante para os resultados do IDT?
A Qualidade de serviço, de processos, de inovação tecnológica são objectivos major do IDT e é fundamental que os nossos profissionais tenham acesso a toda a informação possível e possam expressar todas as suas realidades. Só perante a garantia de uma boa qualidade de todos é que o IDT pode obter bons resultados.

A organização de um evento desta envergadura é bastante complexa. Estão a trabalhar com alguma empresa especializada?
Não, mais uma vez vai ser um trabalho de colegas para colegas. É com orgulho que refiro que estes nossos eventos são resultado de um esforço da equipa do IDT.

Dê-nos duas razões para que se deva estar presente:
Ter vontade de aprender e evoluir. Acreditar no trabalho do IDT.

29de Maio de 2009

09:30 **Workshops**

L. **Qualidade do Diagnóstico em Dependências** (1:30 horas)
Cristina Ribeiro (IDT, I.P.); Teresa Sá Nogueira (PSP) *
Moderador: Álvaro Pereira (IDT, I.P.)
Relator: J.A. Santos Silva (IDT, I.P.) *

M. **Respostas Integradas: Um Caminho para a Qualidade na Intervenção Comunitária** (3 horas)
Alcina Ló (IDT, I.P.); Jesus Cartelle Fernandez *; Mário Martins (IDT, I.P.); Paula Vale de Andrade (IDT, I.P.); Rui Pedro Silva (IDT, I.P.)
Moderador: Rui Correia (IDT, I.P.)
Relator: Augusto Martins (IDT, I.P.)

N. **As Comunidades Terapêuticas no Tratamento das Dependências – A Importância da Qualidade** (3 horas)
Carlos Cleto (IDT, I.P.); António Romana Sousa (IDT, I.P.); Cristina Mesquita (IDT, I.P.); David Leitão (CT Crescer em Loures); Elisabete Ferreira (CT Casa da Barragem); Fernando Rato (CT A Ponte); Manuel Freitas Gomes (CT Clínica do Outeiro); Paula Sobrinho (IDT, I.P.)
Moderador: Paulo Rosário (IDT, I.P.)
Relator: José Pádua (IDT, I.P.)

O. **Prevenção e Controlo do Tabagismo** (3 horas)
Luís de Oliveira (Programa Europeu "Hospitais sem Tabaco"); Mário Frota (Associação do Direito do Consumo); Vânia Rocha; Bruno Carrêlo da Mota
Moderador: M. Pais Clemente (IDT, I.P.)
Relatora: Manuela Brito (IDT, I.P.)

11:00 **Coffee-Break**

11:30 **Continuação dos Trabalhos**

P. **Terapêuticas Medicamentosas III – Janssen-Cilag**
Sexualidade em Dependências: Aspectos Introdutórios (1:00 hora)
Rui Xavier Vieira (Hospital de Santa Maria)
Moderador: Manuel Bicho (Faculdade de Medicina)
Relator: João Curto (IDT, I.P.) *

M. **Respostas Integradas: Um Caminho para a Qualidade na Intervenção Comunitária** (cont.)

N. **As Comunidades Terapêuticas no Tratamento das Dependências – A Importância da Qualidade** (cont.)

O. **Prevenção e Controlo do Tabagismo** (cont.)

13:00 **Almoço**

14:30 **Apresentação das Conclusões dos Workshops**
Ana Feijão (IDT, I.P.); António Carlos (IDT, I.P.); Augusto Martins (IDT, I.P.); Emília Leitão (IDT, I.P.)
J.A. Santos Silva (IDT, I.P.) *; João Curto (IDT, I.P.) *; José Pádua (IDT, I.P.); Manuela Brito (IDT, I.P.); Natacha Silva (IDT, I.P.); Paula Marques (IDT, I.P.); Paula Vale de Andrade (IDT, I.P.); Paula Vitória (IDT, I.P.); Rocha Almeida (IDT, I.P.)

16:30 **Conferência Final**

17:00 **Sessão de Encerramento**

*** a confirmar.**

X Encontro sobre Dependências do Concelho da Amadora

1º Encontro Local do CRI Lisboa Ocidental
Equipa de Tratamento da Amadora
25 e 26 de Junho de 2009
Anfiteatro do Hospital Fernando da Fonseca

25 de Junho de 2009

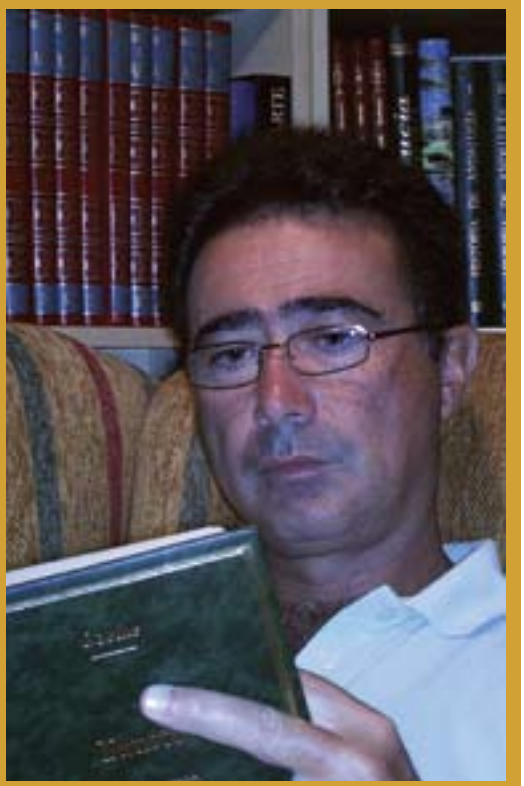
09h00 - Abertura do Secretariado
09h30/ 10h15 - *Sessão de Abertura* - João Goulão (Presidente do IDT), José Pádua (Director Clínico do IDT), António Maia (Delegado Regional da DRLVT), João Andrade Ribeiro (Director do CRI Lisboa Ocidental), Paula Gusmão (Coordenadora da ET Amadora), Artur Vaz (Presidente do Conselho de Administração HFF)
10.15h/ 11.00h - *PRI(meiro): Programa de Respostas Integradas Buraca-Damaia* - Mafalda Boto (ET da Amadora); Comentário: João Andrade Ribeiro (CRI Lisboa Ocidental)
11.00h/ 11.15 - Pausa Café
11.15h/ 12h45 - *CRI(actividades): Articulações e Parcerias I* - Moderadora: Luzia Delgado (ET Restelo)
Perspectivas Preventivas: A Experiência no Concelho da Amadora - Carla Frazão (CRI Lisboa Ocidental) / Mariana Vicente (ET Amadora)
Intervenções na Redução de Riscos e Minimização de Danos no Concelho da Amadora - Carlos Gil (CRI Lisboa Ocidental) / Aríete Gomes e João Saraiva (ET Amadora)
12h45/ 14h00 - Pausa Almoço
14h00/ 15h30 - *CRI(actividades): Articulações e Parcerias II* - Moderador: Rui Lopes (ET Sintra)
Uma Parceria com História - Luísa Pereira (ET Amadora) / Paula Seno (CMA - Projecto "Abre a Pestana")
Tratamento da Hepatite C: Aspectos Médicos da Terapêutica - Teresa Branco (HFF)
Avaliação da Depressão - Ana Tereso (ET Amadora)
15h30/ 15h45 - Pausa Café
15h45/ 17h00 - *Intervenções Promotoras de Cuidados* - Moderadora: Paula Gusmão (ET Amadora)
A Grávida Toxicodependente - Protocolo de Articulação - Carlota Álvares (UCF/Unidade D – Saúde da Mulher)
Cuidar da Pessoa (In)Dependente - Anabela Carvalho (CRI Lisboa Ocidental)
Consulta Psicológica para Crianças na Equipa de Tratamento da Amadora - Ana Barroso (Eixo Oeiras/Cascais)

26 de Junho de 2009

09h30/ 10h45 - *Dependências* - Moderador: Ângelo de Sousa (DRLVT)
Problemas Ligados ao Álcool - Intervenção, Referenciação e Articulação - Mariana Soares (Eixo Oeiras / Cascais)
Consulta de Desabituação Tabágica na Extensão da Damaia do Centro de Saúde da Reboleira - Fátima Belém / Isabel Rolo (Centro de Saúde da Reboleira)
Jogo Compulsivo e Recuperação - Luísa Martins
10h45 / 11h 00 - Pausa Café
11h00 / 12h30 - *Dependência e Lei* - Moderadora: Cristina Proença (CRI Lisboa Ocidental) - CDT - Vasco Gomes - CPCJ - Joana Veiga - EP Linhó - Manuela Alvarez
12h30 / 13h00 - Encerramento
"CRIativo" - Ana Barroso, Ana Sério, Ana Tereso, Ariete Gomes, Catarina Pinto, Carla Frazão, Carla Tavares, Carlos Milheiro,Cátia Martinho, Cristiana Anacleto, Emília Samarra, Eunice Palma, Fernanda Silva, João Andrade Ribeiro, João Barrocas, João Saraiva, Luísa Pereira, Mafalda Boto, Mariana Vicente, Paula Gusmão, Vitor Amaro

ORGANIZAÇÃO: Equipa de Tratamento da Amadora
COMISSÃO ORGANIZADORA: Aríete Gomes Carla Tavares, Eunice Palma João Barrocas, Mariana Vicente Paula Gusmão

O prazer de não fumar



Alfonso Ramirez de Arellano Espadero
Psicólogo Clínico, Spda (Huelva)
Cabeludas Atenea Fundação

Muitos psicoterapeutas têm escrito sobre o paradoxo da mudança. Quanto mais empenho colocamos, mais distante nos parece porque toda a intenção de mudança pode despertar uma resistência de igual força. Quando dizemos, por exemplo, que nunca mais voltaremos a fumar podemos despertar um tipo de ansiedade ou um sentimento de perda antecipada que nos provoca mais vontade de fumar. O truque é avançar sem despertar as nossas defesas, o nosso ritmo, o mais agradavelmente possível, consolidando cada etapa e confiando em que a nossa natureza actue a nosso favor e não contra nós. Em última análise,trata-se de seguir a máxima sobre a promoção da saúde que sugere "fazer escolhas saudáveis". Por isso, quando o meu médico recomendou uma mudança de hábitos para reforçar a minha decisão de deixar de fumar, a primeira coisa que fiz foi localizar vários circuitos urbanos e agradáveis aos olhos, e o mais longe possível, da poluição. O parque, o rio, o bairro histórico só para peões, e os jardins adjacente ofereciam boas perspectivas.· Comecei por não fumar uma hora antes e uma hora depois da caminhada e da corrida a que submetia o meu corpo mal habituado. Fiz alguns estiramentos antes de começar e ao terminar. Durante o exercício respirava profundamente, como se quisesse limpar-me. Depois comi frutas. Isso permitiu-me substituir uma das minhas refeições habituais, de modo a que antes de abandonar o tabaco já começava a emagrecer e a respirar melhor. Propus-me a converter as minhas mudanças de hábitos num prazer. Sem auto-imposições,desconfio da ditadura da razão, nem sentimentos de culpa-desconfio do sentimento inútil. Eu queria chegar a meta por etapas, sem pressas e sem recaídas, que me fizessem sentir o amargo sabor do fracasso. Programa de baixa exigência e uma alta estima repetida dia a dia. Um dos prejuízos que mais me custou superar foi o que iria fazer durante hora e meia de exercício em solidão. Claro que me aburreci. Ao principio ocupei o tempo com musica e até com um curso de inglês gravado no meu MP4, até que descobri que eu não era tão má. Recordei o Machado, e como era importante conversar com ele. Dediquei-me a recordar coisas que eu queria e acho que não encontrava tempo durante o dia, aprendi a escrever mentalmente, recordei detalhes e pessoas que não via desde a muito tempo. Quando vamos correndo ou passeando algum tempo a mente funciona de outra maneira. As preocupações do dia-a-dia dão lugar a outras figuras e a outras paisagens. Alguns chamam-lhes visualizações, e eu creio que se trata simplesmente da nossa imaginação, que desperta da sua letargia. Uma armadilha importante era a das responsabilidades.Como podia dedicar-lhe tanto tempo a uma actividade com as obrigações que tinha e iludir o complexo de culpa que acompanha a insidiosa pergunta? Tive que recompor as minhas prioridades e a minha escala de valores. é verdade que se uma pessoa concede duas horas por dia para tratar de si,as coisas podem mudar. A respiração o novo ritmo, o prazer da vista durante o passeio, beber quando se tem sede, saborear uma fruta com o paladar recuperado, conceder-me tempo,deitar-me cansado fisicamente,e não esgotado pelo stress, premiar-me pelos pequenos êxitos, acabaram por transformar-me mais ainda do que esperava inicialmente.

Outra descoberta foi o conceito de um círculo virtuoso. Raro é o dia que não se ouça falar de qualquer círculo vicioso em que estamos envolvidos, mas, agora sei que exista também uma espécie de espiral positiva. As duas horas que dedicava a minha nova vida converteram-se no epicentro de uma força que pouco a pouco foi alcançando o resto das horas do dia…e da noite.

Não só deixei de fumar, como também mudou o meu ponto de vista e a forma como encaro hoje as coisas da vida. Não há nada misterioso sobre isso, por vezes, basta apenas fazer uma pausa e respirar.

O que acontece é que nós os superdesenvolvidos ocidentais nos temos feito existencialmente conservadores e ideológicamente deterministas, deixamos de crer que a nossa vida nos pertence e poidemos conduzi-la na direcção que nos pareça mais razoável e com mais prazer. Só acreditamos na luta pelo triunfo económico, laboral e de status,mas essa busca implica um estilo de vida que deixa muitas coisas para trás na sua constante fuga para a frente.

Não só deixei de fumar, como também mudou o meu ponto de vista e a forma como encaro hoje as coisas da vida. Não há nada misterioso sobre isso, por vezes, basta apenas fazer uma pausa e respirar.

A Comunidade Terapêutica "A Ponte"

Sediada em Grândola, desde Junho de 1997, a associação "A Ponte" é uma IPSS, (Instituição Particular de Solidariedade Social). Espaço residencial/vivencial vocacionado para a promoção do conhecimento e desenvolvimento pessoal. Laboratório potencial para ensaio e promoção de projectos de vida. Constitui-se no seu núcleo fundamental numa Comunidade Terapêutica (CT). Tem a capacidade de 44 camas licenciadas das quais 39 estão convencionadas pelo I.D.T. funcionando em conformidade com exigências requeridas por esta convenção.

Modelo Terapêutico

A CT funciona na intersecção permanente e no integrar de três dimensões e dois factores essenciais que estruturam toda a actividade: A vida Comunitária, A Psicoterapia, A Pedagogia, O Factor Existencial e O Factor Saúde.

A **Vida Comunitária** – Organizador do tempo e da vontade. Predomínio da Identificação e da dialéctica autonomia/inter-ajuda. Valoração do Exemplo, do Testemunho, do Cuidado; com "o Outro" e consigo mesmo. Forma de estabelecer vínculos, de se sentir aceite e envolvido, de promover o gosto quotidiano pela vida.

A **Psicoterapia** (em grupo; de grupo e individual) – no seu tríptico essencial:

O envolvimento emocional;
A reorganização cognitiva;
A mudança de atitudes e comportamentos.

A **Pedagogia** – Aquisição ou desenvolvimento de Informação, Saberes e Fazeres. Promoção da Aprendizagem Social e Cultural.

O **Factor Existencial** – A noção e a prática da Responsabilidade e do Respeito. A escolha vital pela participação em todo o processo e pelas mudanças desejadas. Promoção da subjectividade/criatividade.

O **Factor Saúde** – Bem-Estar e Educação para a Saúde. Cuidados médicos e Hospitalares. Tratamento de desequilíbrios físicos.

O conjunto destes elementos compõe um processo de intervenção global que designamos de Projecto Terapêutico. Procuramos que esta implementação seja individualizada e adequada à(s) realidade(s) de cada residente.

Programas específicos para residentes com patologia mental associada ou problemas de alcoolismo e respectivo acampamento médico e psiquiátrico.

No aspecto genérico toda esta intervenção implica um internamento mínimo de 12 meses, uma evolução em 3 fases e a participação activa na dinâmica do grupo de cada uma destas. (4-6 cada). Especificando alguns objectivos parciais:

Primeira Fase

(Precedida do Grupo de entrada que recebe o residente do exterior.)

Tempo de isolamento do exterior. Fase de adaptação e integração ao grupo (de 1ª fase) e ao funcionamento e regras comunitárias. Estruturação da motivação em torno da organização do projecto terapêutico pessoal. Desabituação física de terapêutica de substituição.

Segunda Fase

Avaliação psicológica no inicio desta fase. Aprofundamento do trabalho psicoterapêutico integrado com todos os outros elementos atrás referenciados. Ênfase na História de vida e no trabalho com as famílias.

Terceira Fase

Continuação do trabalho psicoterapêutico. Aproximação ao exterior. Elaboração e ensaio de um projecto de vida. Regresso sustentado ao sócio – profissional. Prevenção de recaídas e promoção das competências sociais.

Estruturação da alta clínica e saída da CT. Atenção particular à rede sócio familiar do utente e a continuação do apoio psicoterapêutico.

Equipa Técnica

Equipa de Profissionais – Psicólogos, Psiquiatra, Assistente Social e Monitores.

Critérios de admissão

- Adesão Voluntária e Informada;
- Ser encaminhado por uma estrutura do I.D.T. ou subsistema deste, acompanhado por informação clínica adequada e/ou avaliação da Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica;
- Apresentação a uma entrevista do internamento e da aceitação do Programa Terapêutico;
- Ser Portador dos seguintes elementos: Bilhete de Identidade; Cartão de Beneficiário; Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde com o devido documento de isenção; Boletim de Vacinas actualizado; Análises Clínicas actualizadas, no máximo com três meses (rotina e Imunologia); Rx Tórax PA, no máximo com uma semana.

Avaliação e Follow – up

Avaliação psicológica no final do projecto.

Após a saída da Comunidade Terapêutica os utentes que concluíram o projecto terapêutico, e independentemente do reencaminhamento á Unidade de saúde que o encaminhou, têm contactos periódicos e encontros programados com a Equipa Técnica (Assistente social e Terapeuta) com o objectivo de avaliar e acompanhar a sua reinserção e sinalizar alguma necessidade de intervenção.

Continuação do trabalho especifico de prevenção de recaídas.

Contacto grupal no dia do ex – residente (convívio e partilhar de experiencias) e em datas comemorativas.

Comunidade Terapêutica A Ponte
Monte Novo das Figueiras - Silha do Centeio
7570-109 Grândola
Telefone: 269 477 128
Fax: 269 477 191
Mail: ctaponte@sapo.pt

Modelo Terapêutico

A ARADO, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, constituída em 1996 e que tem como objectivos a prestação de cuidados de saúde na área das dependências, nomeadamente toxicodependentes e alcoólicos e toxicodependentes com doença mental grave concomitante, sendo uma comunidade mista para utentes com idade igual ou superior a 18 anos. Possui unidade de prestação de cuidados de saúde licenciada e convencionadas pelo Ministério da Saúde (Comunidade terapêutica) e unidade de reinserção licenciada e protocolada pela Segurança Social, Vivenda de Reinserção. O modelo terapêutico adoptado é o tratamento combinado e por etapas, estruturando a intervenção a partir das estratégias de gestão e desenvolvimento hierárquico-democráticas e do paradigma teórico bio-psico-social. O internamento prolongado, com apoio biomédico, psicoterapêutico, sócio-familiar e ocupacional é disponibilizado procurando o benefício evolutivo num ambiente controlado e protegido.

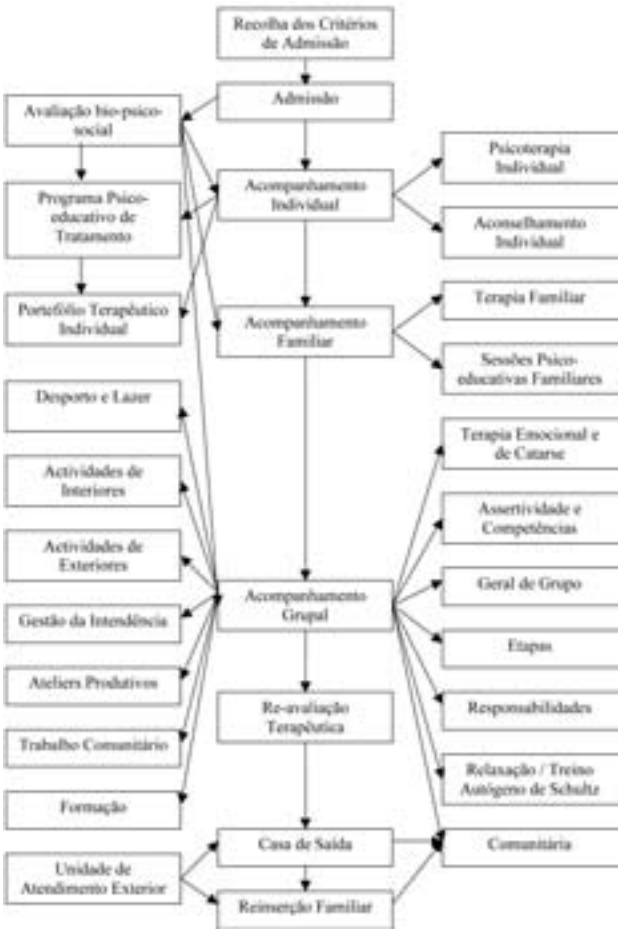
Protocolos e Convenções

Comunidade Terapêutica: 31 Camas licenciadas das quais 24 convencionadas com o IDT.IP; *Vivenda de Reinserção*: 10 Camas Licenciadas das quais 8 protocoladas com o CDSSS de Santarém

Aspectos Importantes do Procedimento Terapêutico

É condição de admissão a total abstinência do utente. O reforço da capacidade de emitir crítica para o comportamento próprio é o primeiro passo para a mudança. O processo de identificação dos pensamentos, crenças e esquemas cognitivos que estão na origem da rotinização de comportamentos disfuncionais são trabalhados diariamente através de acompanhamento psicoterapêutico individual e dinâmicas grupais. O envolvimento dos elementos próximos ao sujeito, como agentes activamente implicados nas mudanças, sejam individuais, sejam sistémicas é reforçado. A visão geral dos processos familiares, o seu reajuste a e efectiva implicação dos seus elementos no processo terapêutico é fundamental, sempre numa lógica de reforço da independência dos seus elementos, nomeadamente do utente, de comunicação saudável e emocionalmente positiva, de confiança mútua e aquisição de equilíbrio individual nos momentos de ruptura. O tratamento é considerado muito para além da reabilitação individual, mas identificando, também, itinerários e recursos para a integração social do toxicodependente. A maior parte do tempo terapêutico é vivido em correlação com outros agentes comunitários, sendo de grande importância o diagnóstico das competências sociais do utente e a intervenção em aspectos como a liderança, a gestão do conflito, a assertividade, etc.. O retorno e satisfação das necessidades fundamentais é definido como um dos aspectos mais visíveis do programa de reabilitação / reinserção. Por outro lado, o desenvolvimento da habilidade comunicacional e o estabelecimento de relações de confiança estão na base do estilo comunicacional auto-afirmativo. Alguns dos aspectos mais estruturantes são as emoções básicas e a sua implicação no domínio da estruturação do comportamento. Estas são assim emoções de sobrevivência que, se vividas num ambiente securizante, reconfortante e de vinculação tendem a estruturar o sujeito levando-o à consciência. Estratégias como a catarse e expressão emocional, o conforto físico, a regulação da respiração e sensações físicas de relaxação conduzem à equilibração comportamental espontânea por parte do sujeito. Identificar os factores de risco para a toxicodependência do utente, isto é os factores que potenciam a vulnerabilidade para o consumo, é um dos processos indispensáveis para a evolução terapêutica. A prevenção da recaída é efectuada com o utente ao identificar situações de alto risco a enfrentar, ajudando-o a gerir as emoções negativas, desactivando, através da balança decisional, as expectativas positivas relativas ao consumo e preparando um plano de gestão de passos em falso. É efectuado um trabalho de reestruturação cognitiva. Um dos aspectos de maior importância é a construção do portefólio terapêutico individual, construído pelo utente, organizado e planeado em estreita ligação com o terapeuta. Um outro procedimento de grande relevância terapêutica é o programa psicoeducativo de intervenção na toxicodependência. Este é composto por fichas diárias em que são apresentadas temáticas específicas que surgem como motivo para a realização de trabalhos individuais.

Esquema de Tratamento



Acompanhamento pós tratamento

A ARADO possui uma Vivenda de Reinserção na cidade de Ourém, com acordo com o Centro Regional de Segurança Social e capacidade para 10 utentes. Após a conclusão do processo de reinserção em regime semi-aberto, o utente é convidado a apresentar um projecto de vida a curto, médio e longo prazo em plena integração social, laboral e em outros domínios. Todos os ex-utentes em sobriedade são convidados, no primeiro sábado de cada mês, a participar em atendimentos individuais de acompanhamento bem como dinâmica estruturada para o efeito.

ARADO – Associação de Apoio à Reinserção e Desenvolvimento de Oportunidades
Rua José Augusto Ribeiro, nº 6
2435-460 Olival – Ourém
Telefone: 249 551 283 / Telemóvel: 969 519 205
E-mail: arado@iol.pt

A Associação ART dispõe das mais variadas infra-estruturas num ambiente harmonioso possibilitando o contacto com a natureza, promove a qualidade de vida, e através das dinâmicas de grupo, incentiva o relacionamento inter-pessoal e o auto-conhecimento. A perspectiva tem como referencia o modelo Terapêutico Biopsicossocial que se tem afirmado progressivamente. Ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais. A partir desta perspectiva biopsicossocial é evidente a importância de uma comunicação efectiva, no sentido de criar um vínculo adequado assegurando que os problemas e as preocupações dos utentes são entendidas por aqueles que oferecem cuidados, e que, informação relevante, recomendações e tratamento são entendidos, lembrados e efectivados pelos utentes. O modelo biopsicossocial por nós exercido tem como objectivo principal a promoção de estilos de vida saudáveis, partindo do pressuposto de que a saúde não é um estado estático, absoluto expressando uma realidade complexa e dinâmica sustentada por todo um conjunto de factores. Deste modo, a saúde é encarada como um estado positivo que inclui o Homem como um todo, estando relacionada com as competências de vida.
Todos os utentes admitidos na Associação ART são submetidos a uma avaliação psicológica, que tem em vista antecipar potenciais dificuldades que estes poderão evidenciar. Com o antecipar das referidas dificuldades, tentamos minimizar as mesmas, adoptando estratégias tidas como convenientes para que, se possível, elas não se venham a manifestar.

Na fase inicial do tratamento o utente é submetido a uma avaliação psicológica efectuada num período de tempo considerado o mais correcto, para que os resultados obtidos não se devam à sintomatologia decorrente dos consumos, mas sim, caso se verifiquem, a alterações estruturais do próprio sujeito, alterações essas que poderão ser de ordem estrutural ou decorrentes de vários anos de consumo. Desta forma e para prevenir que os resultados se encontrem "camuflados" pelo consumo de substâncias, os utentes admitidos na comunidade ao fim de uma ou duas semanas de internamento são submetidos a uma avaliação psicológica. A avaliação é efectuada a dois níveis. Num primeiro nível são utilizados instrumentos de rastreio, e caso se detecte alterações irá intervir-se a um segundo nível com instrumentos de avaliação psicológica que estabelecem um diagnóstico. Desta forma, temos uma abrangência do funcionamento do sujeito em termos de personalidade, psicopatologia e funcionamento neurocognitivo. Como trabalho antecedente e subsequente da avaliação psicológica investimos em diversos níveis, tendo uma visão holística do sujeito. Deste modo, o tratamento incide sobre os mais variados aspecto, tais como a reeducação, reestruturação e reinserção dos utentes da comunidade. A intervenção psicológica dos indivíduos focaliza-se essencialmente por ajudarmos os utentes a identificarem o que se passa com cada um deles. Simultaneamente são operacionalizadas dinâmicas em contexto de grupo, que facilitem uma aquisição de competências que passam por processos de aprendizagem como por exemplo, a aprendizagem social, a modelagem, a imitação, e a identificação, entre outras. Neste sentido são desenvolvidas dinâmicas orientadas por técnicos especializados com o objectivo dos utentes compreenderem a sua doença. Desta forma organizam-se dinâmicas psico-educativas, actividades lúdicas, que tem como objectivo fornecer informação aos utentes sobre as temáticas subjacentes aos seus problemas.

Os grupos terapêuticos têm como finalidade principal a redução da sintomatologia ou a intervenção em problemas psicológicos, sendo o grupo um espaço de trocas entre os membros, de suporte emocional e de ensaio de competências pessoais e sociais. Estes grupos acentuam-se essencialmente sobre partilhas de danos e consequências que cada um dos sujeitos infligiu a si mesmo e/ou aos outros. O trabalho com as famílias é de extrema importância, dado que é desejado que os indivíduos após reabilitados sejam novamente inseridos no seio familiar. As famílias dos adictos encontram-se sujeitas a uma grande tensão emocional. Paralelamente à reabilitação do dependente, a família do mesmo também é reabilitada, uma vez que esta também se encontra disfuncional. Neste sentido, torna-se imperativo restabelecer novos vínculos entre os membros, dado que estas famílias necessitam de orientação para poderem restabelecer relações saudáveis com o sujeito adicto. Por tal, é proposto à família, os seguintes pressupostos:

- Utilizar a família como um aliado terapêutico;
- Trabalhar com as famílias no sentido de responsabilizar o utente pela sua recuperação;
- Sensibilizar as famílias para o problema da adição;
- Desmistificar falsos conceitos;
- Alertar as famílias para os jogos manipulatórios dos dependentes;

Realiza-se ainda, o desenvolvimento de actividades pedagógicas, que decorrem num contexto imaginário em que se tenta recriar situações usuais do dia-a-dia. Essas actividades permitem essencialmente, a identificação de situações de risco, o treino assertivo e de competências, a reestruturação cognitiva do sujeito, o desenvolvimento de estratégias destinadas à mudança do estilo de vida, bem como promover o auto-conhecimento e auto-controlo, detectar cognições desadaptadas e a resolução de conflitos interpessoais desadaptados.

O tratamento de reabilitação e reestruturação da Associação ART destina-se a jovens delinquentes sinalizados pelo tribunal de famílias e menores bem como a indivíduos consumidores de substâncias psicoactivas. A partilha de experiências de vida entre os adultos e adolescentes facilitam o relacionamento inter-pessoal, e possibilitam a antecipação de consequências e danos dos comportamentos desviantes. A finalização da intervenção terapêutica culmina com a reinserção social do utente. Esta última etapa é sempre muito sensível e de extrema importância, uma vez que a manutenção da recuperação passa muitas vezes por uma boa reinserção social. Neste sentido, propomos, uma constante articulação com as assistentes sociais dos utentes, treino de técnicas de entrevista de emprego, desenvolvemos protocolos de colaboração com empresas, encaminhamos os pacientes para cursos de formação profissional e de revalidação de competências, e sempre que se justifique fazemos acompanhamento psicológico dos utentes em pós-tratamentos.

Quinta Horta da Nora 7780 - 030 Castro Verde
Telef/Fax: 286327030 Art.box@mail.telepac.pt
Quinta do Horizonte, CP 301, Paredes de Viadores
4630-165 Marco de Canaveses Telef/Fax: 255 511552
Art.paredes.de.viadores@gmail.com
Quinta do Sol, Rua da Igreja, nº 119 4625-137 Magrelos
Telef/fax: 255 588 858 Art.magrelos@mail.telepac.pt

Modelo Terapêutico

- Bases
Modelo Humanista de base psicodinâmica.

- Aspectos diferenciadores (adaptações)
Propicia se um espaço em que o utente treina a sua capacidade de tomada de decisão em grupo na resolução de pequenos problemas diários próprios do viver em comunidade de forma democrática tendo de ponderar as consequências das suas decisões.
Respeita se e incentiva se que cada utente vá construindo o seu percurso de recuperação em articulação com os técnicos da CT levando a que o utente seja co-responsável pelo seu percurso de tratamento no decurso da sua maturação emocional.

- Metodologias, técnicas (psicodrama, ferramentas motivacionais, cognitivas, didácticas, lúdicas…)
São utilizados técnicas de psicodrama, cognitiva / comportamentais, terapia familiar, jogos de confiança e de relaxamento / regressão de memória
- Prevenção da recaída (como fazem, exemplos concretos)

Treinada antes, durante e após os projectos de visita, reintegração familiar, na deslocação aos hospitais e durante a procura de emprego

- Reinserção
Em articulação com as Assistentes Sociais.
Com contactos com empresas locais

População alvo/utentes

- Capacidade (nº camas + utentes em ambulatório, se for caso)
16 camas

- Indicações, sinalização para C.T.
Por indicação de Terapeuta de C.A.T. com desabituação por internamento prévio

- Patologias
Perturbações do comportamento decorrentes do abuso de substancias químicas aditivas

Avaliação e follow-up de casos

- O que fazem
Avaliação através de contacto pessoal

- Como fazem
Follow-up em psicoterapia de grupo e ou psicoterapia individual pós Comunidade.

Comunidade da Carvalha - A "escola" dos Afectos
Rua da Escola
Aldeia da Carvalha
2630 035 Arruda dos Vinhos
Tel 217961611

A ERA - Empatia, Recuperação e Apoio, é uma Unidade Residencial Terapêutica, legalmente denominada "comunidade terapêutica", especializada no tratamento de doentes que sofrem de dependências químicas, abuso de substâncias, tais como o álcool e outras drogas, assim como de outras substâncias potencialmente causadoras de comportamentos aditivos e desorganização da personalidade. Depois de uma profunda remodelação da sua estrutura física foi altura de fazer adaptações terapêuticas ao espaço e ao programa de tratamento, utilizando técnicas terapêuticas mais actuais e de comprovada referência mantendo-se fiel ao modelo de tratamento baseado nos 12 passos. O desenvolvimento de parcerias foi fundamental para a nova forma de actuação dos programas de tratamento, procurando criar uma maior oferta adequada às realidades dos que nos procuram. Outros centros de tratamento são hoje nossos parceiros por forma a reforçar essas respostas. Programas de tratamento de curta duração de internamento, com seguimento em ambulatório, bem como o alargamento do período de tratamento para situações que careçam de maior acompanhamento são hoje possíveis graças a essas parcerias. Uma segunda fase para a inserção sócio laboral através de uma maior responsabilização do utente pela sua recuperação também foi possível devido ao alargamento do protocolo com o IDT, resultando num maior numero de camas convencionadas. As realidades alteram-se obrigando a que as estruturas de tratamento repensem os seus modelos e políticas organizacionais. As alterações no fenómeno das dependências também é um facto e novas adicções sem substâncias químicas vão sendo cada vez mais preocupantes e de necessária intervenção. Perturbações alimentares, perturbações associadas ao jogo patológico, problemas associados à compulsão para as compras e outras patologias daí são hoje uma realidade, por isso a necessidade de oferecermos resposta a essas solicitações motivou também a nossa mudança. A unidade residencial está situada numa quinta de 6 hectares em Silves, no Algarve, a cerca de 2 horas de Lisboa. As instalações são do tipo residencial rústico enquadradas numa quinta rural com um grande pomar de citrinos, localizados à beira de um riacho. Além de uma piscina, esta quinta proporciona a possibilidade de se fazerem caminhadas por trilhos que permitem estar em contacto com a natureza. Todos os nossos colaboradores possuem competências profissionais que os diferenciam na avaliação, na compreensão e na intervenção terapêutica baseada no Modelo Minnesota, um modelo integrador fundamentado nos 12 passos dos grupos de auto-ajuda (alcoólicos anonimos, narcóticos anónimos, famílias anónimas, al-anon, etc.) associado a práticas clínicas humanísticas, cognitivo-comportamentais e sistémicas. Apesar da diversidade nas abordagens utilizadas este modelo não é eclético, mas sim integrador. Durante 24 horas os utentes estão em acompanhamento permanente. Aos fins-de-semana, entre as 9.00 e as 17.00 horas, está sempre de serviço um dos técnicos da equipa de aconselhamento. Os serviços administrativos funcionam entre as 9.00 e as 17.00 horas de 2ª a 6ª feira.

Serviços Oferecidos

Consulta médica; Assistência Psiquiátrica; Consultas de Psicologia, Psicoterapia e avaliação psicológica; Terapias individuais e de grupo; Terapia Assistida por Cavalos; Acompanhamento individual de cada caso na reinserção sócio-laboral; Aconselhamento familiar: participação da família que consideramos relevante durante todo o processo de tratamento através do nosso Programa Familiar que acontece mensalmente ou através de conferencia de família; Actividades lúdicas enquadradas no plano de tratamento: saídas regulares ao fim de semana para actividades exteriores tais como ida á praia, passeios de barco, visitas a museus, etc.; Integração com grupos de auto-ajuda: participação bissemanal em grupos de auto-ajuda de 12 passos; Grupos de prevenção de recaídas e apoio pós-tratamento: possibilidade de participação em grupos de prevenção de recaídas, sempre acompanhado por um terapeuta especializado; Palestras educativas e vídeos didácticos: possuímos uma colecção significativa de vídeos didácticos que serão apresentados e discutidos em plenário. Duas a três vezes por semana os nossos terapeutas realizam palestras educativas com o intuito de estimular o conhecimento, desenvolvendo competências cognitivas e relacionais nos residentes; Piscina; Ginásio; Yog; Actividades terapêuticas e formativas outdoor; Enquadramento sócio-laboral com protocolos de parceria com entidades de formação profissional; Parcerias com unidades de tratamento continuado em regime de half-way.

O uso da terapia de grupo em paralelo com a terapia individual

Como uma das mudanças mais significativas na compreensão e tratamento da dependência química destaca-se o uso da terapia de grupo como componente importante, se não o mais decisivo, no tratamento diário e que mais mudanças conseguiu induzir na personalidade das pessoas que participam. Para se obterem bons resultados nas terapias de grupo é preciso que os terapeutas sejam bem treinados nesta terapia, e tenham capacidade para utilizar todas as forças curativas disponíveis num grupo terapêutico.
São hoje identificados vários mecanismos de sucesso no interior de um grupo terapêutico, a que são chamados os "factores curativos" de um grupo.

Podem-se resumir seis "factores curativos":
1) Apoio positivo dos pares e pressão em favor da abstinência de álcool e drogas.
2) Identificação mútua, aprendizagem de que não estão sozinhos e que não são únicos com o problema da dependência química.
3) Oportunidade de conhecerem os seus mecanismos de defesa, as suas atitudes e confronto dos mesmos no seio do grupo com os outros elementos.
4) Aperceberem-se da personalidade dependente química e reforço contínuo da abstinência total.
5) Identificação, acção, esperança e apoio num setting estruturado e disciplinado com limites claramente definidos e consequências apropriadas, que ajudam os doentes dependentes químicos a estabelecerem a distância correcta entre aquilo pelo qual são responsáveis, isto é pela doença de dependência química.
6) Oportunidade dos participantes perceberem de como os seus defeitos de carácter interferem com a sua capacidade de estabelecerem relacionamentos gratificantes, saudáveis e íntimos com outras pessoas.

A interligação com os grupos de auto-ajuda dos Alcoólicos Anónimos e dos Narcóticos Anónimos e a integração nos mesmos

Um aspecto fundamental da estrutura da ERA é a forte crença de que o sucesso de tratamento das dependências químicas e o alcance do objectivo da abstinência total a longo prazo, passa infalivelmente por uma boa capacidade da equipa técnica durante o tratamento inicial de sensibilizar o doente da necessidade de receber ajuda e "pedir ajuda", à medida que vai retornando a sua rotina em sua casa e/ou se vai integrando na vida real. Esta ajuda, além de um apoio inicial dado por nós em regime ambulatório e através de um grupo terapêutico de "after-care", é dada pelos grupos de auto-ajuda AA ou de NA existentes nas comunidades por praticamente todo o país, localizado nas mais diversas regiões geográficas e de uma maneira geral com fácil acesso.

Terapia Assistida por Cavalos

TAC é uma area de trabalho onde os cavalos são usados como facilitadores para o crescimento emocional e aprendizagem. Em virtude do seu tamanho, paciencia, força, lealdade e instinctos de sobrevivencia, eles assistam o terapeuta na sua intervenção de tratamento, que é focada em competencias sociais a longo termo. A TAC é efectiva em lidar com problemas comportamentais, adicções, abuso de substancias, relações, dificuldades de comunicação, assim como com depressões, ansiedades, disturbios alimentares e traumas. A equipa da TAC , composta por um terapeuta certificado e um equitador, introduz e supervisiona actividades simples entre os cavalos e os clientes. Não tem a ver com técnicas de montar ou a arte de lidar com cavalos. As competencias sociais dum cavalo (como as reacções honestas ou o espelhar as emoções humanas) podem proporcionar múltiplas oportunidades para metáforas e até desafiar os clientes e levá-los a mudanças positivas poderosas. Nos últimos 10 anos, desde o inicio da TAC, vários estudos têm sido feitos apoiando o facto que a Terapia Assistida por Cavalos beneficia pessoas que se debatem com dificuldades emocionais tanto num cenário residencial como em ambulatório

Comunidade Terapêutica ERA
Linha directa permanente informações e admissões:
(+351) 282 445 935 ou (+351) 967 285 051
Morada: Quinta do Falacho - Apartado 181 - 8301-909 Silves
Tel.: (+351) 282 445 935 (24 horas) ou (+351) 96 728 50 51
Fax. (+351) 282 445 937
E-mail: geral@eraclinica.com - Site: www.eraclinica.com

Modelo Terapêutico

O Modelo Terapêutico utilizado é o Sistémico, trata-se de um modelo centrado no grupo, onde este se define como um sistema, um todo complexo e organizado que, agrupando diferentes pessoas, funções e actividades, é reconhecido como uma unidade. Através deste modelo concebe-se a toxicodependência como o produto de uma perturbação do meio ambiente, que afecta o indivíduo. Este é simultaneamente portador de um sintoma e sintoma em si mesmo da dificuldade do grupo, sendo o sistema em que ele evolui que está perturbado e que é preciso tratar. A tónica é colocada na relação, na interacção e na comunicação entre indivíduos, aspecto fundamental para um melhor conhecimento, compreensão e aceitação do outro mas também de si próprio. O grupo constitui-se numa entidade específica capaz de consequências terapêuticas, tornando-se numa excelente oportunidade para aceder a um melhor conhecimento das próprias potencialidades e necessidades do indivíduo, ao mesmo tempo que servem para exprimir emoções e sentimentos num clima de honestidade. É através de um terreno partilhado em conjunto que se determina o sentido e a significado de todos os acontecimentos de vida (passados, presentes e futuros) sendo a tónica no aqui e no agora, e no qual se integram todas as comunicações e interpretações, verbais e não verbais.

A CT apresenta como pressuposto fundamental o crescimento psico-afectivo do indivíduo dependente enquanto parte de um micro e macro grupo, e a sua reinserção social e profissional. Surge como um espaço estruturado que visa promover a auto-avaliação, o auto-conhecimento e a auto-responsabilização, reforçar as capacidades do EU, no sentido do indivíduo funcionar satisfatoriamente, tornando-se tão autónomo quanto possível e com uma vida pessoal e social gratificante. É trabalhada a relação com tudo o que lhe é externo mediante três estratégias: grupos terapêuticos, grupos de actividades e grupos ocupacionais e de lazer, nomeadamente actividades culturais e desportivas.

Programa Terapêutico

1ª Fase - Caracterizada fundamentalmente pela adaptação e integração no grupo e na comunidade e conhecimento sobre si próprio (Aproximadamente 2 a 3 meses).

2ª Fase - Distingue-se pela estabilização, onde o utente já deverá assumir alguma capacidade de responsabilização por si próprio e pelos outros, é de particular relevância nesta fase do processo, o utente já possuir capacidade de expressão de sentimentos, emoções e afectos (Aproximadamente 3 a 4 meses).

3ª Fase - Caracterizada pelas primeiras etapas da reinserção onde se verifica uma estruturação das capacidades e potencialidades ao nível interno e externo e uma preparação para a área profissional. Elaboração de um projecto de vida, concretizando-se através da inscrição no Centro de Emprego, iniciando a pesquisa de emprego e/ou formação técnico – profissional (RVCC, Cursos de Alfabetização ou Formação no IEFP). (Aproximadamente 4 a 5 meses).

Metodologias e Técnicas

Metodologias terapêuticas e ocupacionais adoptadas pela CTE que se baseiam em: Psicoterapia de grupo (Reunião geral, 1ª fase, 2ª fase e 3ª fase, reunião de mulheres e reunião de apartamento), Psicodrama, Psicoterapia individual, Acompanhamento médico e psiquiátrico, Aconselhamento VIH/Sida, Apoio familiar, Reunião de mesa, Responsabilidades, Actividades no interior e exterior da casa, Actividades lúdico recreativas e desportivas (programadas e livres), lazer e vida comunitária.

População-Alvo

Capacidade para 27 utentes em regime de internamento na Comunidade Terapêutica. Podem ser admitidos toxicodependentes de ambos os sexos, existindo um programa específico para Grávidas, para Alcoólicos e duplo-diagnóstico.

Reinserção

Ao longo da 3ª fase do tratamento em CT inicia-se o desenho do plano de reinserção tendo em conta a realidade interna e externa de cada utente. Ainda em CT os utentes da 3ª fase são encaminhados para a ET da zona de residência de forma a dar continuidade ao acompanhamento psicossocial. A reinserção propriamente dita será efectuada no "Apartamento Terapêutico" (duração de 6 meses), onde os utentes terão uma ocupação profissional e acompanhamento psicoterapêutico no apartamento.

Comunidade Terapêutica Erguer
Morada: Rua Martins Pitorra, C.C.I. 8702
Quinta do Anjo
2950-747 Palmela
Telefone: 21 28 70 438
Fax: 21 288 08 27
E-mail: erguer@sapo.pt

Projecto Homem

A Comunidade Terapêutica João Guilherme - Projecto Homem nasceu na cidade de Abrantes pela mão do cónego José da Graça, surgindo como resposta às necessidades do território, face ao crescimento do fenómeno da toxicodependência.

O Projecto Homem é uma instituição sem fins lucrativos, de carácter privado, aconfessional (não assume a identidade de nenhum grupo eclesial) e que não se situa no âmbito de nenhum partido político. O objectivo do programa terapêutico é que qualquer indivíduo que o realize possa chegar a adquirir um alto grau de autonomia pessoal e uma capacidade de decisão, que esteja baseada na liberdade e não na dependência, assim como um alto nível de responsabilidade.

Tem protocolo com o Ministério da Saúde para 52 camas em Comunidade Terapêutica e 25 em Reinserção Social e segue o Programa Tradicional. Nenhum utente deixa de entrar na Comunidade Terapêutica por apresentar dificuldades financeiras pois a Segurança social dispõe de verbas para apoiar estes casos.

Estrutura-se em três fases interdependentes, que constituem um processo global: Acolhimento, Comunidade Terapêutica e Reinserção Social.

Objectivos:

Os objectivos da primeira fase são: o afastamento e ruptura com a droga e ajudar a pessoa a encarar a sua realidade familiar, social, jurídica e cultural. Os instrumentos terapêuticos mais utilizados pela equipa terapêutica e pelos utentes nesta fase são: o Confronto, o Encontro, as Experiências Educativas, o Esclarecimento, os Grupos e os Seminários.

Após o internamento no Acolhimento é feita a passagem à Comunidade Terapêutica, que é uma modalidade de tratamento residencial para a reabilitação de toxicodependentes. Tem lugar num meio altamente estruturado, através de um sistema de pressão artificialmente provocado, para que o residente confronte a sua problemática com a dos outros residentes, os quais lhe servirão de espelho da consequência social dos seus actos. Esta situação é tolerada voluntariamente pelo residente, que se vê imediatamente inserido num clima de alta tensão afectiva.

Terapia Familiar

A terapia familiar é um método psicoterapêutico que utiliza como meio de intervenção sessões conjuntas com os elementos de uma família.

Família, "designa um conjunto de elementos emocionalmente ligados, compreendendo pelo menos três gerações, mas não só: de certo modo consideramos que fazem parte da família elementos não ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos, que solicitam a nossa intervenção".

A toxicodependência, pode ser vista como um problema, que para além de ter consequências individuais, estas reflectem-se na família e por isso toda a família deve ser envolvida no processo terapêutico.

Equipa terapêutica

A equipa terapêutica é composta por um Coordenador, Terapeutas e Monitores

O Coordenador tem a responsabilidade de gerir a comunidade, ou seja, é responsável pela gestão dos recursos, quer humanos quer materiais, bem como de supervisionar o cumprimento do programa terapêutico.

O terapeuta tem a responsabilidade terapêutica de um determinado grupo de auto ajuda e respectivas famílias. Desempenha outras funções, como por exemplo, a orientação dos utentes em sector.

Os monitores têm a função de interagir com os utentes no dia-a-dia, mais precisamente no trabalho em sector.

A Reinserção Social

Na fase da Reinserção, a mudança comportamental deverá ser já o resultado de uma decisão interna, algo assumido profundamente pelo utente, e converter-se-á na evidência de uma nova responsabilidade pessoal e social.

Condições de acesso

Admitimos:

- Toxicodependentes com doença mental grave concomitante
- Alcoólicos
- Toxicodependentes em regime de substituição opiácea desde que o utente se comprometa a fazer gradualmente a sua redução
- Ambos os sexos

Comunidade Terapêutica João Guilherme
Projecto Homem
Apartado 90
2204-909 Sentieiras Abrantes
Telef. 241365400 / 241362268
Fax: 2413331234

Modelo Terapêutico

Modelo Minnesota com 12 a 14 semanas de internamento seguidos de 9 meses de cuidados continuados.

- Aspectos diferenciados e adaptações

Escola americana com adaptações à realidade portuguesa, já que existem comunidades terapêuticas deste método em Portugal desde de 1990. Parece-nos que esta própria escola , a qual acompanhamos nos últimos 14 anos nos dá conotações próprias que não entram de forma nenhuma em rota de colisão com o modelo original. Basicamente tratamento holístico com uma vertente comportamental vincada e abordagem multidisciplinar. Desta forma a nossa Equipa é constituída por 1 Médico Psiquiatra e Clínico Geral; 3 Técnicos de Aconselhamento em Alcoolismo e Dependência Química; 1 Psicóloga Clínica; 2 Consultores em Dependência Química e de Intervenção na Crise; 3 Monitores e 1 Administrativa.

Metodologias e Técnicas

Avaliação clínica e psiquiátrica, Grupos terapia cognitivo-comportamental, Palestras informativas e temáticas, Workshops e actividades outdoor" supervisionadas, trabalhos escritos como por exemplo autobiografia, terapias individuais

Prevenção da recaída

Avaliação semanal do paciente em cuidado continuado (pós-internamento), suporte e ajuda dos Grupos de Auto-ajuda (NA / AA); avaliações de frequência ao cuidado continuado em regime de ambulatório efectuadas caso a caso.

Reinserção

O Próprio acompanhamento em cuidado continuado ajuda o paciente na procura do seu caminho de reintegração quer social, familiar e profissional. Nalguns casos é recomendada outra instituição mais apropriada para abordagens terapêuticas com objectivo dessa mesma reinserção

População Alvo / Utentes

- Capacidade

14 camas em regime de internamento sendo 4 delas convencionadas

- Indicações, sinalização para a C.T.

Ser maior de idade; não ter duplos diagnósticos psiquiátricos (sujeito a avaliação) e revelar claramente motivação para tratamento; se mulher não grávida.

- Patologias

Alcoolismo, Dependência Química, Perturbações do comportamento alimentar, ludopatia e outros comportamentos obsessivos compulsivos (sujeitos a avaliação psiquiátrica).

Avaliação e follow-up de casos

- O que fazem

Ao sermos contactados, um dos técnicos consultor em Dependência Química e de Intervenção na Crise inicia o acompanhamento em pré-admissão. Processo este que envolve familiares do paciente e relações significativas e o próprio paciente até se conseguir que a intervenção termine em internamento.

- Adequações/reajustamentos ao modelo terapêutico em função da avaliação

Devido ao facto de a ODESSA ter linhas muito definidas em relação ao modelo/plano terapêutico as adequações e reajustamentos são poucos pelo que temos parcerias com outras instituições que eventualmente sejam mais flexíveis nestes reajustamentos.

ODESSA- Tratamento de Dependências
Rua Carreiro do Talho nº 1 e 3
2540-348 BBR CARVALHAL
Telf: 262 60 24 12
Fax: 262 60 84 13

Modelo Terapêutico – Programa dos 12 Passos

Em que consiste?
O Modelo Minnesota, nasceu nos Estados Unidos hà cerca de 50 anos no Estado do Minnesota, tendo vindo a implantar-se em inúmeros países com enorme sucesso. Devido ás altas taxas de recuperação que consegue atingir, pode mesmo ser considerado dos Modelos mais eficazes no tratamento da dependência química. Baseia-se na filosofia dos 12 Passos de Alcoólicos / Narcóticos Anónimos. Consiste num modelo psicoterapêutico de origem humanista cujo objectivo é a abstinência total do consumo de substâncias psicoactivas , capazes de provocar oscilações artificiais do estado de humor e comportamento do indivíduo.
Pretende-se com este modelo ensinar o dependente e a sua família a modificar as suas atitudes e comportamentos através de um método de trabalho que assenta nos princípios dos grupos de auto-ajuda, grupos de sentimentos, terapia racional-emotiva, psicologia transaccional, palestras, filmes didácticos e terapias individuais . Através destas técnicas o indivíduo adquire uma consciência, até então inexistente , das implicações da sua doença, e consequentemente uma maior responsabilização pela sua recuperação.
Através da partilha aprende com outros elementos do grupo a identificar e a lidar de forma construtiva com os seus sentimentos e emoções e não da forma destrutiva como faziam no tempo do uso/abuso de substâncias psicoactivas .
Este modelo abrange também o tratamento dos distúrbios do comportamento alimentar (obesidade, anorexia e bulimia) , assim como o jogo , visto toda e qualquer dependência física ou não , ser antes de tudo um distúrbio do comportamento / emocional.

O que é a dependência química?
A Dependência Química é uma doença crónica , progressiva e fatal caso não seja detida e tratada a devido tempo , mas tratàvel. Afecta o indivíduo em todos os níveis do funcionamento biopsicossocial , debilitando a parte Física, Psicológica, Emocional e Espiritual , tendo também como característica peculiar afectar a família como um todo .
O prazer inicial proporcionado pelo uso de àlcool ou das outras drogas acaba por se transformar em dor emocional . O consumo de àlcool ou de drogas aumenta gradualmente até que o indivíduo não consegue mais controlar o seu consumo. Aparecem os transtornos nas àreas física, emocional, social, intelectual, profissional e escolar, associados aos sentimentos de culpa, vergonha, raiva, medo e arrependimento , sendo o prazer cada vez menor e o sofrimento cada vez maior .
As suas características estão definidas pelo ICD 10 da Organização Mundial de Saúde , assim como pela Associação Psiquiatra Americana , através do DSM -IV Manual de Diagnóstico Estatístico .

Quais os sintomas da doença?

- Compulsão - é um desejo/necessidade praticamente incontrolàvel de beber ou consumir Drogas. Actua na parte Física/Emocional do indivíduo.
- Obsessão - a finalidade da sua vida é só uma: consumir àlcool ou drogas, seja a que preço for, perdendo a capacidade para medir as consequências, minimizando-as.
- Perda de Controle - A partir do primeiro gole, chuto ou sniff o consumidor deixa de controlar o uso da substância. Com a progressão da doença ele começa a adaptar a sua vida ao consumo da sua/s droga/s de escolha, perdendo a capacidade para executar as tarefas mais simples, sem estar sob o efeito da substância.
- VIVE PARA CONSUMIR E CONSOME PARA VIVER

Quais as fases da doença?

- Inicial - Alta tolerância. Não existem grandes prejuízos nas àreas física ou emocional. O relacionamento com a família, amigos, profissional ou escolar não é afectado. No entanto, o consumo mesmo que reduzido jà leva o indivíduo a uma sensação ilusória de prazer .
- Intermédia - Quase sem se aperceber começa a aumentar o consumo de àlcool ou das outra drogas, para obter o efeito desejado. Se o indivíduo interrompe abruptamente o consumo de àlcool ou outras drogas sente inevitavelmente sofrimento físico e emocional. É o chamado " Síndrome de Abstinência ". Nesta fase a doença jà està caracterizada como tal, e por mais que o indivíduo queira controlar o uso ou parar de usar , o sofrimento físico e emocional provocado pela abstinência é tanto, que faz com que esse compromisso seja quase impossível de ser mantido. Precisa de ajuda técnica/profissional para o fazer .
- Final - É a fase do isolamento . O indivíduo isola-se da família, amigos e colegas de trabalho para poder beber ou usar drogas. Normalmente abandona os estudos, deixa de progredir profissionalmente, chegando não raras vezes a perder o emprego e ter problemas policiais. As suas percas e prejuízos são significativos. Sente-se irritado, enervado, tem atitudes agressivas, deixa de sentir prazer e alegria. Está sempre depressivo e só tem sofrimento. Se a doença não for detida, ele morrerá precocemente .

A dependência química é a doença da negação . Apesar de estar cheio de problemas em todas ou na maior parte das àreas da sua vida, o dependente nega que tenha um problema e dificilmente aceita ajuda .
Através de técnicas terapêuticas de intervenção, é possível quebrar a referida negação , levando o dependente e a família a procurar ajuda profissional com a finalidade deste se tratar e entrar em recuperação , tornando-se num cidadão útil e produtivo da sociedade , através da abstinência do consumo de substâncias psicoactivas e da mudança de estilo de vida . Este trabalho é feito com ajuda técnica de uma equipa multidisciplinar com formação nos Estado Unidos, Inglaterra, Brasil e Portugal, composta entre outros, por 1 Médico Psiquiatra, 1 Médico de Clínica Geral, 1 Equipa de Enfermagem e 5 Técnicos de Aconselhamento, 6 Monitores e 1 Nutricionista.

Quais as substâncias capazes de provocar alterações do estado de humor e de gerar dependência?
São cerca de 25 as substâncias psicoactivas que alteram o estado de humor e provocam dependência , sendo as mais comuns as seguintes:
Álcool, Fàrmacos, Alucinogénios, Cafeína, Heroína, Crack, Solventes (Colas), Nicotina, Cocaína, Canabis (Haxixe), Ecstasy, Benzodiazepinas .
Como identificar um possível consumidor de drogas ou de alcool?
Verificando se hà:

- Mudança brusca de comportamento
- Isolamento da família
- Irritabilidade sem motivo aparente
- Mudança nos hàbitos de dormir, alimentar, higiénico e no vestuàrio
- Quebra de rendimento escolar/profissional
- Alteração do estado emocional (humor, euforia, depressão, insónia, etc.

No entanto tenha o máximo cuidado em não rotular o seu filho, marido, mulher, aluno ou colaborador pois estes poderão apresentar alguns sintomas acima mencionados e não ser consumidores de drogas. A melhor forma de ter certezas é pedindo ajuda profissional a especialistas no assunto.
Existem grupos terapêuticos específicos na Comunidade onde os ex residentes têm a oportunidade de lidar com dificuldades diárias da sua vida, os After-Cares que são grupos semanais destinados a prevenção e manutenção.
Os ex residentes têm também a possibilidade de passar um dia por semana na Comunidade, afim de darem continuidade a aprendizagem aqui iniciada.
A clínica tem 19 camas licenciadas.

RAN-Happy Start - Tratamento da Dependencia Quimica Lda.
Estrada Nacional nº. 2 – Casa 4
Gravelos – Adoufe
5000-027 Vila Real
Telef.: 259338265
Fax: 259326626
Linha Gratis - 800 203 696
www.ran.pt

A Dependência Química é hoje considerada uma Doença primária, crónica, progressiva e por vezes fatal se não for tratada. O seu tratamento é um processo complexo, envolvendo uma intervenção a nível físico, psicológico e social. Por acreditarmos na recuperação dos dependentes, criámos em 1999, o Centro de Tratamento Rumo Certo, reconhecido e autorizado a funcionar pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.) / Ministério da Saúde.

Modelo Terapêutico

a) Adaptação à realidade portuguesa do Modelo Minnesota criado nos EUA em 1948.
b) Este Modelo combina os princípios e o programa de 12 passos dos AA (Alcoólicos Anónimos) e NA (Narcóticos Anónimos) com aconselhamento e terapia profissional por uma equipa Multidisciplinar.

Ao chegar ao RUMO CERTO o doente é sujeito a uma avaliação inicial que implica:

• **Exame médico e psicológico**

Entrevistas e outros meios complementares de diagnóstico para confirmar a dependência e determinar a presença de outras doenças associadas

• **Desintoxicação com acompanhamento médico**

A abstinência total revela-se fundamental ao sucesso do tratamento

• **Avaliação motivacional**

É importante que o utente venha a reconhecer a gravidade do seu problema e que é incapaz de o resolver sozinho, precisando de ajuda especializada para a sua recuperação.

Além de procurarmos conhecer melhor o utente e sua história clínica, desejamos identificar padrões de comportamento destrutivos e ameaçadores da saúde, estabelecendo depois um plano de recuperação adequado, definindo um projecto terapêutico.

Faz parte do Projecto Terapêutico:

- Abstinência total de Álcool, Drogas e outras Substâncias Psico-activas.
- Reconhecimento da Dependência Química / Adicção como Doença
- Reconhecimento da responsabilidade pessoal na recuperação
- Alteração da conduta e adopção de um padrão de vida saudável
- Integração em grupos da auto-ajuda (Alcoólicos Anónimos, AA; Narcóticos Anónimos, NA; Famílias Anónimas, FA) como forma de manter o processo de recuperação.

Criar nova rede social de apoio à Recuperação é um processo que se estende no tempo e que se inicia no tratamento primário.

Esta etapa inicial estende-se por três meses e é feita em regime de internamento. Nesta fase procura-se motivar o doente a manter a abstinência de drogas, favorecer a mudança do estilo de vida e a socialização.

Seminários didácticos, Vídeos, Palestras

- Através de palestras e grupos de estudos procura-se explicar ao Dependente Químico as características da doença, o que facilita a intervenção psicopedagógica.

Psicoterapia individual e de grupo

- Identificar mecanismos de defesa
- Ultrapassar negação e aceitação da doença
- Identificar as consequências do problema
- Reconhecer a necessidade de mudança
- Aprendizagem de um novo estilo de vida
- Desenvolvimento de habilidades que mantenham a sua recuperação
- Construção de métodos alternativos para lidar com as emoções
- Programa Prevenção de Recaída baseado no Modelo de Marlatt e Gorski

Orientação para grupos de ajuda mútua

Intervenção familiar e social

Apoio espiritual

As intervenções cognitivo-comportamentais são complemento da filosofia dos grupos de auto ajuda.

A segunda fase do programa inicia-se quando o utente termina o período de internamento, dando continuidade ao processo de recuperação através do pós-tratamento. Através de terapias individuais e de grupo faz-se este acompanhamento em horário pós laboral, uma vez por semana, durante nove meses. À medida que o sofrimento do utente diminui, aumentam as hipóteses de recuperação, reabilitação e reintegração social.

População Alvo / Utentes

Capacidade: 20 camas (12 Convencionadas com IDT)

Avaliação e Follow-up de casos

O Centro de Tratamento Rumo Certo faz estatísticas anuais, quer internas quer externas, respondendo ao questionário anual do IDT. Estes dados reportam-se ao ano transacto, bem como, a 3 anos anteriores.

Actualização, Investimento em Formação e Especialização

O tratamento é feito por um grupo de profissionais oriundos de várias áreas:
Área Administrativa

Administração: Carlos Dinis Bordallo-Pinheiro

Secretaria/ Administração: Sónia Maria Bordallo-Pinheiro
Área Clínica

Direcção Clínica: Dr. Francisco Henriques (Médico. Psicoterapeuta.Comportamentos Aditivos)

Consultor Psiquiátrico: Dr. João Baptista Brás (Médico Psiquiatra)

Psicóloga: Dra. Sílvia Gabriel
Área de Aconselhamento

(Técnico de Aconselhamento) Álvaro A. Carvalho

(Técnico de Aconselhamento) Sandra M. Carvalho

(Técnico de Aconselhamento) Sílvia Gabriel

Monitores: Emanuel D. Santos, Pedro M. Bonneville, José Luís, Victor Silva

Cozinheira: Marina F. Rodrigues

Centro de Tratamento Rumo Certo
Rua São Francisco de Assis, 15 – Olhos de Água
2950-665 Quinta do Anjo
Tel . 21 213 23 33/ 5 – 91 820 31 61 – 96 129 38 33 – 91 782 05 98

Modelo Terapêutico

O modelo terapêutico da Associação Sol Nascente tem por base a terapia cognitivo-comportamental, complementada com o programa de 12 passos – Modelo Minnesota. O programa é composto por 4 fases e tem a duração de 12 a 18 meses para os toxicodependentes e de 3 a 6 meses para os alcoólicos.

1ª Fase - Caracteriza-se pelo início da tomada de consciência das dificuldades e do que se deve mudar. Integração na comunidade terapêutica, e acompanhamento do indivíduo a todos os níveis. A amizade e o afecto estão presentes desde o primeiro momento. Estabilização do sujeito e reconhecimento da necessidade de ajuda.

2ª Fase - Uma vez estabilizado, o indivíduo tem de alcançar novos objectivos, nomeadamente maior responsabilidade; desenvolvimento do processo de maturação de modo a promover o bem-estar e a auto-estima. Não necessita de um acompanhamento tão directo. Apoia os membros mais novos da comunidade e ajuda os mais velhos nas suas funções.

3ª Fase - O utente atinge formalmente o estatuto de guia e inicia funções de coordenador, permitindo o desenvolvimento de um maior sentido de responsabilidade. É o momento de assumir um projecto de vida.

4ª Fase - Acompanhamento do indivíduo para o aumento da auto-confiança, trabalhando sentimentos de ansiedade que possam surgir no decorrer da sua reinserção, prevenindo deste modo as recaídas. Total abertura ao mundo exterior.

O tratamento é encarado numa perspectiva que engloba um processo de mudança nas várias áreas do funcionamento (físico, social e psicológico), procurando conciliar as áreas do saber com a experiência de quem percorreu caminhos iguais, dispondo para isso de uma equipa técnica multidisciplinar.

Metodologia

Como metodologia, utilizam-se as terapias convencionais – terapia individual, terapia de grupo e terapia familiar, mas também outras modalidades terapêuticas, tais como a bioenergia e os jogos psicodramáticos, a terapia pela arte, a terapia ocupacional, o desporto, os workshops de teatro e de informática. Paralelamente, os utentes frequentam reuniões de A.A. e N.A.

População-Alvo / Utentes

A Comunidade Terapêutica está licenciada pelo I.D.T para 31 residentes, tendo protocolo para 22 camas. Funciona numa quinta com 5.000 m^2, incluindo espaços verdes, ginásio, piscina, salas de reunião, de formação, de terapia, refeitório, sala de convívio, etc.

A admissão obedece a vários critérios, incluindo uma avaliação médico-psicológica (realizada numa entrevista de pré-admissão, sempre que possível) ao processo de abstinência ou desintoxicação, ao estado de motivação expressa, ao apoio da família (quando presente) durante e após o internamento, e à apresentação de análises clínicas.

São admitidos:

- toxicodependentes e/ou alcoólicos;
- utentes em cumprimento de medidas tutelares impostas pelo Tribunal;
- seropositivos;
- utentes em regime de substituição opiácea.

São excluídos doentes com tuberculose.

Reinserção

O projecto procura não só ajudar o adicto a libertar-se da sua dependência física e psíquica (recuperando valores perdidos e adquirindo competências para lidar com a sua doença) mas a iniciar desde cedo um projecto de reinserção social, que é trabalhado ao longo do tratamento.

Assim, desenvolvemos acções de formação nas áreas do desenvolvimento pessoal e da informática, com vista à aquisição de conhecimentos e competências fundamentais na reinserção socioprofissional. Temos também um protocolo com o Centro Novas Oportunidades do Montijo para realização de processos de R.V.C.C. permitindo a obtenção de equivalência ao 9º ano.

Criámos uma EMPRESA DE INSERÇÃO com 16 postos de trabalho, em parceria com o Centro de Emprego de Setúbal, o que constitui uma estratégia importante na reinserção dos grupos socialmente desfavorecidos.

Temos em funcionamento uma UNIVA (Unidade de Inserção na Vida Activa) que oferece um conjunto de serviços ao nível da procura de emprego, da divulgação de oportunidades, do apoio na integração e do acompanhamento pós-colocação. Através da UNIVA, procura-se a solução mais adequada para cada indivíduo, que poderá passar por um processo de qualificação profissional ou pela integração numa oferta de emprego ou estágio.

Avaliação e Follow-Up

Realizamos um questionário anual (enviado aos ex-residentes com envelope de resposta já selado), realizamos contactos telefónicos, um convívio anual e outros. Desta forma, procura-se sinalizar situações de risco e dar continuidade às estratégias de prevenção da recaída desenvolvidas como parte do tratamento na Comunidade Terapêutica.

Associação Sol Nascente – Recuperação de Toxicodependentes
Morada: Rua do Sobral, Lote 1, Caixa Postal N.º 11709, Terrim, 2955-269 Pinhal Novo
Telefone: 212360483 / Fax: 212363422
Telemóveis: 939100376 ou 934103935
E-mail: solnascente.ipss@sapo.pt

"Em termos de receptividade da população alvo, o facto do projecto risco estar associado a uma Escola ajuda na participação das actividades. Existe, em cada turma, uma maioria muito consistente em termos de assiduidade e participação, os restantes jovens têm uma participação irregular e isso reflecte-se consequentemente nos resultados. Estes são sem dúvida mais positivos nos jovens mais participativos."

Entidade Promotora: Questão de Equilíbrio
Projecto: Risco no Risco
Marta Godinho, Alexandra Nascimento, Marta Dias, Mónica Santos e André Martinez

O projecto Risco no Risco
"O Projecto Risco no Risco caracteriza-se por ser um Programa de Intervenção Focalizada que pretende reflectir sobre as potencialidades das Actividades de Risco Controlado (ARC) na aquisição de competências pessoais e sociais. Estas actividades são recursos extremamente facilitadores pois aproximam o técnico ao indivíduo permitindo uma intervenção mais vantajosa e um trabalho mais eficaz. O conceito de risco controlado opõe-se ao de exposição ao risco, é fundamental a visualização de situações em que o risco está presente mas onde o sistema de segurança é credível e eficaz, o acompanhamento técnico assegura uma aprendizagem sobre o controlo da parte emocional. Com as ARC pretende-se que o jovem aprenda a observar o seu próprio comportamento quando em situação de crise, de ansiedade, de descontrolo emocional e reconheça a necessidade de apoio técnico para melhor se saber auto-controlar, aprendendo a evitar com maior eficácia a manifestação de comportamentos sociais problemáticos. Neste tipo de intervenção, devem ser transpostos para a realidade quotidiana as vivências da prática das actividades, as emoções vividas, os sentimentos despertados e as respostas adequadas encontradas."

Principais Objectivos
"Os principais objectivos do Projecto Risco no Risco são: Desenvolver competências pessoais e sociais tendo em vista a redução dos factores de risco; Reforçar a intervenção educativa na redução e resolução dos problemas de insucesso/abandono escolar; Promover a aquisição de conhecimentos que promovam a adopção de hábitos de vida saudáveis."

Actividades Radicais
"O projecto Risco no Risco tem por base as ARC: essencialmente Escalada, mas também Rappel, Slide, Btt, Canoagem, Patinagem no Gelo, Surf, Parapente, Bóias, mas também promovemos sessão de treino de competências, sessões de aconselhamento, actividades cultural-pedagógicas, sessões de informação e sensibilização sobre temas relacionados com a saúde e a escola, distribuição de material informativo de substâncias psicoactivas, dinamização de espaços de comunicação. Há ainda o acompanhamento psicológico individual e as visitas domiciliárias, às famílias dos jovens."

Junto dos Adolescentes
"A nossa intervenção destina-se a jovens adolescentes dos 15 aos 19 anos, que frequentam um Projecto Educativo alternativo ao abandono escolar, da Questão de Equilíbrio - Associação de Educação e Inserção de Jovens. Os jovens são encaminhados por várias entidades. São sinalizados pela Comissão Protecção Menores de Setúbal e Palmela, pelo Instituto de Reinserção Social e jovens com Processos-Crime ou Tutelares Educativos em curso."

Aceitação positiva
"De um modo geral o Risco tem tido uma evolução bastante positiva. Inicialmente com um modelo de intervenção constituído por 12 acções, foi posteriormente trabalhado no sentido de uma reorganização para as actuais 6. Toda esta evolução e adaptação foi sempre trabalhada em equipa e com o acompanhamento do IDT de modo a facilitar toda a intervenção e respectiva avaliação. Quanto à formação da equipa verificaram-se algumas alterações, por motivos pessoais, que se reflectiu no decorrer do projecto."

Receptividade traduzida na assiduidade e participação
"Em termos de receptividade da população alvo, o facto do projecto risco estar associado a uma Escola ajuda na participação das actividades. Existe, em cada turma, uma maioria muito consistente em termos de assiduidade e participação, os restantes jovens têm uma participação irregular e isso reflecte-se consequentemente nos resultados. Estes são sem dúvida mais positivos nos jovens mais participativos."

"Instrumentos de observação são os mais usados"
"Para avaliação usamos instrumentos de observação, de registo diário, relatórios e registos de ocorrência. Todos estes elaborados pelos técnicos. Usamos também um sistema de avaliação destinada à auto-avaliação dos jovens que designamos por "Cintos de Competências". Metodologia adaptada dos "Cintos de Comportamentos", da Escola de Neuville em França."

Contacto formal com outros PIF's
"Sim, embora não tantas vezes como gostaríamos. Em reuniões/formações organizadas pelo próprio IDT e através do blog do PIF."

Modelo Lógico do PIF
"Concordamos com o modelo, pois está esquematizado de uma forma bastante perceptível dando uma visão global de toda a intervenção e dos seus resultados."

Avaliação necessária para testar eficácia dos projectos
"A avaliação é muito importante, é o que nos permite concluir se a intervenção foi ou não eficaz. Mas tão importante como a avaliação são os objectivos que nos propomos atingir, sejam eles a curto, médio e/ou a longo prazo. Foi uma das grandes aprendizagens pessoais que a participação neste projecto proporcionou aos membros da equipa. É a sintonia dos dois que permite uma percepção e orientação da intervenção. Até se pode ter instrumentos de avaliação óptimos mas se objectivos não forem o mais próximo possível da realidade, não se poderá concluir nada. Para além das metas a atingir, também é fundamental uma avaliação de como está a decorrer a intervenção. Se esta for efectuada de forma eficaz e regular os resultados finais serão, sem dúvida, mais realistas. Penso que a afirmação correcta será: A avaliação do processo é extremamente necessária!"

Projecto com seguimento, mas adaptado
"Não sei se se poderá chamar continuidade, talvez mais uma adaptação. Uma vez que o "Risco no Risco" está inserido na Escola da Floresta, as turmas continuam com as actividades escolares regulares, no entanto, em termos de recursos humanos e financeiros a situação será bastante diferente, terá que se efectuar uma adaptação de acordo com os recursos disponíveis. Mas sem dúvida que o projecto deixa as suas marcas e óptimos instrumentos de trabalho futuro."

Entidade Promotora: Brinquinharias Associação
Projecto: A Aventura de S.E.R. – Saber, Encorajar e Realizar
Rui Miguel Sobral, Sónia Esteves e Andreia Veríssimo

Caracterização e Objectivos
"Tendo em consideração um trabalho dirigido para uma população-alvo vulnerável, perante os factores familiares e sociais que envolvem as Crianças e Jovens, que podem ser precursores do consumo precoce de SPA, o Projecto orienta a sua intervenção para a promoção dos factores de protecção perante o consumo. Reforça o papel da Escola como um símbolo de referência para o desenvolvimento integrado das crianças e jovens, são levadas a cabo intervenções que têm como objectivo reforçar a vinculação dos alunos a esta instituição, diminuir e prevenir situações de absentismo e abandono escolar precoce e minimizar situações de exclusão social. Neste contexto, procuramos incutir, em conjunto com os professores e alunos, uma dinamização do espaço escolar, procurando promover o envolvimento de todos os elementos da comunidade escolar, com a intenção de constituir um ambiente favorável para as aprendizagens, para a integração social dos alunos e para a definição de um Projecto de Vida. Perante a falta de informações, por parte dos alunos, sobre a temática das SPA e os contextos de risco em que estão inseridos, torna-se premente definir estratégias de intervenção, que preconizam a capacitação das Crianças e Jovens de instrumentos protectores face à problemática dos consumos. Assim, a intervenção preventiva compreende a prossecução de iniciativas tendentes a promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e disseminar informações sobre as SPA e seus efeitos, de modo a fomentar o autocontrole e a resistência individual perante a oferta de drogas. Assumindo a importância do envolvimento parental nas questões relacionadas com os seus educandos, o Projecto procura sensibilizar pais e encarregados de educação para questões em matéria de infância e juventude. Este objectivo compreende a promoção do diálogo entre pais e filhos e a prestação de apoio emocional efectivo às crianças, de modo a prevenir ou minimizar os efeitos dos problemas identificados na população-alvo."

Intervenção no meio escolar
"A intervenção do Projecto baseia-se no desenvolvimento de actividades e estratégias de natureza preventiva em meio escolar, considerando que a actuação neste contexto privilegiado constitui uma medida de apoio integrado, centrado na Criança, preconizando acções no âmbito da promoção da educação, da saúde e da prevenção de comportamentos de risco e da exclusão social. As acções são implementadas perante o princípio da participação activa do corpo docente das Escolas, considerando uma intervenção em contexto sala de aula, que vá ao encontro de uma complementaridade do trabalho desenvolvido pelo Professor(a) titular e da consolidação dos objectivos recíprocos. Neste sentido, a Equipa Técnica procura enquadrar as actividades propostas aos conteúdos dos Programas Curriculares das Áreas Disciplinares, pelo que se propõem acções que permitam a consolidação de conteúdos previstos nos programas, recorrendo à coordenação de estratégias diversificadas. Procura-se que as actividades desenvolvidas com os alunos tenham sobretudo um carácter lúdico-pedagógico, de forma a garantir a motivação destes na sua implementação e a melhor integração dos conteúdos trabalhados. São promovidas sessões de esclarecimento e sensibilização, com a intenção de promover a interiorização de conhecimentos por parte dos alunos e desenvolver uma atitude crítica perante o consumo, preconizando a educação dos indivíduos para que sejam capazes de manter relações responsáveis com as substâncias e retardar a idade de início do consumo. Para efeitos de ser desenvolvida uma intervenção mais eficaz e com melhores resultados, surge a necessidade de promover a articulação entre várias entidades e serviços de apoio, internos e externos à Escola, visando estabelecer dinâmicas de intervenção em grupo multidisciplinar e complementar, no âmbito de apoiar as Crianças e promover competências precursoras dos factores de protecção perante o consumo de SPA. No âmbito do modelo sistémico, assumindo a importância do envolvimento activo de todos os elementos da comunidade, o Projecto procura também apoiar as Famílias no processo de capacitação de competências parentais e promoção de referências positivas, no processo de desenvolvimento dos seus educandos e na prevenção de comportamentos de risco. Estas iniciativas procuram incitar a uma maior proximidade dos Encarregados de Educação à Escola, e são complementadas através de actividades e visitas de estudo que envolvem a interacção dos alunos com equipamentos e serviços sociais da Comunidade e os seus elementos. A intervenção é dirigida a Crianças e Jovens integrados em estabelecimentos de ensino do 1º Ciclo do Ensino Básico, do 3º Ciclo e do Ensino Profissional (Ensino Secundário)."

Evolução e êxito de participação
"Apesar de alguns constrangimentos verificados no início do projecto, os quais exigiram à Equipa Técnica uma reestruturação do mesmo, este conseguiu alcançar uma evolução positiva. O projecto tem conseguido alcançar reconhecimento por parte da maioria dos elementos das escolas e entidades parceiras, constituindo-se como mais-valia para o trabalho dos professores com os alunos. Toda a Equipa Técnica tem feito um esforço para esclarecer todos os agentes sobre a intervenção proposta, apresentando o Projecto como um recurso da Escola, de forma a constituir-se como um parceiro dos professores, para proveito dos alunos. A receptividade dos alunos tem-se revelado muito positiva, sendo que as estratégias de carácter lúdico-pedagógico garantem a participação activa e interessada de todos os elementos. É de realçar também que se tem verificado uma receptividade crescente por parte da maioria dos professores, que mostram iniciativa de se envolver nas actividades e contribuir para a consolidação dos objectivos. Este factor tem contribuído para que os professores se constituam como uma população alvo estratégica importante, visto que o interesse demonstrado pelos próprios se vai repercutir na motivação que vão transmitir aos alunos. Desta forma, o Projecto tem vindo a garantir uma participação muito positiva por parte dos Alunos, com a colaboração dos Professores, dos Auxiliares de Acção Educativa, dos Técnicos das entidades parceiras e elementos da comunidade."

Continuidade
"As acções levadas a cabo prevêem na sua concepção que seja dada continuidade a algumas dimensões do projecto, através da implicação dos professores, de modo a garantir alguma sustentabilidade da intervenção através da integração de matéria temática SPA nos programas curriculares."

Procuramos incutir, em conjunto com os professores e alunos, uma dinamização do espaço escolar, procurando promover o envolvimento de todos os elementos da comunidade escolar, com a intenção de constituir um ambiente favorável para as aprendizagens, para a integração social dos alunos e para a definição de um Projecto de Vida.

Neste momento estamos a preparar propostas para garantir a sustentabilidade. Nas escolas onde se realizou existem já práticas que foram assumidas e certamente terão continuidade no futuro. Esta questão da prevenção primária de certeza que será uma preocupação das comunidades educativas nos próximos anos lectivos. Aos poucos o projecto foi ganhando o seu espaço nas duas comunidades educativas em que vem intervindo, sendo que actualmente está enquadrado no plano curricular das turmas.

Entidade Promotora: Santa Casa da Misericórdia da Amadora, Amadora
Projecto: Crescer a Saber
Manuel Girão

Crescer a Saber

"É um projecto de intervenção que, de uma forma apelativa, criativa e pedagógica, procura desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis. Neste sentido, apresenta-se como uma intervenção primária extremamente importante para a promoção de factores de protecção e minimização de factores de risco, sempre numa perspectiva sistémica e comunitária."

Objectivos do PIF Crescer a Saber

"Implementar dinâmicas de informação e prevenção para a comunidade educativa;
Promover factores preventivos e de protecção no contexto escolar através de acções de grupo, junto dos adolescentes, e do acompanhamento individualizado;
(In)formar e desenvolver competências nos pais dos adolescentes envolvidos para assumirem papel de agente de protecção e prevenção do consumo e abuso de substâncias psicoactivas;
(In)formar professores dos adolescentes envolvidos para assumirem papel de promotores de factores de protecção e prevenção em contexto de aula e comunidade educativa."

Segmento-alvo

"Aos jovens adolescentes de duas turmas da Escola Almeida Garrett e de duas turmas da Escola Luís Madureira, bem com à comunidade escolar envolvida (pais e professores)."

Evolução do projecto com continuidade

"Aos poucos o projecto foi ganhando o seu espaço nas duas comunidades educativas em que vem intervindo, sendo que actualmente está enquadrado no plano curricular das turmas."

Receptividade e participação da população alvo

"O projecto tem tido uma boa adesão dos jovens nas suas várias vertentes. Quanto aos pais e professores, a sua adesão tem sido instável, existindo pouca disponibilidade para participarem nas actividades propostas. No entanto, há que realçar um grupo de pais e um de professores revelam-se activos e interessados. São sementes para um futuro que se pretende mais activo e interessado destes dois grupos."

Instrumentos de avaliação

"A avaliação do projecto é feita por uma entidade externa: CIDATER, que elabora instrumentos que permitem fazer um levantamento das actividades desenvolvidas, bem como o impacto que estas têm na população, nomeadamente: relatórios de progresso, questionários de avaliação (actividades de exterior, sessões de formação, sessões de prevenção em aula, sessões públicas de comportamentos saudáveis, acompanhamento individual)."

Troca de experiências entre PIF's

"A equipa teve a oportunidade de estabelecer um contacto pontual com alguns técnicos da Pressley Ridge, que dinamiza o projecto P.E.S. P' Andar: prevenir, educar e socializar, no qual foi dado a conhecer algumas das dinâmicas desenvolvidas e dificuldades sentidas."

Modelo Lógico e Avaliação

"Concordamos com o Modelo Lógico do PIF. A avaliação ao projecto é fundamental. Só ela nos permite identificar no trabalho desenvolvido os seus pontos mais fortes e aqueles que necessitam de ser melhorados."

Continuidade e sustentabilidade

"As organizações da parceria têm procurado criar sustentabilidade e disseminar esta iniciativa para outras escolas, mas é sempre um percurso difícil. Acreditamos que parte da população-alvo (alunos e professores) não deixarão cair a essência do projecto no vazio. Neste momento estamos a preparar propostas para garantir a sustentabilidade. Nas escolas onde se realizou existem já práticas que foram assumidas e certamente terão continuidade no futuro. Esta questão da prevenção primária de certeza que será uma preocupação das comunidades educativas nos próximos anos lectivos."

Entidade Promotora: Desafio Jovem, Loures
Projecto: Entrecasas
Erica Mira

Caracterização do Projecto
"O Entrecasas é um projecto no âmbito do PIF que, dentro da temática da prevenção das Toxicodependências, intervém na família e nos seus sub-sistemas, numa relação de grande proximidade no terreno, "dentro das casas". Partimos do pressuposto de que é no seu seio que se geram as atitudes e crenças sobre as dependências e as substâncias, base dos comportamentos, constituindo-se esta o pilar básico de socialização da criança e do adolescente. Além disso, a família é o seu próprio motor de mudança já que, antes de qualquer intervenção, é a própria família que identifica as suas potencialidades e as suas dificuldades. Com base nesta análise, são elaborados os objectivos que a própria família quer alcançar e o ritmo a que os quer atingir. O Entrecasas é um modelo de intervenção centrado na família, em que é ela própria que muda de "dentro" para "fora", recorrendo aos seus próprios recursos, sendo nós apenas agentes facilitadores da mudança."

Objectivos Entrecasas
"Diminuir o uso/abuso de substâncias psicoactivas na população-alvo; Melhoria das relações familiares; e desenvolvimento das competências pessoais e sociais dos membros da família."

Acções
"As nossas actividades foram estruturadas em torno dos grupos-alvo e do contexto em que estão inseridos. Assim procuramos trabalhar, simultaneamente, cada grupo especificamente (filhos/pais ou cuidadores) e os grupos em conjunto (a família). Assim, temos actividades só para os filhos: os programas de prevenção e promoção de competências nas escolas (EB1 e EB2,3); as sessões para os filhos das famílias acompanhadas – crianças e adolescentes no nosso gabinete; actividades só para pais: Sessões de formação parental; para as pessoas de mais idade ou que não se encontram a trabalhar temos uma actividade semanal de promoção de competências pessoais e sociais, promoção da saúde e do convívio; Por fim, actividades para a família: fins-de-semana da saúde onde com toda a família trabalhamos as temáticas da saúde, comunicação e disciplina; a monitorização da família com as visitas domiciliárias; e os atendimentos em gabinete (acompanhamento psicológico e psicopedagógico)."

30 famílias
"A intervenção destina-se a 30 famílias em situação de vulnerabilidade, residentes na freguesia do Prior Velho. Inicialmente foi feita a divulgação do Entrecasas pela freguesia e, a partir desse momento, muitas famílias recorreram ao nosso gabinete. Foi feita a triagem de acordo com os critérios estabelecidos (presença de factores de vulnerabilidade; não participação em programas de prevenção da toxicodependência) de onde foram seleccionadas grande parte das famílias com as quais estamos a trabalhar actualmente. Algumas das famílias também são sinalizadas pelas escolas onde temos os programas, pela CPCJ e pela Junta de Freguesia."

Um grande desafio
"Como qualquer programa de intervenção na comunidade, os desafios apareceram. Inicialmente o primeiro obstáculo que tivemos de enfrentar foi a necessidade de divulgar o projecto pelas famílias que dele beneficiariam. Para isso, como já foi referido, tivemos de "arregaçar as mangas" e fazer-nos conhecidos na freguesia, inclusive no bairro. As famílias começaram a criar relação com a equipa e a pouco e pouco as barreiras foram sendo ultrapassadas. Neste momento, a comunidade já reconhece o Entrecasas como um recurso importante e indispensável."

Dificuldades
"Um trabalho que envolva trabalhar a mudança na vida das pessoas traz obviamente dificuldades e resistências. O estabelecimento da relação com as famílias é um passo muito importante para garantir todo o trabalho subsequente. Com algumas famílias este processo foi mais lento, com outras mais desafiante, mas com todas requereu um investimento muito grande da parte da equipa. O primeiro indicador de sucesso é a relação que se estabelece entre a família e o gestor da mesma. Depois de ultrapassada esta fase inicial, a adesão das famílias é grande e possibilita uma intervenção mais estruturada onde os resultados começam a surgir. Nesta fase ainda não temos o processo de avaliação terminado mas podemos ver uma evolução muito significativa nas famílias com as quais temos trabalhado principalmente na organização familiar, na capacidade de comunicação e na resolução de conflitos no seio da mesma."

Instrumentos de avaliação
"A nossa avaliação além de ter uma componente qualitativa, depende de uma bateria de testes que têm de ser aplicados às famílias com que trabalhamos. Salientamos aqui um instrumento base do nosso trabalho a que chamámos PIAF (Plano de individual de apoio à família). Este é dos primeiros instrumentos a ser utilizado. Serve para que a própria família se caracterize e depois identifique as suas potencialidades e dificuldades enquanto família. A partir desta análise compõem-se os objectivos de trabalho a curto e a longo prazo, fica ainda registada a importância destes objectivos para a família. Neste instrumento vão sendo registadas as datas em que os objectivos são atingidos e são elaborados outros que vão surgindo. Este carácter versátil faz deste instrumento um óptimo recurso de avaliação da evolução da família e acompanha a família ao longo de toda a intervenção. No final todos os elementos da família presentes assinam o documento inclusive as crianças."

Contactos com outras realidades
"A troca de experiências é essencial por isso, além das reuniões promovidas pelo próprio IDT, o projecto Raízes, porque assenta no mesmo modelo de base que o Entrecasas, tem sido uma óptima fonte de discussão e de enriquecimento na partilha de experiências que tem sido realizada."

Continuidade será possível
"Quando trabalhamos com pessoas, neste caso famílias, num modelo centrado na família e que por isso tem a relação como base para a mudança, dois anos tornam-se muito curtos. Numa intervenção como a do PIF, as pessoas não são números, mas são rostos, as famílias não são apenas uma base de experimentação, mas conhecemo-las pelos nomes, são casas que se transformam em lares! Nesse sentido, o Desafio Jovem está a fazer todos os possíveis para que se dê continuidade à intervenção. Por outro lado, a receptividade quer das famílias quer dos parceiros foi fundamental para demonstrar a pertinência e necessidade desta intervenção na freguesia. Neste momento, temos já um espaço cedido pela Junta de Freguesia do Prior Velho para que possamos dar continuidade ao Entrecasas. Esta disponibilidade mostra a vontade de dar seguimento ao trabalho iniciado e tudo será feito nesse sentido."

"A nossa avaliação além de ter uma componente qualitativa, depende de uma bateria de testes que têm de ser aplicados às famílias com que trabalhamos. Salientamos aqui um instrumento base do nosso trabalho a que chamámos PIAF (Plano de individual de apoio à família).

Os educadores encontram-se com os utentes/ trabalhadores (de todas as idades) dos espaços lúdicos e iniciam uma relação informal favorável à transmissão de mensagens e ao questionamento do sentido dos consumos. Para além disso, distribuímos diversos materiais preventivos (por exemplo, flyers informativos das SPA, preservativos masculinos e femininos, lubrificantes, chupas e água) e procedemos à despistagem da taxa de alcoolemia nas zonas envolventes da acção (normalmente à saída das zonas de bares, discotecas e festas).

Entidade Promotora: Conversas de Rua, Lisboa
Projecto: Lisboa – Noite Segura
Andreia Alves

O Projecto
"O "Lisboa – "Noite Segura" da Conversas de Rua - Associação é um projecto de redução de riscos e minimização de danos do consumo de substâncias psicoactivas em contextos recreativos, o qual decorre desde 2007 no concelho de Lisboa, no âmbito do Programa de Intervenção Focalizada (PIF) – financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência. A redução de riscos e minimização de danos traduz-se num conjunto de metodologias utilizadas com vista a reduzir ou minimizar as consequências negativas do uso de substâncias psicoactivas (vulgo drogas), incorporando um espectro de estratégias desde o uso seguro, ao lidar com o uso e o abuso, passando pela questão da abstinência."

Objectivos
"Este projecto tem como objectivos encontrar, a longo prazo, técnicos formados capazes de disseminar e formar novas equipas de redução de riscos e de danos; contribuir para as boas práticas por parte dos trabalhadores envolvidos nos contextos recreativos; contribuir para a promoção de competências de vida que levem à mudança de comportamentos e atitudes face aos consumos em consumidores de SPA (Substâncias Psicoactivas), em contextos recreativos; informar os consumidores sobre as formas seguras de consumo e distribuir material de redução de danos; prevenir ou minimizar os policonsumos; prevenir as doenças infecto-contagiosas ligadas a padrões de comportamento destes consumidores; promover um trabalho integrado entre os técnicos da equipa dos serviços de Saúde, polícias, autarcas, indústria da noite, os media e a população alvo directa e estratégica; contribuir para a construção de guidelines de boas práticas para trabalhadores e proprietários de bares e discotecas, e produtores de festas."

Actividades
"Como metodologia utilizamos o Trabalho Educativo de Rua. Os educadores encontram-se com os utentes/ trabalhadores (de todas as idades) dos espaços lúdicos e iniciam uma relação informal favorável à transmissão de mensagens e ao questionamento do sentido dos consumos. Para além disso, distribuímos diversos materiais preventivos (por exemplo, flyers informativos das SPA, preservativos masculinos e femininos, lubrificantes, chupas e água) e procedemos à despistagem da taxa de alcoolemia nas zonas envolventes da acção (normalmente à saída das zonas de bares, discotecas e festas). Em caso de consumo abusivo crónico, procuramos acompanhar e encaminhar, se necessário, para centros de tratamento especializado. Também intervimos em caso de consumos excessivos pontuais, aplicando técnicas de socorrismo e de suporte psicológico."

Intervenção junto dos jovens
"Destina-se aos adolescentes, jovens e adultos que frequentam as áreas de diversão nocturna, discotecas, bares, after-hours e espaços envolventes ou de chill-out, aos proprietários e restantes trabalhadores de bares, discotecas e produtores de festas, Dj's, na zona de Lisboa."

Balanço do projecto
"Tem evoluído de uma forma muito positiva. O projecto iniciou-se em apenas alguns bares e discotecas, tendo, ao longo do tempo, vindo a alargar-se a outros locais de intervenção, a pedido dos proprietários, barman's, Dj's e até dos frequentadores que querem ver o seu espaço de lazer "mais protegido". Além disso, no decorrer da nossa intervenção, temos trabalhado cada vez mais com organizadores de festas que sentem que o nosso trabalho é essencial no seu evento, para que este inclua também uma vertente social e de saúde."

Receptividade Positiva
"A receptividade por parte da população-alvo tem sido bastante boa. O facto de utilizarmos uma linguagem desprovida de preconceitos ou de juízos de intenção e de atitudes moralistas facilita o diálogo com o outro, reforçando, assim, a criação de uma relação de confiança. É bastante interessante apercebermo-nos de que, quando passamos algum tempo sem ir a um bar ou discoteca (porque se passou mais tempo num outro espaço ou porque surgiu um festa), as pessoas notam a nossa ausência, comentando, quando vêm os Educadores: «Então? Estivemos aqui à vossa espera, até trouxemos uns amigos para lhes darem umas dicas e uns preservativos»."

Instrumentos de avaliação do projecto
"Semanalmente, organizamos reuniões de equipa em que se elaboram actas semanais com informação sobre o que se fez no terreno, uma base de dados com o material distribuído, um Diário de Bordo em que se realiza a escrita de casos acompanhados. Desenvolvemos ainda guiões para o Focus Grupo, um grupo de frequentadores que se reúne três vezes para avaliar o projecto, bem como uma grelha SWOT (FOFA) e questionários PIF."

Modelo Lógico do PIF
"Sim, o modelo de construção e execução do PIF é inteiramente adequado ao desenvolvimento dos projectos actuais."

Avaliação necessária
"Sim, sempre. Pois só assim conseguimos, por um lado, saber se o projecto está a ter resultados positivos, e por outro, na eventualidade de existirem aspectos negativos, efectuar as devidas alterações. E é sempre importante existir uma visão exterior dos projectos."

Expectativas a favor do seguimento do projecto
"A esperança é a de que haja continuidade, pois os resultados obtidos até ao momento foram bastante positivos. Nunca será um trabalho perdido, pois as pessoas com quem temos vindo a intervir durante estes dois anos já têm a informação e já sabem onde podem actualizá-la. Mas a noite acolhe muita gente, e muita gente nova e diferente, assim como novas substâncias, pelo que é fundamental que as pessoas continuem a ter a oportunidade de encontrar Educadores de Rua na noite dispostos a responder às suas dúvidas e curiosidades, e a ter acesso ao material fornecido por estes."

Entidade Promotora: Conversas de Rua, Lisboa
Projecto: Ocidental – Noite Segura
João Pedro Amaro

Ocidental – Noite Segura
"Este é um projecto de prevenção selectiva e indicada a indivíduos com padrões de consumo de substâncias psicoactivas (SPA) em contextos recreativos que decorre desde 2007 nos concelhos de Cascais, Sintra e Mafra, no âmbito do Programa de Intervenção Focalizada e promovido pelo IDT e pela associação Conversas de Rua. A nossa intervenção incorpora um espectro de estratégias de redução de riscos e minimização de danos – baseadas em evidência científica – com vista a reduzir ou minimizar as consequências negativas do consumo de SPA e estas vão desde o saber lidar com o seu uso e abuso, passando também pela questão da abstinência. Para tal, recorremos a diversas metodologias de proximidade com carácter informal, como o Trabalho Educativo de Rua (TER) e a Educação pelos Pares. É importante salientar que a componente essencial desta intervenção não é a distribuição de materiais e informações, mas antes a construção de relações de confiança que permitam promover a partilha de conhecimentos e ignorâncias, bem como a reflexão."

Objectivos
"O principal objectivo da nossa intervenção tem sido o de contribuir para a promoção de competências dos consumidores de SPA em contextos recreativos que levem à mudança de comportamentos e atitudes face ao consumo e à sexualidade de risco, a qual, por vezes, acompanha esse mesmo consumo (isto é, informar e reflectir sobre as características das SPA e formas mais seguras de consumo, prevenir ou minimizar os policonsumos, prevenir as doenças infecto-contagiosas). Também temos como objectivo a formação de técnicos capazes de disseminar e formar novas equipas de redução de riscos e minimização de danos."

Na noite ao encontro dos jovens
"A nossa equipa de educadores vai semanalmente (de quarta a sábado) ao encontro de consumidores de SPA em contextos recreativos, iniciando e/ou desenvolvendo uma relação informal propícia à passagem de mensagens e, por vezes, ao questionamento do sentido dos consumos, sempre com uma linguagem despida de preconceitos ou de juízos de intenção e de atitudes moralistas. Para além disso, distribuem diversos materiais preventivos (como flyers sobre SPA, preservativos, lubrificantes, chupas) e fazem a despistagem da taxa de alcoolemia nas zonas envolventes da acção, normalmente à saída das zonas de bares, discotecas e festas. Em casos de consumos problemáticos, tentam acompanhar e encaminhar, se necessário, para equipamentos habilitados na área da saúde e na área social (centros de tratamento) – tendo sempre em atenção a especificidade do indivíduo e o contexto. Também actuam em casos de consumo excessivo pontual, aplicando técnicas de socorrismo e de suporte psicológico (talk down).
Em algumas ocasiões, organizamos encontros diurnos com consumidores oriundos de diversos contextos recreativos com o objectivo de reflectir sobre temas relacionados com a nossa intervenção e recolher indicadores de avaliação. Formamos também frequentadores (i.e., pares) de espaços recreativos com o objectivo de eles próprios se tornarem educadores nas nossas equipas de rua e agentes de mudança na comunidade local."

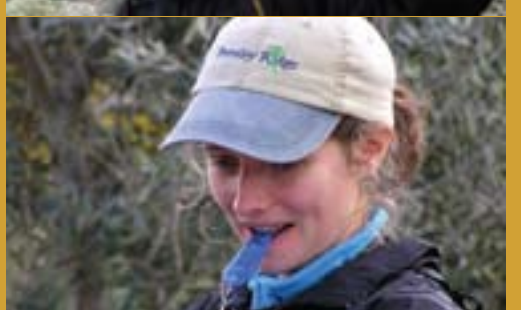
Frequentadores da Noite
"Todos os pré-adolescentes, adolescentes, jovens e adultos que frequentem áreas de diversão nocturna como discotecas, bares, cafés, discotecas, festas, concertos e espaços envolventes, nos concelhos de Cascais, Sintra e Mafra. Para além disso, incidimos também a nossa intervenção junto dos proprietários de bares, discotecas e restantes trabalhadores nos espaços de diversão, assim como dos organizadores de festas, pois são uma população-alvo estratégica para a disseminação de conhecimentos."

"Interviemos junto de 31 mil pessoas"
"Começámos com a constituição e formação da equipa, observação dos terrenos de intervenção, bem como estabelecimento de parcerias com os responsáveis de estabelecimentos e organizadores de festas. Actualmente, percorremos a faixa ocidental que vai de Estoril à Ericeira e trabalhamos semanalmente em mais de 30 estabelecimentos de diversão como cafés, bares e discotecas, mas também concertos, festivais, festas universitárias, festas de música electrónica (legais e ilegais) e zonas envolventes. Por conseguinte, recorrendo a uma equipa de educadores de rua móvel, conseguimos implementar e desenvolver os pilares essenciais deste projecto junto de frequentadores e trabalhadores de contextos recreativos da área geográfica contemplada, não obstante consideramos que somos apenas uma pequena gota no mar de necessidades de intervenção que estes três concelhos comportam. Ainda assim, segundo os dados quantitativos monitorizados durante o ano de 2008, a equipa Ocidental – Noite Segura interveio junto de mais de 31 mil pessoas."

Forte aceitação da população-alvo
"Há uma enorme receptividade por parte da maioria da população-alvo, principalmente depois de esta se aperceber do cariz não moralista da nossa intervenção, bem como do respeito pelos princípios do anonimato e livre adesão. Ao longo do projecto, temos constatado que muitos dos consumidores recorrem aos educadores de rua para esclarecerem dúvidas, fornecerem sugestões de intervenção e, tendo em conta as suas necessidades, solicitarem materiais preventivos que consideram ser prioritários. Somos igualmente bastante solicitados no sentido de efectuarmos intervenções em eventos e festas organizados quer por frequentadores quer pelos próprios estabelecimentos. Contudo, muitos são os bares, discotecas e festas que não podemos abranger neste projecto devido à ausência de meios."

Resultados à vista!
"Nunca será um trabalho perdido. Temos a esperança de que haja continuidade e que os resultados sirvam para delinear novos programas com horizontes temporais mais alargados. As intervenções realizadas nesta área precisam de estabilidade e profundidade quer para formar técnicos competentes quer para transformar atitudes e comportamentos de risco demasiado enraizados na nossa sociedade."

Ao longo do projecto, temos constatado que muitos dos consumidores recorrem aos educadores de rua para esclarecerem dúvidas, fornecerem sugestões de intervenção e, tendo em conta as suas necessidades, solicitarem materiais preventivos que consideram ser prioritários. Somos igualmente bastante solicitados no sentido de efectuarmos intervenções em eventos e festas organizados quer por frequentadores quer pelos próprios estabelecimentos.



Entidade Promotora: Pressley Ridge Portugal, Lisboa
Projecto: P.E.S. P' andar: Prevenir, Educar e Socializar
Patrícia Sarmento, Ana Vaz, Celestino Cunha, Kátia Almeida, Nuno Fazenda, Steven Kozak, Susana Bernardo

PES P' Andar
"Pretende responder a uma vulnerabilidade social identificada pela Câmara Municipal da Amadora e Junta de Freguesia da Damaia, parceiras deste projecto. Esta vulnerabilidade advém do facto dos jovens que participam neste programa residirem num bairro socio-economicamente desfavorecido; pertencerem a uma minoria étnica e imigrante; terem familiares que abusam de substâncias psicoactivas; apresentarem dificuldades sociais e escolares, factores considerados de risco do consumo de substâncias psicoactivas (álcool, droga, tabaco, etc.) e de outros problemas associados. A maior parte da nossa intervenção desenvolve-se na comunidade de residência dos jovens no bairro da Estrada Militar do Alto da Damaia, a partir de um centro comunitário – a Loja Social."

Objectivos
"Promoção de competências pessoais e sociais e a adopção de estilos de vida saudáveis, de forma a prevenir o consumo de substâncias psicoactivas e outros comportamentos de risco, por parte dos jovens que nele participam. Pretende também apoiar os encarregados de educação na sua relação com os jovens e capacitá-los para responder a dificuldades que habitualmente surgem na adolescência. A nossa intervenção desenvolve-se em quatro eixos: 1) programa ocupacional de reeducação e de competências pessoais e sociais para jovens vulneráveis, no período pós-escolar; 2) programa de desenvolvimento de competências parentais; 3) programa de promoção de estilos de vida saudáveis nas escolas e 4) informação e sensibilização de substâncias psicoactivas, transversal aos eixos anteriores."

3 grupos-alvo
"1) 50 jovens vulneráveis residentes no Bairro da Estrada Militar do Alto da Damaia; 2) suas famílias e 3) 1500 alunos, 30 professores e outros profissionais das escolas Dr. Azevedo Neves e Pedro d'Orey da Cunha. A constituição dos grupos de jovens vulneráveis teve em consideração a intervenção realizada em anos anteriores ao início do P.E.S., no âmbito de um outro projecto comunitário coordenado pela Junta de Freguesia da Damaia, já com a participação da Pressley Ridge Portugal. Assim, em 3 grupos de jovens (dos 12 aos 18 anos) manteve-se uma formação idêntica à daquela intervenção. Criou-se entretanto um novo grupo de jovens, entre os 10 e os 11 anos. Estes jovens foram identificados com o apoio da assistente social da Junta de Freguesia da Damaia e frequentavam, no ano lectivo 2006/07, o ATL Sol de Abril. O programa de desenvolvimento parental foi apresentado a todas as famílias dos jovens que frequentam o programa de competências e os participantes foram seleccionados com base no interesse que demonstraram por esta actividade. Em ambas as escolas referidas foi apresentado o programa de promoção de estilos de vida saudáveis aos professores de Área Projecto e/ou Formação Cívica. Os professores interessados procuraram motivar as turmas para o desenvolvimento de projectos a implementar nas respectivas comunidades escolares."

Evolução do projecto
"Existem três aspectos que nos têm permitido manter e melhorar a qualidade da intervenção e têm feito a diferença. A supervisão interna tem permitido aos reeducadores psicossociais (técnicos que trabalham directamente com os jovens) encarar e responder cada vez melhor às necessidades dos jovens, contribuindo para uma evolução positiva do comportamento destes (eg., houve um aumento significativo das competências sociais do 1º para o 2º período do ano passado: $t(23)=3.27$, $p=.003$). Outro factor chave é a avaliação do processo e de resultados que tem permitido aferir e reorientar alguns aspectos relacionados com a implementação do projecto. Por fim, o balizamento, acompanhamento e apoio da equipa PIF tem sido um importante orientador do nosso trabalho. A disponibilidade da equipa e a criação de algumas ferramentas, como por exemplo o blogue, têm permitido a troca e actualização de informações úteis entre as entidades parceiras e projectos PIF."

PIF – Mais-valia para a população
"A Loja Social existe há já 5 anos neste Bairro e tem vindo a cultivar uma boa relação com a vizinhança, através de um conjunto de actividades da responsabilidade da Junta de Freguesia, da Câmara Municipal da Amadora e da Pressley Ridge. A grande maioria dos habitantes vê os serviços prestados neste centro como uma mais-valia para a população do Bairro. Quanto à participação dos jovens no programa de competências, a média da assiduidade durante o primeiro ano foi de 69%, no conjunto dos 4 grupos (o que é considerado bastante positivo para programas de competências sociais de participação voluntária). Estão inscritos 13 encarregados de educação no programa de formação parental, iniciado no 2º ano do projecto. Destes, 9 têm tido uma participação mais regular, com uma média de 60 por cento. Existe uma boa relação com todos os encarregados de educação, que sentem na formação um momento de aprendizagem e de valorização pessoal. Relativamente à intervenção no primeiro ano em ambas as escolas, 438 alunos de 6 turmas do 6º ao 10º ano desenvolveram e implementaram um total de 22 projectos no âmbito da promoção de uma vida saudável, com a coordenação de 20 professores e o apoio da equipa do P.E.S. P' Andar."

Entidade promotora promete continuar trabalho
"A Pressley Ridge Portugal já iniciou várias acções no sentido de permitir a continuidade desta intervenção, quer através de actividades de fundraising (contratando para o efeito uma pessoa responsável pelo marketing), como através da candidatura a outros programas de financiamento. No passado dia 8 de Abril, numa iniciativa conjunta com a Pressley Ridge Hungria, submetemos o projecto "Project Venture: from vulnerable youth to future leaders" ao programa da Comissão Europeia, Drug Prevention and Information Programme. Pela intensidade e amplitude da intervenção já realizada neste Bairro – com cerca de 70 jovens ao longo de 5 anos - consideramos que o apoio do PIF, ao longo destes últimos dois, permitiu ganhar mais uma "etapa". É essencial, no entanto, haver algum tipo de continuidade na resposta às necessidades existentes neste Bairro, que está sujeito a uma grande estigmatização e desprotecção sociais."

Entidade Promotora: Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social, Ponte de Sor
Projecto: Projecto Raízes
Tânia Espadinha

Projecto Raízes e objectivos
"É dirigido a famílias que pela sua desorganização e disfuncionalidade se encontram numa situação de vulnerabilidade e risco para o uso/abuso de substâncias psicoactivas. Acreditamos na família, como um sistema relacional, onde a prevenção deverá acompanhar o curso desenvolvimental das interacções familiares, visto ser dentro desta que se desenvolvem os valores e atitudes face ao consumo de substâncias, constituindo assim a base da relação da criança/adolescente com o seu meio envolvente. A grande meta do projecto consiste em desenvolver um conjunto de competências pessoais, sociais e parentais que sejam integradas pelas famílias, no sentido de produzir mudanças nos padrões de vida das mesmas e quebrar o ciclo de marginalização e delinquência nas gerações futuras. Os objectivos gerais subjacentes ao projecto consistem em: promover a aquisição e integração de competências pessoais, sociais e parentais no quotidiano da vida familiar e social do grupo alvo de intervenção; diminuir a incidência e prevalência do consumo de substâncias psicoactivas nas famílias alvo de intervenção; e desenvolver competências pessoais, sociais, parentais e cientificas no grupo de mediadores que constitui o público-alvo estratégico neste projecto."

Promoção de um leque diversificado de actividades
"Tendo em conta a especificidade das famílias intervencionadas. Estas actividades podem ser categorizadas por áreas distintas: Actividades de Coaching Parental, através da Acção "Viver em Família" a qual consiste no acompanhamento sistemático das famílias nos seus contextos naturais (ex: domicílio) por parte do técnico de intervenção familiar o qual visa facilitar a emergência assim como o reforço das competências adquiridas no decorrer das acções do projecto; Actividades de Treino de Competências Pessoais e Sociais para as crianças e jovens das Famílias intervencionadas através do Crescer a Brincar para crianças dos 6-12 anos e o Programa de Desenvolvimento Sócio-Afectivo para jovens dos 13-18 anos; Actividades de Formação e de desenvolvimento de competências para as famílias que visam a passagem de informação acerca do uso/abuso de substâncias e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de apoio à vida familiar, nas quais se incluem o PET- Parent Efectivness Trainning – GATF, o Curso de Competências de Apoio à Vida Familiar e o Programa de Prevenção do Consumo de Drogas na Família; Dinamização de grupos de auto-ajuda, um para pais, denominado Pais@Pais e o outro direccionado para toxicodependentes e alcoólicos e respectivas famílias denominado Café Convívio. Para além das actividades junto das Famílias desenvolvemos um conjunto de actividades de formação e treino para os técnicos de intervenção familiar, no sentido de desenvolver e consolidar competências de relação de ajuda essenciais para o desenvolvimento de uma boa intervenção junto das famílias."

23 Famílias-alvo
"Intervimos junto de 23 famílias sinalizadas e encaminhadas por um conjunto de estruturas de apoio social, as quais manifestam graves problemas de desorganização e um elevado grau de dificuldade em se estruturarem de forma a cumprir o seu papel social. Estas famílias vivem no perímetro urbano da cidade de Ponte de Sor, nomeadamente num bairro bastante problemático, Hortas do Laranjal."

Desenvolvimento do projecto
"O projecto tem-se desenvolvido de uma forma muito dinâmica e evolutiva onde as interacções entre técnicos e famílias, têm gerado um crescimento que tem potenciado a concretização dos objectivos do mesmo, tanto ao nível do desenvolvimento de competências parentais nas famílias visadas como no desenvolvimento de competências de relação de ajuda por parte dos técnicos."

"Evolução surpreendente"
"A população-alvo do projecto, apesar da sua heterogeneidade e especificidade, tem participado de uma forma bastante activa e interessada. Algumas das famílias mais marcadas pela disfuncionalidade e pela marginalização no contexto da nossa comunidade têm tido uma evolução surpreendente. Pela primeira vez, sentem que são valorizados e começam a acreditar nas suas competências e nas suas potencialidades. Começam a modificar os seus padrões comportamentais no sentido de proporcionar aos seus filhos uma vida diferente, que eles não tiveram oportunidade de viver. É de salientar que estas famílias estão profundamente marcadas na nossa comunidade por uma vida marginal e de delinquência essencialmente pelo consumo e tráfico de droga e por crimes associados."

Instrumentos de avaliação
"Os instrumentos de avaliação de resultados utilizados pelo projecto são: a Escala de Valores da Odete Nunes, o Questionário de famílias do IDT, a Escala S.E.R.T.H.U.A.L. de auto-estima, a Escala Faces II de coesão e adaptabilidade, e a Estratégia de Copping de Toulouse (instrumentos aplicados às famílias). No que diz respeito às crianças e aos jovens, os instrumentos aplicados são: o Questionário de estratégia de copping CRI-Y: R. H. Moos, o Questionário de auto-estima, adaptação do self-perception for children de Susana Harter, e o Questionário de jovens do IDT. Relativamente à avaliação de processo, estes baseiam-se essencialmente, no inquérito de triagem de famílias, a ficha de encaminhamento/sinalização, o inquérito de identificação de factores de risco, o registo diário das diferentes actividades, o relatório de actividades, a grelha de observação geral de actividades, e o inquérito de satisfação de cada acção."

Trocas de impressões entre PIF's
"Sim, essencialmente com os técnicos do projecto "Entrecasas", uma vez que constitui um projecto que assenta nos mesmos pressupostos e modelos teóricos. Essa troca de informação constitui uma mais-valia uma vez que nos permite enriquecer as nossas práticas no âmbito da intervenção familiar."

Futuro incerto
"O trabalho desenvolvido não pode ser considerado como perdido, mesmo que os PIF não tenham continuidade. O caminho que percorremos até aqui, contribuiu para o crescimento e desenvolvimento de uma equipa de intervenção social, que está mais preparada para desenvolver um bom trabalho junto das famílias e que alcançou o respeito e a cumplicidade necessárias para poderem ser agentes de mudança no seio destas."

Algumas das famílias mais marcadas pela disfuncionalidade e pela marginalização no contexto da nossa comunidade têm tido uma evolução surpreendente. Pela primeira vez, sentem que são valorizados e começam a acreditar nas suas competências e nas suas potencialidades. Começam a modificar os seus padrões comportamentais no sentido de proporcionar aos seus filhos uma vida diferente, que eles não tiveram oportunidade de viver. É de salientar que estas famílias estão profundamente marcadas na nossa comunidade por uma vida marginal e de delinquência essencialmente pelo consumo e tráfico de droga e por crimes associados.