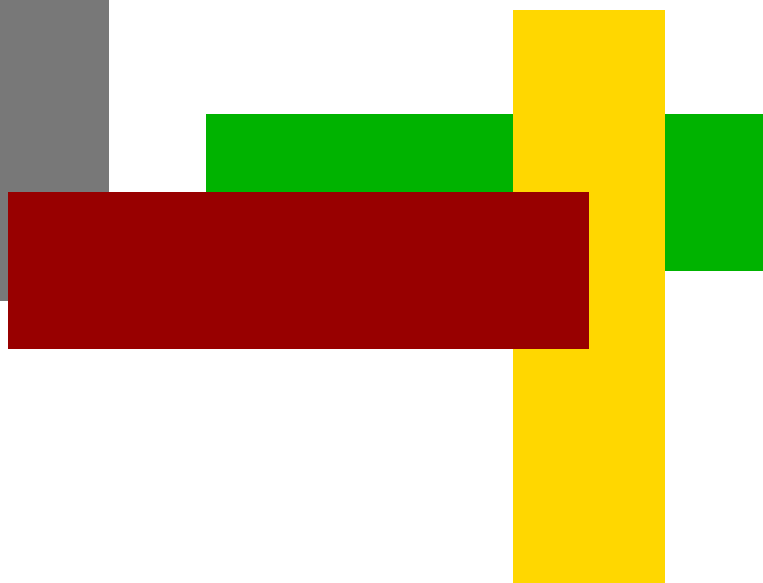


P O R I

PLANO OPERACIONAL DE RESPOSTAS INTEGRADAS



**Resumo do diagnóstico dos comportamentos aditivos
e das dependências de Gondomar**

CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS PORTO ORIENTAL
Porto, agosto de 2017



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Índice:

Índice de abreviaturas.....	1
1. Caracterização do território.....	2
2. Metodologia	4
3. Identificação dos Problemas.....	5
4. Hierarquização dos Problemas para o Território	8
5. Recursos do Território	10
6. Grupos alvo identificados e contextos associados.....	11
7. Identificação das Necessidades face aos problemas identificados	15
8. Propostas de Intervenção.....	17
9. Resultados pretendidos.....	20
10. Respostas no Território no âmbito dos CAD	21
11. Impacto dos Projetos no Território	22
Prevenção	22
Reinserção	22
Redução de Riscos e Minimização de Danos	24
Bibliografia	25

Índice de abreviaturas

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

PLA- Problemas Ligados ao Alcool

CMG – Câmara Municipal de Gondomar

EMAT – Equipa de Assessoria Técnica aos Tribunais

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

CSIF – Comissão Social Interfreguesias

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

CRI – Centro de Respostas Integradas

PRI – Programa de Respostas Integradas

DICAD – Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências

SPA – Substâncias Psicoativas

PSOBLE – Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência

CDT – Comissão de Dissuasão da Toxicodependência

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

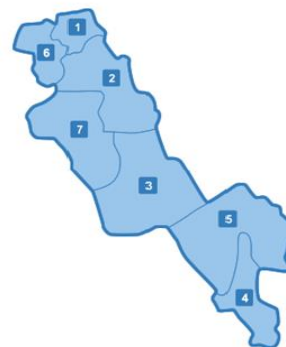
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

CHP – Centro Hospitalar do Porto

1. Caracterização do território

O concelho de Gondomar está integrado na Área Metropolitana do Porto (AMP), sendo considerado o 7º maior concelho em termos geográficos. A nova reorganização administrativa configurou para este território a existência de 7 freguesias: (1) Baguim do Monte; (2) UF de Fanzêres e São Pedro da Cova; (3) UF de Foz do Sousa e Covelo; (4) Lomba; (5) UF de Melres e Medas; (6) Rio Tinto; (7) UF de São Cosme, Valbom e Jovim.



Dados dos Censos de 2011 colocam este território em 4º lugar da AMP no que se refere a população residente com cerca de 168.027 habitantes, 87.020 do sexo feminino e 81.007 do sexo masculino.

É um concelho que apresenta uma heterogeneidade territorial bastante marcada no que diz respeito a sua caracterização. É possível identificar territórios com tipologia de áreas urbanas, como Rio Tinto e Baguim do Monte mas também outras predominantemente rurais como a Lomba, Melres e Covelo. Esta heterogeneidade territorial exige uma intervenção diferenciada uma vez que a priorização da intervenção a nível mais local é igualmente diferente.

Da leitura dos dados demográficos, constatamos um aumento da população mais idosa e a diminuição da população jovens/adultos não é significativa, representando ainda a grande fatia da população geral do concelho.

Relativamente às famílias, verifica-se alterações na dimensão do agregado familiar e constata-se um aumento no número de famílias constituídas por um ou dois elementos,

Segundo o Diagnóstico Social de Gondomar (2009), 7950 indivíduos residiam em 26 conjuntos habitacionais Sociais do concelho, tendo-se verificado um aumento de 9.41% no total de habitantes dos conjuntos habitacionais camarários, de acordo com os dados do Diagnóstico do Concelho em março de 2015. A maior concentração da população em conjuntos de habitação social verifica-se na União de freguesias de São Pedro da Cova e Fânzeres, segue-se União de Freguesias de S.Cosme, Valbom e Jovim e Rio Tinto. De acordo com dados do Anuário Estatístico da Região Norte de 2012, existiam no

concelho de Gondomar 43623 pensionistas, com valor médio anual de rendimento de 4799 euros; 12.876 beneficiários do subsídio de desemprego, com valor médio anual de rendimento de 3.769 euros e 11.917 beneficiários do rendimento social de inserção (RSI). Este conjunto de cidadãos, que apresenta indicadores de vulnerabilidade social, representava nessa data mais de 40.7% da população residente no concelho de Gondomar.

No que diz respeito aos indicadores gerais de saúde, segundo dados do CDP verificamos uma tendência decrescente relativa à problemática da tuberculose, apenas com uma ligeira subida nos anos de 2011 e 2012. No entanto, continua a ser superior aos verificados a nível nacional e da Região Norte.

Dados disponibilizados pela DICAD da ARS Norte, I.P., indicam também uma diminuição do número de consumidores infetados pelo VIH e casos de SIDA nos últimos anos. No que à saúde mental diz respeito, e segundo o diagnóstico de Gondomar de 2014, os transtornos mentais e comportamentais representam a 2ª maior taxa de internamento padronizada pela idade, com valores superiores e estatisticamente significativos em relação à Região Norte.

Foi realizado um Plano Local de Intervenção no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências do concelho de Gondomar (PLICAD de Gondomar), identificando os recursos e oportunidades existentes localmente de forma a abranger todo o território, que aponta para a necessidade de uma intervenção a nível concelhio.

2. Metodologia

O presente diagnóstico dos comportamentos aditivos e dependências do concelho de Gondomar, foi dinamizado de acordo com as orientações técnicas da DICAD da ARS Norte, I.P., que privilegiou a utilização do método Delphi, cuja finalidade é caracterizar os territórios alvo do diagnóstico, identificar os problemas, definir os grupos alvos e contextos de intervenção, bem como identificar os recursos e definir as prioridades de intervenção. Este método consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos oriundos de várias fontes, utilizando diferentes estratégias, tais como questionários, inquéritos e consenso de opiniões.

Alguns autores (Adler e Ziglio, 1996; Cornish, 1977 cit. in Guia de Apoio à Elaboração do PLICAD, 2015: 29), defendem que este método é crucial quando se pretende esclarecer aspetos sobre a evolução, bem como identificar prioridades ou antecipar diferentes cenários. Tem sido particularmente útil em programas relacionados com questões de saúde pública.

Nesta primeira fase foram identificados os principais problemas de saúde, relacionados com os CAD, com base em dados quantitativos. Realçamos que nesta etapa é crucial uma constante atualização dos dados que deverá ser complementada com a partilha de informação com os restantes atores da comunidade algo que deverá ser realizado nas etapas seguintes. O que nos permite a possibilidade de voltar à etapa anterior e recolher mais informação que conduza à sua reformulação e melhoramento.

No presente relatório foram utilizados dados quantitativos obtidos a partir do Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) do SICAD, dos Censos de 2001 e 2011, bem como de estruturas e entidades que trabalham direta ou indiretamente na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Também se previligiou a auscultação dos parceiros, através de reuniões de trabalho no âmbito da Rede Social e Comissões Sociais de Freguesia.

3. Identificação dos Problemas

3.1. Consumo de substâncias psicoactivas nos jovens

A idade da experimentação é um fator determinante para uma evolução dos consumos esporádicos para dependência, ou seja, quanto mais cedo se der a experimentação de uma determinada substância maior será a probabilidade do risco de evolução para dependência dessa mesma substância.

Simultaneamente, o consumo de substâncias provoca riscos para a saúde física, para a desinserção social e para o abandono de projetos de vida.

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos comportamentos Aditivos e das Dependências 2013/2020 (PNRCAD) em 2012 no país e considerando a experiência do consumo ao longo da vida e o consumo recente (últimos 12 meses) verifica-se que a substância ilícita mais consumida é a cannabis (8,3%/2,3%); seguida do ecstasy (1,1%/0,2%) e da cocaína (1,0%/0,2%). A continuidade deste consumo era de 27%, sendo os jovens entre os 14 e 24 anos os que apresentavam uma taxa mais elevada, cerca de 45%.

No que diz respeito ao álcool, também os jovens na faixa etária dos 15/24 anos apresentam uma taxa de prevalência de consumo binge drinking de 13,2%.

De acordo com os dados disponibilizados pelo SIM, referentes ao ano de 2013, verifica-se que o número de crianças e jovens do concelho de Gondomar em seguimento nas consultas de atendimento de jovens e crianças em risco tem vindo a aumentar, representando cerca de 43,4% do total de consultas de jovens do CRI Porto Oriental e 4,8% por cada 10.000 habitantes.

Da análise dos dados de 2015, observamos que 45.6% de consultas de crianças e jovens do CRI Porto Oriental referem-se a indivíduos oriundos do concelho de Gondomar, o que revela um aumento de 2.2% face ao ano de 2013.

3.2 Consumo de substâncias lícitas nos adultos

Verifica-se um aumento significativo da prevalência e incidência de utentes ativos em programa de tratamento para problemas ligados ao consumo de álcool (PLA), sendo que de 2011 para 2013, aumentou cerca de 168,9%.

O número de crimes de condução de veículo em estado de embriaguez (taxa => a 1,2 g/l) aumentou cerca de 31% entre 2011 e 2013. Segundo a AERN de 2012 estes crimes representam 0,4% dos crimes com processo no Tribunal de Gondomar.

Constata-se um número significativo de situações de exclusão social em Gondomar, representando 42% em situação de exclusão total face ao número total de utentes na mesma situação do CRI Porto Oriental, não havendo, no entanto, dados específicos e explícitos que relacionem este fenómeno com o aumento do número de utentes com PLA.

O número de utentes ativos desempregados aumentou significativamente neste território, o que poderá ser um fator potenciador do consumo de álcool e de medicação, do seu agravamento e/ou da dificuldade do seu tratamento, pelo que exige uma atenção especializada.

Segundo o Diagnóstico Social do Concelho (2015) *“o consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos no ano de 2008, foi na ARSNorte de 4,4 utentes em cada 100 têm associado um diagnóstico de perturbação depressiva; no ACES de Gondomar esse número sobe para 5,9”*. E aproximadamente 32% do tipo de inscrições da ET de Gondomar do CRI Porto Oriental referem-se a problemas relacionados com o álcool (SIM, 2015).

Os PLA colocam estes indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade a nível social. A violência doméstica, rutura familiar, desemprego, desinserção laboral, deterioração a nível cognitivo e intelectual entre outros constituem fatores que levam a um importante acréscimo nos encargos para as estruturas e sistemas de apoio social. A intervenção no âmbito das respostas integradas e partilhadas foram elencadas como

possível solução para as diferentes fases da evolução do problema, em termos de tratamento, prevenção e reinserção.

3.3 Consumo de substâncias ilícitas nos adultos

Segundo o SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar), o número de utentes ativos no CRI Porto Oriental com residência em Gondomar tem-se mantido estável. No entanto é importante salientar que 41% do total de utentes ativos do CRI Porto Oriental tem residência neste concelho. Dados de 2015 referem que 53% dos utentes inscritos na ET Gondomar são consumidores de Substâncias psicoactivas ilícitas. Uma parte significativa destes utentes encontra-se em programa terapêutico com agonista opiáceo.

Relativamente à cannabis como substância psicoativa principal, sabemos que a tendência aponta para um aumento de pedidos de apoio pelo que os serviços deverão organizar-se para acolher estes utentes com esta problemática.

É também importante referir que 24% dos utentes ativos estão diagnosticados com hepatite C. Salientamos a importância da manutenção das respostas e procedimentos adequados para a prevenção de doenças infecciosas.

3.4 Comportamentos aditivos e ou dependências comportamentais sem substâncias

Apesar dos dados serem pouco expressivos relativamente a esta problemática, a perceção dos técnicos é de que não traduzem de todo a realidade. Assim, é de nossa opinião, de que os serviços de saúde específicos se devem organizar para intervir nestas situações, criando procedimentos de referenciação de casos para posterior caracterização e criação de respostas.

“Na literatura da especialidade é consensual que se está a assistir a uma alteração de paradigma do jogo infantil, caracterizado pela inatividade física, longos períodos de jogo e aumento do grau de isolamento social....é de admitir o potencial aparecimento de comportamentos aditivos desde a mais tenra idade...” (PNRCAD- 2013/2020)

“No quadro específico dos jogadores patológicos a dinheiro, constata-se que é a faixa etária dos 26- 35 anos em que se situa a maior número de jogadores (35%).

A preocupação no que diz respeito a este problema assenta em dois setores da população, os jovens com adição na internet e jogos online e adultos nos jogos da raspadinha e telefonemas de valor acrescentado nos jogos de sorte dos meios de comunicação social. A inexistência de um estudo aprofundado neste âmbito associado ao desconhecimento da magnitude e transcendência do problema são fatores que camuflam a real situação deste território. Trata-se de um problema que não tem a mesma visibilidade do consumo, uma vez que não existe uma substância associada, mas sim, e apenas um comportamento.

4. Hierarquização dos Problemas para o Território

O diagnóstico da situação permite-nos indicar a relevância do problema, no entanto é necessário aprofundar o conhecimento estabelecendo prioridades de forma a tornar possível a definição dos problemas que serão alvo de uma intervenção prioritária.

Para a priorização dos problemas, foram considerados critérios propostos por Imperatori (1993 cit. in Guia para a Elaboração do PLICAD, 2015): magnitude, transcendência social, transcendência económica e vulnerabilidade.

Para a concretização desta etapa e preenchimento da respetiva grelha, foram realizadas reuniões com a participação da rede de parceiros sociais, por forma a complementar o trabalho já realizado, quer no sentido da identificação dos problemas (sua caracterização e priorização), quer no sentido de identificação dos grupos.

Foram realizadas no território 7 reuniões, a primeira inserida na Rede Social (CLASG), onde foram apresentadas a metodologia e as conclusões dos dados quantitativos.

Nesta reunião foi possível aferir que o concelho de Gondomar apresenta uma heterogeneidade territorial bastante marcada no que diz respeito a sua caracterização. Apresenta territórios com tipologia de áreas urbanas, como Rio Tinto e Baguim do Monte, mas também outras predominantemente rurais como a Lomba, Melres e Covelo. Esta heterogeneidade territorial permitiu-nos concluir a necessidade de também priorizar a intervenção a nível mais local. Foram envolvidos nesta fase cerca de 100 atores sociais do concelho de Gondomar.

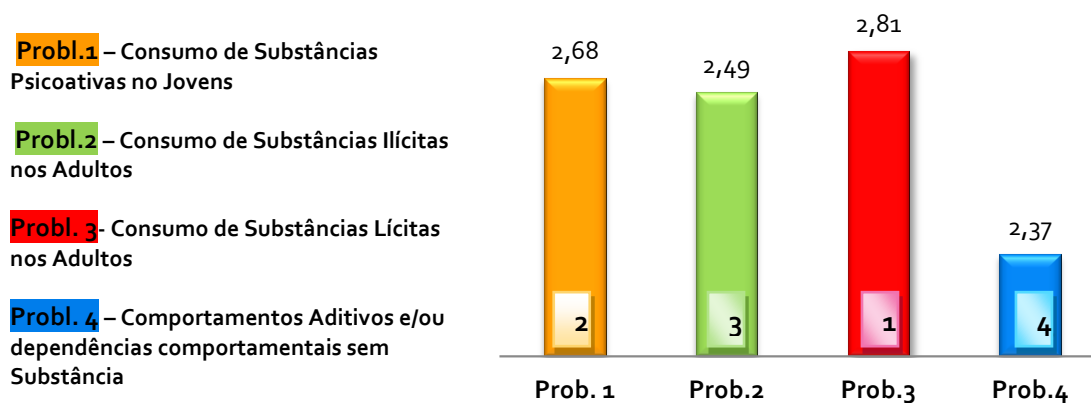


Gráfico 1. Hierarquização dos problemas para o território

5. Recursos do Território

Recursos Existentes	Entidade que o disponibiliza
Agrupamentos de escolas.....	Ministério da Educação
Formação Profissional	IEFP e Escolas profissionais
Acompanhamentos de Crianças, Jovens e famílias.....	EMAT/CPCJ/CMG
Programa Escolhas	IPSS`s
Equipa de Saúde Escolar	ACES de Gondomar/ARS
Ação Social	Serviço Local da Segurança Social/CMG
Consultas de Especialidade	Unidade de saúde Mental do CHP
Acompanhamento de agregados familiares	IPSS`s
Programas de apoio alimentar E refeitórios sociais	IPSS`s e Centros Paroquiais/CMG
Projetos de intervenção Comunitária	IPSS`s

6. Grupos alvo identificados e contextos associados

Grupo 1. Aproximadamente 160 Crianças e Jovens

Grupo de crianças e jovens que frequentam o ensino regular.

Grupo 1 - Contextos associados

Estabelecimentos de ensino do 2º e 3º ciclo e ensino secundário.

Grupo 2. Aproximadamente 150 Crianças e Jovens em Risco

Jovens com comportamentos de risco; Problemas de comportamento, relação com pares consumidores e/ou com comportamentos desviantes; Desvalorização do percurso escolar, com baixas expectativas (próprio e famílias); Absentismo, insucesso e risco de abandono escolar; Contexto familiar vulnerável, caracterizado por escassa supervisão parental, modelos educativos desestruturados, inexistência de modelos de identificação positivos, negligência/abuso, utilização de substâncias psicoativas e atitudes favoráveis ao seu uso na família; Baixo nível de escolaridade, baixa qualificação profissional, desinteresse escolar e/ou profissional; Comportamentos delinquentes; Comportamentos de risco a nível sexual; Atração pelo risco e transgressão; Facilidade de acesso às substâncias; Desvalorização dos riscos associados aos consumos.

Grupo 2 - Contextos associados

Famílias em situação de vulnerabilidade social; Contextos familiares disfuncionais e/ou desestruturados e desfragmentados, com baixo nível socio-económico-cultural e/ou em situação de exclusão social; Interações dos Bairros Sociais; Centros de acolhimento de crianças e jovens; Escolas profissionais e centros de formação.

Grupo 3. Aproximadamente 60 Jovens com consumos de SPA

Jovens maioritariamente do sexo masculino que apresentam consumos habituais e/ou recreativos de SPA lícitas e ilícitas, designadamente álcool, tabaco, canábis e, em menor escala, MDMA, anfetaminas e cocaína. Crenças que legitimam o uso/abuso de substâncias psicoativas, com desvalorização dos riscos associados aos consumos; Perda

de ligações familiares; Comportamentos desviantes muitas vezes com processos em tribunal, CDT, CPCJ e EMAT.

Grupo 3. Contextos associados

Ambientes de diversão noturna e diurna; Famílias em situação de vulnerabilidade social; Contextos familiares disfuncionais e/ou desestruturados e desfragmentados, com baixo nível socio-económico-cultural e/ou em situação de exclusão social; Imediações dos Bairros Sociais.

Grupo 4. Aproximadamente 200 Consumidores de Substâncias Psicoativas Lícitas nos Adultos

População maioritariamente masculina, sendo que a população feminina tem maior expressividade neste problema (comparativamente aos outros problemas); Apresentam uma trajetória de vida com integração socio familiar e profissional, embora com deficit ao nível das competências pessoais, escolares e profissionais e por conseguinte revelam maior dificuldade na área da empregabilidade; Apresentam percursos profissionais marcados por: empregos pouco qualificados, baixa durabilidade, precaridade e desemprego de longa duração; Com retaguarda familiar, mas com problemas e conflitos relacionais; Precaridade económica com recurso a medidas de apoio social diversificadas, revelando por vezes dependência institucional; Problemática associada a situações de extrema exclusão social – sem-abrigo face tratar-se de uma substância que para alguns indivíduos ser incapacitante.

Grupo 4. Contextos associados

Não existe um contexto específico associado, uma vez que é transversal a toda a população.

Grupo 5. Aproximadamente 180 Consumidores de Substâncias Psicoativas Ilícitas nos Adultos

População maioritariamente masculina, com percurso geralmente longo de consumo de SPA e sucessivas tentativas de tratamento; Parcialmente integrados na rede social.

Dependentes de opiáceos e cocaína, com consumo concomitante de álcool, cannabis e psicofármacos; Comportamentos de risco associados ao consumo de SPA e práticas sexuais desprotegidas; Comorbidade orgânica e psicopatológica; Baixo nível de escolaridade e qualificação profissional, elevada taxa de desemprego, beneficiários de medidas de apoio sociais; Baixa ou ausência de retaguarda familiar; Habitação precária; Verificam-se algumas situações onde dependem financeiramente dos pais (já idosos).

Grupo 5. Contextos associados

Não existe um contexto associado específico, uma vez que é transversal a toda a população.

Grupo 6. Jovens com comportamentos aditivos e/ou dependência sem substância

Jovens com escassa supervisão parental e com precária sensibilização para os riscos associados à exclusividade/excessividade de um comportamento. São referidos jovens a partir dos 14/15 anos com dificuldades de socialização e relacionamento interpessoal. Este comportamento é referido com maior preocupação em zonas com características urbanas.

Grupo 6. Contextos associados

Casa, café, espaços públicos com internet livre, espaços públicos e privados específicos para jogar.

Grupo 7. Adultos com Comportamentos Aditivos e/ou Dependências sem substância

Indivíduos que apresentam fraco controlo de impulsos, dificuldades ao nível relacional e emocional.

Foram referidos dois subgrupos:

- a) Jovens adultos a partir dos 25 anos em situação de desemprego que vêm no jogo um veículo facilitador para a obtenção de rendimentos fáceis. São indivíduos com fracas expectativas na obtenção de emprego;

- b) Outro grupo constituído por uma população mais heterogénea que apresenta factores de risco para a dependência do jogo, particularmente os designados “*jogos da sorte*” (raspadinha e chamadas telefónicas de valor acrescentado).

Grupo 7. Contextos associados

Casa, café, espaços públicos com internet livre, espaços públicos e privados específicos para jogar.

7. Identificação das Necessidades face aos problemas identificados

7.1 Prevenção

- Melhorar a rede de referenciação;
- Sensibilizar os agentes da autoridade para a problemática dos consumos nas CJR;
- Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a este grupo etário;
- Promover a formação de técnicos de forma a capacita-los para intervir na área dos comportamentos aditivos;
- Melhorar o conhecimento dos CAD nos jovens do concelho;
- Alargar a aplicação de programas de prevenção para as escolas de todo o Concelho;
- Aplicar programas de prevenção em IPSS com intervenção em crianças e jovens;
- Aplicar programas de prevenção em idades precoces;
- Envolver a Rede Social na concretização de objectivos na área das dependências e comportamentos aditivos;
- Optimizar os recursos já existentes no território;
- Melhorar a articulação com outros projetos em execução no território.

7.2 Reinserção

- Aumentar a motivação para integração em programas de tratamento mais estruturados.
- Melhorar a rede de referenciação;
- Sensibilizar os agentes da autoridade para a problemática dos consumos nos PLA e Substâncias ilícitas;
- Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a estes grupos alvo;
- Promover a formação de técnicos de forma a capacita-los para intervir na área dos comportamentos aditivos e dependências;

- Aplicar programas de educação para a saúde em instituições com intervenção na área da saúde e social;
- Desenvolvimento de programas integrados de intervenção comunitária;
- Envolver a Rede Social na concretização de objectivos na área das dependências e comportamentos aditivos;
- Optimizar os recursos já existentes no território;
- Criação de Centros Ocupacionais orientados para esta população;
- Melhorar a articulação com outros projetos do território.

7.3 Redução de Riscos e Minimização de Danos

- Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de respostas dirigidas a estes grupos alvo;
- Desenvolver programas integrados de intervenção comunitária;
- Optimizar os recursos já existentes no território
- Melhorar a articulação com outros projetos do território
- Participação em contextos recreativos;
- Assegurar a continuidade do PSOBLE
- Melhorar e intensificar a intervenção comunitária no âmbito dos PLA.
- Desenvolver ações específicas no domínio da promoção da saúde e atendimentos psicossociais individualizados, desenvolvendo a motivação e sensibilização para a procura de programas de tratamentos mais estruturados.

8. Propostas de Intervenção

8.1. Prevenção

- a) Aplicação de programas de prevenção de cariz universal e seletivo de desenvolvimento e reforço de competências pessoais e sociais nas escolas do 1º, 2º e 3º ciclos e secundário;
- b) Intervenções em várias instituições do concelho no sentido de alargar a abrangência dos programas de desenvolvimento de competências e de diminuição dos fatores de risco e reforço dos fatores de protecção;
- c) Implementação de programas preventivos de promoção de competências parentais, em registo de duas gerações, abrangendo os grupos mais jovens e respectivas famílias;
- d) Formação de professores e técnicos com vista à implementação de programas preventivos;
- e) Sensibilização de agentes da comunidade para a célere identificação e encaminhamento das situações problemáticas para as respostas de prevenção indicada existentes;
- f) Identificação dos stakeholders para o desenvolvimento de programas preventivos (por exemplo: agentes do desporto escolar, clubes desportivos....);
- g) Realização de ações de sensibilização para pais/encarregados de educação;
- h) Complementar as intervenções em parceria com outros projectos do território, nomeadamente em contextos recreativos;
- i) Elaboração do diagnóstico dos comportamentos aditivos sem substâncias em parceria com instituições locais e outras áreas de missão.

8.2. Reinserção

- a) Aumentar o nº de grupos psicoeducativos;
- b) Desenvolvimento de programas de sensibilização em meio laboral;
- c) Desenvolvimento de programas de competências pessoais, sociais e parentais;
- d) Elaboração de planos individuais de inserção;
- e) Potenciar a reinserção enquanto processo global, implicando os actores sociais na óptica das respostas integradas;

- f) Estabelecimento de parcerias que facilitem o acesso a respostas de formação e emprego;
- g) Acompanhamento psicossocial;
- h) Desenvolvimento de programas de competências pré-profissionais e profissionais;
- i) Criação de um centro ocupacional de funcionamento diário (centro de dia);
- j) Dinamização de acções de sensibilização para técnicos e outros agentes para a problemática dos CAD;
- k) Desenvolvimento de programas de educação informal, através de dinâmicas comunitárias através da arte, música ou desporto, promovendo a discussão e participação e novos canais de informação e integração em novas realidades sociais e culturais;
- l) Garantir o acesso a condições básicas de vida;
- m) “*Advocacy*” e trabalho de mediação social com o objetivo de formentar a acessibilidade aos serviços e melhoria da relação utente-entidades;
- n) Elaboração do diagnóstico dos comportamentos aditivos sem substâncias em parceria com instituições locais e outras áreas de missão.

8.3.Redução de Riscos e Minimização de Danos

- a) Implementar uma resposta com “*baixo grau de exigência*”, que permita que cidadãos com CAD, possam ter as necessidades básicas estabilizadas, incluindo uma habitação estável e os suportes essenciais para a estruturação de um projeto de vida que respeite os seus “*timings*”;
- b) Encaminhamento para as equipas de Tratamento;
- c) Programas de promoção de competências pessoais e sociais abrangendo as competências de comunicação, regulação emocional;
- d) Desenvolvimento de acções que promovam a literacia em saúde, de forma a diminuir a exclusão e a acessibilidade aos serviços, saúde e sociais;
- e) Programas de promoção de competências pessoais e sociais (de forma articulada com a reinserção);

- f) Desenvolvimento de acções que dinamizem estratégias de articulação com as entidades parceiras, capacitando-as tecnicamente para a identificação, abordagem, sinalização e encaminhamento;
- g) Identificação de situações de dependência, com necessidade de apoio médico e/ou encaminhamento para tratamento, através do acompanhamento psicossocial;
- h) Pretende-se a criação de uma resposta de proximidade com unidade fixa e/ou móvel;
- i) Constituição de uma equipa multidisciplinar, que inclua intervenções de redução de riscos e minimização de danos, nomeadamente, contactos de rua, programa de troca de seringas e outro material asséptico para o consumo, distribuição de preservativos, programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência, administração de terapêuticas medicamentosas e prestação de cuidados de saúde e higiene, disponibilização de pequenas refeições e/ou snacks, informação e aconselhamento, apoio psicossocial;
- j) Complementar as intervenções em parceria com outros projectos do território, nomeadamente em contextos recreativos;
- k) Elaboração do diagnóstico dos comportamento aditivos sem substâncias em parceria com instituições locais e outras áreas de missão.

9. Resultados pretendidos

9.1 Prevenção

- Diminuição dos consumos de substâncias psicoativas nos jovens;
- Aumento da abrangência de estratégias de prevenção universal e selectiva.
- Aumentar os factores de protecção e diminuir os factores de Risco

9.2 Reinserção

- Diminuição do onsumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas nos adultos;
- Fomento da rede de suporte familiar;
- Aumento o numero de indivíduos em programas de formação;
- Desenvolvimento e capacitação do individuo para o mercado formal de trabalho;
- Desenvolvimento de espaços de ocupação socioterapêutica.

9.3 Redução de Riscos e Minimização de Danos

- Diminuição dos riscos relacionados com o consumo de substâncias opiáceas;
- Prevenção da disseminação de doenças infecciosas;
- Promoção de cuidados de saúde e sociais e integração de utilizadores de SPA's lícitas e ilícitas em programas continuados e estruturados de tratamento disponibilizados pelos serviços da rede pública.

10. Respostas no Território no âmbito dos CAD

O **CRI Porto Oriental** da DICAD da ARS Norte, I.P., disponibiliza para este território um conjunto de respostas assistenciais, por área de intervenção, a saber:

- a) **Prevenção:** programas estruturados de treino de competências, acções de formação, acções de sensibilização, campanhas de prevenção, consulta de atendimento a crianças e jovens em risco e consultoria, supervisão e apoio técnico;
- b) **Tratamento:** dispõe de uma equipa de tratamento (ET de Gondomar) e de duas consultas descentralizadas (São Pedro da Cova e Melres), que disponibilizam uma oferta de programas (tratamento com agonistas opiáceos, tratamento com antagonistas opiáceos, tratamento livre de drogas, programas de tratamento para os problemas ligados ao álcool, consulta de cessação tabágica e programa de aconselhamento e diagnóstico rápido para o VIH/SIDA);
- c) **Reinserção Social:** programa de treino de competências pessoais, sociais e pré-profissionais, programa de procura ativa de emprego e mediação social e comunitária;
- d) **Redução de Riscos e Minimização de Danos:** programa de substituição opiácea em baixo limiar de exigência (PSOBLE), programa “*Klotho*”, programas de intervenção em contextos festivos e recreativos e consultoria, supervisão e apoio técnico.

No âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), para este território o **SICAD** promove o co-financiamento de três projectos comunitários, acompanhados, monitorizados e avaliados pelo CRI Porto Oriental:

- a) Projeto “**Crescer**” (área da prevenção, no âmbito do PRI de São Pedro da Cova que finaliza em 31/12/2017);
- b) Projeto “**Projeta-te**” (área da reinserção social, no âmbito do PRI de Rio Tinto, que finaliza em 31/12/2017);
- c) Projeto “**+Vida +Saúde**” (área da RRMD, no âmbito do PRI de Rio Tinto, que finaliza em 31/12/2018).

11. Impacto dos Projetos no Território

Prevenção

De acordo com os dados recolhidos no processo de avaliação *on going*, no domínio da **prevenção** foram alcançados os resultados esperados, que se centraram essencialmente no reforço da capacidade dos indivíduos e das populações de fazerem escolhas mais saudáveis e adotar estilos de vida promotores da saúde e bem-estar. Foi possível também, observar uma maior consciencialização, por parte da comunidade, dos problemas associados aos consumos de substâncias psicoativas e comportamentos aditivos e da necessidade de atuação precoce e preventiva relativamente a esta problemática.

Os resultados demonstrados indicam que as atividades desenvolvidas ajudaram os destinatários (crianças, adolescentes, jovens e famílias) e os seus educadores (professores e outros técnicos) a aumentarem os conhecimentos, particularmente na área dos comportamentos aditivos e substâncias, assim como as competências pessoais e sociais destes grupos-alvo. A capacitação dos docentes do território de S. Pedro da Cova revelou-se um instrumento promotor de maior qualidade da ação educativa. A prevenção indicada foi uma das respostas que o Projeto disponibilizou, tendo tido uma boa adesão por parte da população local, revelando-se uma mais-valia para o território.

Reinserção

Num contexto atual de desemprego, pobreza e exclusão social a **reinserção social** tem um papel fundamental no processo de integração da população com comportamentos aditivos e dependências. O projecto neste âmbito desenvolve acções com os objectivos de autonomizar a população consumidora de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas através de ações de acompanhamento psicossocial, de mediação social, de empregabilidade, de desenvolvimento de competências pessoais e sociais, de inserção

através da arte, do desporto e da música e no estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade. Estas ações revelaram-se fundamentais para o processo de reabilitação e na definição de planos individuais de inserção actuando em cada uma das dimensões indivíduo, família e sistemas sociais e na relação entre elas.

Todo o trabalho desenvolvido pelo projecto resultou num impacto positivo junto de toda a macroestrutura. A nível dos sistemas sociais provocou mudanças nas atitudes face às pessoas com dependências e ou consumos abusivos de substâncias, conseguiu a mobilização de recursos da comunidade e de um conjunto de sinergias para a concretização de planos de inserção estruturados adquirindo um papel fundamental na mediação entre o indivíduo e os sistemas sociais. O grande impacto do projecto foi a alteração das representações sociais dos indivíduos com CAD e na integração profissional sustentada e com sucesso consequência de todo o trabalho de sensibilização, mediação e desenvolvimento de competências profissionais e préprofissionais das pessoas com CAD.

O envolvimento da família e na sua ausência em pessoas significativas no processo de reabilitação resultou na criação de redes de apoio informal, nomeadamente a nível das relações, nas amizades e grupos de pertença e de referência. Neste âmbito foi possível verificar uma melhoria na capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação da família. O trabalho desenvolvido no âmbito da sensibilização e desenvolvimento de competências da família para apoiar o indivíduo com CAD resultou no reforço de uma identidade pessoal capacitando ambos para a resolução de problemas. Além disso, utilizou estratégias que canalizaram para um crescimento no relacionamento interpessoal e de comunicação entre a família, alterando a forma como esta interage com as pessoas com CAD através de desmistificação de mitos e crenças.

A nível individual de pessoas com CAD o projecto conseguiu atuar na promoção de competências que levaram ao desenvolvimento de uma capacidade de auto crítica, de análise interpessoal através da reflexão de si próprio e da comunidade envolvente. Os resultados deste trabalho são evidentes a nível da capacidade adquirida em relacionar-se com ele próprio e com o outro. O impacto deste trabalho a nível do indivíduo foi a condução por parte destes na consciencialização da sua condição o que contribuiu para que conseguisse assumir a responsabilidade no seu processo de tratamento e reinserção.

A estratégia e abordagem utilizadas pelo projecto proporcionou as condições necessárias para restaurar a sua auto-estima e sentido de pertença à sociedade.

Em conclusão a intervenção em todas as dimensões da vida do indivíduo resultou em ganhos claros e impacto positivo para este território. O estabelecimento de relações positivas e salutareas entre os vários actores sociais envolvidos promoveram alterações significativas para os indivíduos, para a família, para a comunidade em geral e para a entidades empregadoras resultando na integração social plena, objectiva e estável.

Redução de Riscos e Minimização de Danos

No âmbito da **redução de riscos e minimização de danos**, a melhoria da acessibilidade a uma resposta neste âmbito, o trabalho desenvolvido com o objectivo de inclusão social, as acções de proximidade, a construção de uma rede formal e informal para uma população socialmente vulnerável, foram fatores referenciados com forte impacto para este território no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências.

Para os parceiros sociais estes projetos co-financiados apresentaram uma intervenção objectiva, contínua com resultados qualitativos e quantitativos positivos, daí a necessidade em alargar para outras freguesias do território e da importância da sua continuidade na promoção da redução do consumo de substâncias psicoactivas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências.

Bibliografia

Diagnóstico Social do Município de Gondomar (2015). Câmara Municipal de Gondomar – Rede Social.

Diagnóstico Social do Município de Gondomar (2009). Câmara Municipal de Gondomar - Rede Social.

Guia de Suporte à elaboração do Plano Local de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2015). Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, Porto, ARS Norte, I.P.

Carvalho, Sara et al. (2014). *Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências*, Lisboa SICAD