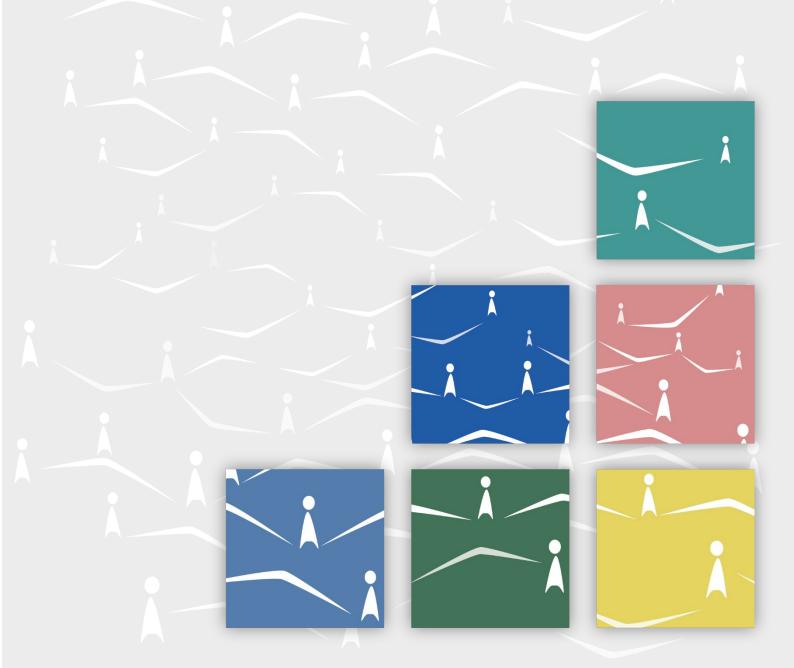


A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências

Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária. Relatório final



Ficha Técnica

Título: A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências - Processos e resultados da

aplicação do modelo de mediação social e comunitária. Relatório final.

Autoria: Equipa de Investigação constituída por:

Helena Neves Almeida – Universidade de Coimbra (investigador principal)

Sara Carvalho – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (coordenação da equipa)

Merícia Silva – Administração Regional de Saúde do Norte

Jorge Barbosa – Administração Regional de Saúde do Norte

Emídio Abrantes – Administração Regional de Saúde do Centro

Rui Lino – Administração Regional de Saúde do Centro

Cristina Proença – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Celestino Cunha - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Sofia Martelo – Administração Regional de Saúde do Alentejo

Ana Paula Neto – Administração Regional de Saúde do Algarve

Coordenação científica: Prof. Doutora Helena Neves Almeida - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da

Universidade de Coimbra / Observatório da Cidadania e Intervenção Social

Agradecimentos: Adélia Lopes, Alberto Almeida, Ana Sério, Benedita Mocho, Carolina Ribeiro, Cláudia Moura, Clotilde Valente,

Constantina Pinto, Cristiana Almeida, Cristina C. Vieira, Cristina Santiago, Graça Alves, Isabel Lucas, Lina Alexandre, Maria João

Correia, Marlene Matias, Marta Fonseca, Odete Melro, Paula Olas, Paula Pinto, Paulo Rosário, Pedro Oliveira, Rita Vieira, Sara

Guerra.

Grafismo: Filipa Cunha – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (EMSI)

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

ISBN: 978-989-53198-1-7

Suporte: Eletrónico; Formato: PDF / PDF/A

Dezembro de 2020

A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências

Processos e resultados da aplicação do modelo de mediação social e comunitária. Relatório final

Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção

Divisão de Intervenção Terapêutica

Dezembro de 2020

A equipa de investigação agradece a todos que tornaram possível este estudo e colaboraram para a qualidade deste trabalho. Muito se deve à generosa partilha de experiências e vivências na área dos comportamentos aditivos e dependências, assim como da disponibilidade demonstrada. Aos colegas que participaram na transcrição das entrevistas e na análise de dados; aos entrevistados e inquiridos, que concederam toda a riqueza experiencial desta investigação. Um agradecimento especial aos técnicos de reinserção das UIL (CT, CRI, UA) que, além de terem partilhado os seus saberes e experiência profissional, serviram de elo de ligação com as pessoas com CAD e com os demais *stakeholders*, tendo criado condições necessárias à recolha de informação e aprofundamento da compreensão sobre o processo de acompanhamento efetuado junto desta população.

A todos o nosso muito obrigado!

Índice

Índice de	e figuras	8
Índice de	le gráficos	9
Índice de	le tabelas	11
Siglas	e Abreviaturas	13
Introd	lução	15
	I O processo de intervenção social em comportamentos aditivos e depende to de investigação às questões operativas	èncias: do
1. Pro	cesso de intervenção social em CAD	20
1.1.	Do modelo de intervenção em reinserção ao modelo da mediação social e comunitária na re	=
1.2.	Fluxograma do processo de intervenção social em CAD	
	1.2.1. Leitura analítica do processo de intervenção social em CAD	
2. Pro	blema de pesquisa, objetivos e opções metodológicas	27
2.1.	Formulação do problema	27
2.2.	Finalidades e objetivos da pesquisa	28
2.3.	Modelo de análise	31
2.4.	Opções metodológicas	32
	2.4.1. Tipo de investigação	32
	2.4.2. Processo de Amostragem	33
	2.4.3. Contextos e Participantes da pesquisa	34
	2.4.4. Instrumentos e procedimentos de pesquisa	38
	2.4.5. Processos de tratamento e análise de dados	45
Parte multip	II O modelo de mediação social e comunitária em CAD. Estudo mul perspectiva	ticasos e
3. Aná	ilise de Casos. Sujeitos de intervenção e objeto de investigação em CAD	50
3.1.	Caracterização sociodemográfica das pessoas com CAD em processo de reinserção	50
3.2.	Contextos, sujeitos e circunstâncias de vida e de intervenção social	52
	3.2.1. Caso 01 – Maria R	52
	3.2.2. Caso 02 – Paulo S	54
	3.2.3. Caso 03 – José S	55

	3.2.4. Caso 04 – Maria F	58
	3.2.5. Caso 05 – Jorge P	59
	3.2.6. Caso 06 – Manuel S	61
	3.2.7. Caso 07 – António M	62
	3.2.8. Caso 08 – Bruno C	63
	3.2.9. Caso 09 – Gonçalo F	64
	3.2.10.Caso 10 – Rodolfo M	65
	3.2.11. Caso 11 – Luís C	66
	3.2.12.Caso 12 – Leonardo M	68
	3.2.13. Caso 13 – Diogo T	69
	3.2.14. Caso 14 — Sónia L	70
	3.2.15. Caso 15 – Francisco C.	72
	3.2.16.Caso 16 – Óscar P	73
	3.2.17. Caso 17 – Raúl C	75
	3.2.18. Caso 18 – Justino F	76
3.3.	Interações familiares e redes de apoio	77
4. Pro c	cessos e Resultados da Intervenção na reinserção de pessoas com CAD. A	nerspetiva
	cnicos de reinserção, utentes e familiares	
4.1.	Pilar da comunicação. Comunicação enquanto instrumento facilitador do estabelecimento da r	
4.1.	outro	-
	4.1.1. Análise do diagnóstico social efetuado	
	4.1.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	
	4.1.3. Análise do impacto da intervenção	
	4.1.4. A avaliação da intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos	
4.2.	Pilar da Capacitação. Capacitação individual e coletiva dos atores envolvidos no processo de rei	
7.2.	4.2.1. Análise do diagnóstico social efetuado	-
	4.2.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	
	4.2.3. Análise do impacto da intervenção	
4.3.	Pilar da Valorização. Valorização da interação dos sistemas e mobilização de recursos	
	4.3.1. Análise do diagnóstico social efetuado	
	4.3.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	
	4.3.3. Análise do impacto da intervenção	
	4.3.4. Avaliação da articulação interinstitucional	
4.4.	Pilar da Participação. Promoção da participação e responsabilização de todos os atores	
	4.4.1. Análise do diagnóstico social efetuado	
	4.4.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	
	4.4.3. Análise do impacto da intervenção	
	4.4.4. Avaliação da participação de familiares	

	4.5.	Pilar da Mobilidade. Alteração das representações associadas aos CAD e a mobilidade dos sist sociais	
		4.5.1. Análise do diagnóstico social efetuado	
		4.5.2. Perceções dos entrevistados sobre os CAD	
		4.5.3. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	
		4.5.4. Análise do impacto da intervenção	
5 .	O pa	pel dos parceiros na reinserção de pessoas com CAD	.139
	5.1.	Caracterização do responsável pelo acompanhamento	139
	5.2.	Caracterização do Acompanhamento	140
		5.2.1. Início do processo de acompanhamento do utente na organização	140
		5.2.2. Periodicidade do acompanhamento prestado ao utente	140
		5.2.3. Participação das entidades no processo de reinserção do utente	
		5.2.4. Contributo das entidades para o processo de reinserção do utente	142
		5.2.5. Perceção sobre o decorrer do acompanhamento ao utente	
		5.2.6. Alcance dos objetivos da intervenção	143
		5.2.7. Importância atribuída ao contributo da entidade para o processo de reinserção do utente	144
		5.2.8. Existência de conflitos durante o acompanhamento	144
		5.2.9. Participação e importância atribuída ao contributo dos técnicos de reinserção do CRI/UA/CT na	
		resolução dos conflitos ocorridos	145
	5.3.	Caracterização da articulação interinstitucional	145
		5.3.1. Meios de contacto utilizados na articulação com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT	145
		5.3.2. Frequência do contacto com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT e sua adequabilidade	146
		5.3.3. Articulação com outras estruturas	146
		5.3.4. Importância atribuída à relação com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT	147
		5.3.5. Importância do trabalho conjunto com o técnico do CRI/UA/CT	148
	5.4.	Caracterização da participação do utente	148
	5.5.	Caracterização da participação do parceiro	149
		5.5.1. Necessidade, possibilidade e importância de atualização de conhecimentos em relação aos CAD.	149
		5.5.2. Modificação de perceções sobre os comportamentos aditivos e as dependências (CAD)	150
		5.5.3. Situações de discriminação na entidade	151
		5.5.4. Situações de discriminação na comunidade/meio envolvente	152
	5.6.	Síntese da análise dos resultados dos questionários	153
6.	Balaı	nço dos principais resultados	.157
	6.1.	Resumo dos problemas diagnosticados, da intervenção desenvolvida e dos impactos da intervenção	157
		6.1.1. Diagnóstico	157
		6.1.2. Processos e estratégias de intervenção	157
		6.1.3. Impacto da intervenção	159

6.2.	Persp	etivas dos diferentes entrevistados	160
	6.2.1.	Quanto aos problemas diagnosticados	160
	6.2.2.	Quanto à intervenção desenvolvida	161
	6.2.3.	Quanto ao impacto da intervenção	162
	6.2.4.	Quanto ao processo de acompanhamento	162
6.3.	Diagra	ama analítico de resultados	167
6.4.	Poten	cialidades e limites do Modelo de Mediação Social e Comunitária	172
Concl	usão		177
Biblio	grafia .		182
Anexo	os		184
A	Anexo I.	Objetivos do Modelo de Mediação Social e Comunitária	185
A	Anexo II.	Listagem das Unidades de Intervenção Local das Administrações Regionais de Saúde, I.P	186
A	Anexo III.	Formação em contexto de investigação	187
A	Anexo IV.	Unidades de Intervenção Local que participaram no estudo	188
A	Anexo V.	·	
A	Anexo VI.	Guião de descrição do caso	190
A	Anexo VII.	Guião de entrevista semiestruturada aos técnicos	193
A	Anexo VIII	Guião de entrevista semiestruturada aos utentes	198
A	Anexo IX.	Guião de entrevista semiestruturada aos familiares (ou pessoa significativa)	202
A	Anexo X.	·	
A	Anexo XI.	Alterações aos instrumentos	210
A	Anexo XII.		
A	Anexo XIII	· ·	
A	Anexo XIV	Categorias da análise de conteúdo	216
Índi	ce de	figuras	
Figura 1	. Fluxogra	ama do processo de intervenção social em CAD	23
6.2.1. Quanto aos problemas diagnosticados	31		
	38		
Figura 5	. Caracte	rização sociodemográfica dos casos. B – Habitação, Saúde, Justiça e Situação Económica (nº de cas	sos)50
Figura 6	. Caracte	rização sociodemográfica dos casos. C – Saúde, Justiça e Situação Económica (nº de casos)	51
Figura 7	. Caracte	rização sociodemográfica dos casos. D – Consumos e Tratamento	51
Figura 8	. Configu	ração do Mapa de Redes	79
Figura 9	. Diagram	na Analítico de Resultados	168

Figura 10. Matriz Analítica da Avaliação SWOT	172
Figura 11. Análise SWOT do Modelo de Mediação Social e Comunitária em CAD	173

Índice de gráficos

Gráfico 1. N.º de casos/UIL pertencentes à amostra em cada região, por tipo de UIL (N=18)	34
Gráfico 2. Tipo de Unidades de Intervenção Local (N=18)	34
Gráfico 3. População dos territórios abrangidos pelas Unidades de Intervenção Local (N=18)	35
Gráfico 4. Dimensão da Equipa Técnica das UIL (N=18)	35
Gráfico 5. № de entrevistas realizadas por região e por tipo de Unidade de Intervenção Local (N=51)	35
Gráfico 6. Tipo de entrevistados (N=51)	36
Gráfico 7. Problemas diagnosticados no pilar da Comunicação (N=43)	82
Gráfico 8. Tipo de conflitos diagnosticados (N=41)	82
Gráfico 9. Tipo de dificuldades de comunicação (N=20)	83
Gráfico 10. Tipo de dificuldades comunicacionais no processo de intervenção (N=9)	84
Gráfico 11. Estratégias de Comunicação desenvolvidas no processo de intervenção (N=28)	84
Gráfico 12. Estratégias específicas de intervenção desenvolvidas para a resolução de conflitos (N=32)	86
Gráfico 13. Impacto da intervenção no pilar da comunicação (N=48)	87
Gráfico 14. Impactos positivos da intervenção no pilar da comunicação - âmbito individual (N=32)	87
Gráfico 15. Impacto positivo da intervenção no pilar da comunicação - âmbito familiar (N=32)	88
Gráfico 16. Impacto positivos da intervenção no pilar da comunicação - âmbito terapêutico (N=34)	89
Gráfico 17. Intervenção sem impacto no pilar da comunicação (N=6)	89
Gráfico 18. Avaliação da intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=30)	90
Gráfico 19. Avaliações positivas à intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=23)	91
Gráfico 20. Avaliações negativas à intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=5)	92
Gráfico 21. Razões para não ter havido intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=8)	92
Gráfico 22. Problemas diagnosticados no pilar da Capacitação (N=31)	93
Gráfico 23. Problemas e dificuldades de âmbito individual (N=27)	94
Gráfico 24. Problemas e dificuldades no âmbito da intervenção (N=15)	94
Gráfico 25. Problemas e dificuldades no âmbito da família (N=10)	95
Gráfico 26. Estratégias de Intervenção no pilar da Capacitação individual e coletiva (N=43)	95
Gráfico 27. Estratégias de Intervenção no domínio laboral e formação (N=27)	96
Gráfico 28. Estratégias de Intervenção terapêutica dirigidas ao utente (N=18)	97
Gráfico 29. Estratégias de capacitação nos domínios da família (N=20) e instituições (N=11)	98
Gráfico 30. Impacto da intervenção no pilar da Capacitação (N=50)	99
Gráfico 31. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito individual (N=38)	100
Gráfico 32. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito terapêutico (N=36)	101
Gráfico 33. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito académico e laboral (N=20)	101
Gráfico 34. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito interpessoal (N=19)	102

Gráfico 35. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito familiar (N=6)	102
Gráfico 36. Impacto negativo ou inexistente no pilar da Capacitação (N=9)	103
Gráfico 37. Problemas diagnosticados no pilar da Valorização (N=34)	104
Gráfico 38. Problemas de âmbito social (N=26)	105
Gráfico 39. Problemas de âmbito individual e interpessoal (N=24)	106
Gráfico 40. Problemas no âmbito da articulação interinstitucional (N=9)	106
Gráfico 41. Problemas de âmbito familiar (N=8)	107
Gráfico 42. Estratégias de Valorização da Interação dos Sistemas (N=37)	107
Gráfico 43. Estratégias de valorização da interação dos sistemas a nível Institucional (N=35)	108
Gráfico 44. Estratégias de valorização da interação a nível familiar (N=12) e social (N=10)	109
Gráfico 45. Estratégias de valorização da interação de sistemas a nível Laboral (N=9)	110
Gráfico 46. Tipo de recursos que foram mobilizados (N=39)	111
Gráfico 47. Recursos terapêuticos (N=28)	111
Gráfico 48. Recursos sociais (N=25)	111
Gráfico 49. Recursos de apoio laboral (N=13), familiar (N=6) e jurídico (N=4)	112
Gráfico 50. Impacto da intervenção no pilar da Valorização (N=38)	113
Gráfico 51. Impacto positivo da intervenção no pilar da Valorização (N=34)	113
Gráfico 52. Impacto pessoal e interpessoal (N=27)	113
Gráfico 53. Impacto institucional (N=15)	114
Gráfico 54. Impacto Laboral (N=14)	114
Gráfico 55. Impacto terapêutico (N=11)	115
Gráfico 56. Impacto familiar (N=5)	116
Gráfico 57. Tipo de impacto negativo ou inexistente da intervenção do pilar da Valorização (N=10)	116
Gráfico 58. Impacto negativo de âmbito individual (N=9)	116
Gráfico 59.Impacto negativo de âmbito institucional (N=4)	117
Gráfico 60. Avaliação da articulação interinstitucional (N=37)	118
Gráfico 61. Avaliação positiva da articulação interinstitucional (N=35)	119
Gráfico 62. Avaliação negativa da articulação interinstitucional (N=10)	120
Gráfico 63. Problemas diagnosticados no pilar da Participação (N=20)	121
Gráfico 64. Estratégias de Intervenção desenvolvidas no pilar da Participação (N=38)	121
Gráfico 65. Estratégias de participação a nível terapêutico (N=37)	122
Gráfico 66. Estratégias de participação a nível familiar (N=13)	123
Gráfico 67. Estratégias de promoção da participação a nível institucional (N=12)	124
Gráfico 68. Falhas nas Estratégias de promoção da participação (N=12)	124
Gráfico 69. Impacto da intervenção no pilar da Participação (N=24)	125
Gráfico 70. Avaliação da participação de familiares no processo (N=26)	126
Gráfico 71. Avaliações positivas da participação dos familiares (N=25)	127
Gráfico 72. Problemas diagnosticados no pilar da Mobilidade (N=31)	128
Gráfico 73. Caracterização das situações de discriminação por contexto (N=26)	129
Gráfico 74. Caracterização das situações onde existem mitos e preconceitos	130

Gráfico 75. Perceções sobre os CAD (N=28)	131
Gráfico 76. Perceções desadequadas à compreensão da problemática (N=19)	132
Gráfico 77. Perceções desadequadas à compreensão da problemática, por referência do discurso (N=19)	133
Gráfico 78. Perceções adequadas à compreensão da problemática (N=15)	133
Gráfico 79. Estratégias de Intervenção desenvolvidas no pilar da Mobilidade (N=8)	134
Gráfico 80. Impacto no pilar da Mobilidade (N=42)	135
Gráfico 81. Impacto positivo no pilar da Mobilidade (N=41)	135
Gráfico 82. Impacto familiar (N=26)	136
Gráfico 83. Impacto comunitário (N=23)	137
Gráfico 84. Impacto institucional (N=14)	137
Gráfico 85. Impacto inexistente no pilar da Mobilidade (N=13)	138
Gráfico 86. Avaliação do processo de acompanhamento (N=38)	162
Gráfico 87. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento (N=38)	163
Gráfico 88. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco na intervenção (N=29)	163
Gráfico 89. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco no processo terapêutico (N=23)	164
Gráfico 90. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco individual e interpessoal (N=20)	165
Gráfico 91. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco na família (N=19)	165
Gráfico 92. Apreciações negativas ao processo de acompanhamento (N=10)	166
Tabela 1. Questionários recebidos por Unidade de Intervenção Local e por natureza da entidade (N=21)	36
Tabela 2. Natureza das entidades públicas e privadas (N=21)	37
Tabela 3. Dimensão das entidades por natureza (N=21)	37
Tabela 4. Entidades parceiras referenciadas no discurso dos entrevistados (N=46)	118
Tabela 5. Função e formação académica dos responsáveis pelo acompanhamento (N=21)	139
Tabela 6.Área de formação dos responsáveis pelo acompanhamento (N=21)	139
Tabela 7. Como se iniciou o acompanhamento por natureza da entidade (N=21)	140
Tabela 8. Periodicidade do acompanhamento por natureza da entidade (N=21)	140
Tabela 9. Áreas de intervenção em que a entidade participou (N=39)	141
Tabela 10. Número de áreas de intervenção por natureza da entidade (N=21)	141
Tabela 11. Contributos das entidades para o processo de reinserção	142
Tabela 12. Perceções sobre como decorreu o acompanhamento ao utente (N=21)	143
Tabela 13. Nível de alcance dos objetivos por natureza da entidade (N=21)	143
Tabela 14. Importância atribuída ao contributo da entidade segundo a sua natureza (N=21)	
Tabela 15. Existência de conflitos por natureza da entidade (N=21)	
Tabela 16. Tipo de conflitos reportados (N=21)	
Tabela 17. Avaliação da participação do técnico de reinserção na resolução do conflito por natureza da entidade (N=3)	
Tabela 18. Meios de contacto utilizados (N=21)	145

A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências

Tabela 19. Frequência do contacto por natureza da entidade (N=21)	146
Tabela 20. Adequação da frequência do contacto por natureza da entidade (N=21)	146
Tabela 21. Existência de contacto com outras estruturas por natureza da entidade (N=21)	147
Tabela 22. Descrição da articulação efetuada com outras estruturas (N=21)	147
Tabela 23. Importância atribuída à relação com o técnico de reinserção do CRI/CT/UA por natureza da entidade (N=21)	147
Tabela 24. Importância do trabalho conjunto por natureza da entidade (N=21)	148
Tabela 25. Participação ativa do utente nas decisões tomadas por natureza da entidade (N=21)	148
Tabela 26. Formas de participação do utente no seu processo de reinserção (N=21)	149
Tabela 27. Necessidade de atualização de conhecimentos por natureza da entidade (N=21)	149
Tabela 28. Oportunidade de aquisição de conhecimentos por natureza da entidade (N=9)	150
Tabela 29. Importância da atualização de conhecimentos para o processo de reinserção do utente por natureza da entidade (N=7)	150
Tabela 30. Alteração da opinião sobre as pessoas com CAD por natureza da entidade (N=21)	150
Tabela 31. Razões para a mudança/não mudança de perceções sobre os CAD (N=21)	151
Tabela 32. Existência de diferenças no tratamento do utente dentro da entidade pelo facto de ter CAD (N=21)	151
Tabela 33. Justificações para a ocorrência de discriminação na entidade (N=4)	152
Tabela 34. Existência de diferenças no tratamento do utente na comunidade/meio envolvente por ter CAD (N=21)	152
Tabela 35. Justificações para a ocorrência de situações de discriminação na comunidade (N=4)	153
Tabela 36. Distribuição do diagnóstico efetuado por pilar e nível de intervenção (N=51 entrevistas)	157
Tabela 37. Distribuição das estratégias desenvolvidas em cada pilar, por nível de intervenção (N=51 entrevistas)	158
Tabela 38. Distribuição dos impactos da intervenção em cada pilar, por nível de intervenção (N=51 entrevistas)	160
Tabela 39. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização dos problemas diagnosticados, por pilar (N=51)	161
Tabela 40.Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização da intervenção desenvolvida, por pilar (N=51)	161
Tabela 41. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização do impacto da intervenção, por pilar (N=51)	162
Tabela 42. Apreciações sobre o processo de acompanhamento, por tipo de entrevistado	162

Siglas e Abreviaturas

ARS, I.P. • Administração Regional de Saúde, Instituto Público

CAD • Comportamentos Aditivos e Dependências

CEI+ Contrato Emprego-Inserção +

CRI • Centro de Respostas Integradas

CT • Comunidade Terapêutica

DICAD • Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

FPCE • Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

GIP • Gabinete de Inserção Profissional

IEFP • Instituto do Emprego e Formação Profissional

IPSS • Instituição Particular de Solidariedade Social

LOMSC • Linhas Orientadoras da Mediação Social e Comunitária

MIR • Modelo de Intervenção em Reinserção

MSC • Mediação Social e Comunitária

NA • Não Aplicável

NR • Não Respondido

OCIS • Observatório da Cidadania e Intervenção Social

PII • Plano Individual de Inserção

PLA • Problemas Ligados ao Álcool

RSI • Rendimento Social de Inserção

SICAD • Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Sistema de Informação Multidisciplinar

Unidade de Alcoologia

Universidade de Coimbra

UD • Unidade de Desabituação

UIL • Unidade de Intervenção Local

VIH • Virus da Imunodeficiência Humana

Introdução

A formatação de qualquer modelo em qualquer área de intervenção pode colocar em risco a força, a originalidade, a inovação e as capacidades de adaptação da ação aos novos públicos-alvo e problemáticas. É fundamental desenvolver estratégias que permitam integrar os saberes específicos de cada interventor, através de um processo de auscultação rigorosa das perceções de cada sujeito sobre o processo de intervenção em que está envolvido e do tratamento de uma informação recolhida de forma ajustada e participada.

As Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, documento publicado em 2014 pelo SICAD, no âmbito de um trabalho de pesquisa e de consultoria protocolado com a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC), através do Observatório da Cidadania e Intervenção Social (OCIS) nela integrado, foi elaborado mediante uma metodologia participativa de diferentes profissionais com longa e vasta experiência profissional no domínio e espelha a necessidade de ponderar caminhos inovadores no âmbito da reinserção de pessoas com CAD. Baseado no modelo circular de articulação entre Teoria-Prática-Reflexão-Teoria, pressupõe que a teoria estruturada nessa relação seja revertida a todos os que intervêm neste domínio e possa ser avaliada a sua aplicabilidade no terreno.

Considerando o caráter complexo e inovador do documento produzido, a nível conceptual, e considerando que o mesmo abre caminho para uma intervenção baseada na investigação-ação, a avaliação implica necessariamente a construção de instrumentos que permitam considerar os resultados da intervenção e a alteração das representações sociais e outras vertentes de caráter eminentemente qualitativo. Considerou-se, por isso, alertar no próprio documento para a necessidade de ultrapassar a dimensão quantitativa da avaliação, de forma a permitir evidenciar o impacto das intervenções no indivíduo e nos sistemas sociais (nível micro, meso e macro). Visando dar continuidade a esta reflexão, o grupo de trabalho interinstitucional que elaborou as linhas

orientadoras mobilizou-se para iniciar um processo avaliativo do modelo criado, através da implementação de uma investigação.

Esta investigação centra-se na compreensão da aplicabilidade das Linhas Orientadoras e toma por referência central factos e perceções sobre contextos, processos, estratégias e resultados da intervenção social desenvolvida em diferentes Unidades de Intervenção Local (UIL) das Administrações Regionais de Saúde (ARS) distribuídas pelas diferentes zonas territoriais. Na medida em que integra conhecimentos e saberes implícitos às práticas e vivências profissionais e pessoais, na perspetiva tanto dos técnicos de reinserção como de diferentes e diversos stakeholders envolvidos no processo de reinserção, trata-se de uma pesquisa abrangente sobre a especificidade dos processos e estratégias de intervenção, a particularidade dos sujeitos e dos contextos de vida, e diversidade dos saberes e dos resultados da intervenção em reinserção de pessoas com CAD.

Desenvolvida sob o prisma das metodologias qualitativas que se centram na procura de nexos de sentido, e na especificação do detalhe e pormenor compreensivos dos factos, esta investigação optou por um plano misto de

estudo de casos, multicasos e multiperspetiva, que alia a componente descritiva à componente analítica e reflexiva. A reflexividade foi transversal à construção do fluxograma da intervenção na área de reinserção em CAD e do desenho da pesquisa, que é complexa e exigente tanto pela multidimensionalidade dos fatores considerados no modelo de análise, como pela diversidade dos sujeitos participantes e ainda pelo rigor dos procedimentos de recolha, registo e análise dos dados.

Trata-se de uma investigação desenvolvida por um grupo de trabalho experiente na ação direta e na coordenação de equipas e serviços, que se transformou numa equipa de investigação motivada pelo desiderato da construção de conhecimento numa área onde existe uma lacuna de produção científica, alicerçado numa leitura compreensiva da prática desenvolvida no terreno. Para além da descrição e compreensão do modelo concetual e operativo da mediação social e comunitária construído pelo grupo, o seu desafio maior consistia em integrar e produzir uma leitura avaliativa sobre as mudanças a nível pessoal, interpessoal, familiar e comunitária que potenciassem a apresentação de recomendações sobre a reinserção social.

A investigação desenvolvida baseia-se no estudo de 18 casos, com recurso a pesquisa documental e a entrevistas semiestruturadas a técnicos de reinserção, cidadãos com CAD e famílias (num total de 51 entrevistas), assim como inquérito por questionário dirigido a entidades parceiras (total de 21). Este processo iniciou-se em setembro de 2015, com formação na área da metodologia científica, que antecedeu a elaboração do projeto, e prolongou-se até ao final de 2020, tendo em conta a complexidade do desenho da pesquisa e a elevada dimensão da informação recolhida e analisada.

O presente documento apresenta, de seguida, o produto final da investigação realizada. Dividido em duas partes, o documento começa por refletir sobre o processo de intervenção social em comportamentos aditivos e dependências (CAD), situando os pressupostos teóricos da reinserção e do Modelo de Mediação Social e Comunitária. No âmbito desta reflexão é apresentado o fluxograma do processo de intervenção social em CAD, no sentido de identificar a sua dinâmica concetual e operativa, construído pela equipa a partir da experiência do terreno.

Ainda na Parte I do relatório, são descritas, de forma aprofundada, as opções tomadas em relação à definição do problema, objetivos e finalidades da pesquisa, assim como os aspetos metodológicos associados à constituição da amostra, construção dos instrumentos de recolha de dados e etapas e procedimentos de recolha de informação que foram seguidos.

A Parte II do documento é dedicada à apresentação do estudo multicasos e multiperspectiva realizado. Respondendo à necessidade de especificar as características sociodemográficas da população estudada e compreender o contexto da intervenção e da dinâmica associada à construção dos problemas sociais por ela vivenciados, o capítulo terceiro descreve os 18 casos estudados e integra uma análise das suas interações familiares e redes de apoio.

O capítulo quarto apresenta os processos e resultados da intervenção na reinserção de pessoas com CAD, na perspetiva dos técnicos de reinserção, utentes e familiares entrevistados, dando corpo à descrição e análise das principais conclusões da pesquisa. O capítulo foi estruturado em cinco grandes subcapítulos, que correspondem aos cinco pilares da intervenção do modelo de mediação social e comunitária. Assim, para cada um dos pilares (comunicação, capacitação, valorização, participação e mobilidade) são apresentados os resultados obtidos na análise de conteúdo das 51 entrevistas realizadas. Cada um destes subcapítulos apresenta uma estrutura semelhante: inicia-se com a apresentação do

diagnóstico que foi realizado e que caracteriza as problemáticas existentes no âmbito daquele pilar; seguidamente são analisados os processos e estratégias de intervenção que foram desenvolvidos ao longo do acompanhamento pelo técnico de reinserção; e por fim, é efetuada uma avaliação de resultados atingidos, definidos enquanto impacto da intervenção no âmbito do respetivo pilar.

A análise de conteúdo produziu centenas de categorias que descrevem o diagnóstico, os processos e estratégias de intervenção e o impacto dessa intervenção. Para facilitar a organização destas categorias, foram criadas categorias-tipo que permitiram a agregação de categorias de acordo com os diferentes âmbitos: individual, social, familiar, terapêutico, institucional, laboral, comunitário, entre outros, incluindo sempre os impactos percecionados como positivos, mas também os negativos.

No capítulo quinto é apresentada a componente relativa aos *stakeholders* institucionais, ou seja, às entidades parceiras que foram auscultadas através do inquérito por questionário. A análise dos resultados do inquérito vem complementar o estudo multiperspetiva, traduzindo aquilo que foram as experiências vividas pelas entidades parceiras no acompanhamento e integração de pessoas com CAD. São, assim, apresentadas variáveis de caracterização do acompanhamento efetuado, da

articulação com o técnico de reinserção, da participação do utente e da participação do parceiro.

O sexto e último capítulo do relatório pretende efetuar um balanço dos principais resultados, resumindo os aspetos a destacar no âmbito do diagnóstico, dos processos e estratégias de intervenção e das mudanças percecionadas sob o ponto de vista dos diferentes entrevistados. Para uma visualização mais facilitada dos resultados, foi construído um Diagrama Analítico, que apresenta de forma gráfica as principais categorias da análise de conteúdo, tendo como universo os 18 casos estudados.

Por fim, o sexto capítulo encerra com a avaliação das potencialidades e limites do modelo, através da apresentação da Análise SWOT do Modelo de Mediação Social e Comunitária. A análise das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças, do ponto de vista do modelo e dos resultados obtidos, permite evidenciar os fatores dominantes que influenciam a intervenção, a nível interno e externo e produzir orientações estratégicas relevantes, aliando o processo de intervenção ao seu contexto específico. Esta reflexão produziu recomendações para a intervenção na área da reinserção, que se encontram explanadas na conclusão deste relatório.

Parte I

O processo de intervenção social em comportamentos aditivos e dependências: do projeto de investigação às questões operativas



1. Processo de intervenção social em CAD

1.1. Do modelo de intervenção em reinserção ao modelo da mediação social e comunitária na reinserção de pessoas com CAD

A reinserção social de pessoas com comportamentos aditivos e dependências é uma das áreas de intervenção que é desenvolvida nos Centros de Respostas Integradas (CRI), Unidades de Alcoologia (UA) e Comunidades Terapêuticas (CT), das Administrações Regionais de Saúde (ARS) por todo o país. Esta intervenção visa, sobretudo, o desenvolvimento da autonomia e a promoção da cidadania plena. Para tal, preconiza-se uma abordagem centralizada no cidadão e no seu meio ambiente, assente no estabelecimento de uma relação de confiança entre utente e técnico de reinserção.

O processo de reinserção caracteriza-se por ter uma componente de ressocialização, de reestruturação pessoal e recuperação da autoimagem, tendo como objetivo a construção de um projeto de vida satisfatório e sustentável, onde a família e a comunidade desempenham um papel fundamental.

Inicia-se no momento em que a pessoa com CAD decide procurar ajuda e prolonga-se até ao estabelecimento de um quadro de vida com autossuficiência e satisfação pessoal. (Carvalho, 2007: 6 -11).

Este é um processo lento e sinuoso, que exige intervenções globais e sistémicas, que permitam imprimir mudança nos indivíduos, mas também no meio social

onde estes se inserem. A transformação das instituições, dos agentes sociais e económicos é essencial para que a reinserção possa ser efetiva (PORI, 2008, 88). Efetivamente, não basta a mudança de atitudes e comportamentos por parte do cidadão com CAD ou a aquisição de competências relacionais e profissionais, se o meio onde ele se insere não apresentar condições que permitam a inserção (Carvalho, 2007:18).

Do ponto de vista dos normativos em vigor, a intervenção tem como referência o Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), definido em 2009 pelo IDT, I.P. Este apresenta um conjunto de pressupostos e diretrizes para a intervenção, definindo um "modelo conceptual orientador da intervenção que contempla as várias dimensões da vida do utente, a nível individual e familiar, e a dimensão sistemas sociais. As estratégias sistemáticas de acompanhamento e de mediação social são apontadas como fundamentais nos processos de inserção sustentados e duradouros." (IDT, 2009, 12).

Este modelo prevê o estabelecimento de uma relação significativa com os cidadãos com CAD, a avaliação das necessidades multidimensionais que apresentam, a negociação e a contratualização de um Plano Individual de Inserção (PII) e o acompanhamento e avaliação periódica.

Este acompanhamento segue a lógica de gestão de caso e prevê a dinamização de estratégias de mediação social na articulação com os sistemas sociais. A família representa um papel importante na recuperação do cidadão com CAD e deve ser envolvida no processo, sempre que possível.

A reinserção implica o desenvolvimento das condições pessoais e ambientais com uma inegável dimensão social e política. No domínio dos CAD, a intervenção tem que ter um carácter transformador do ambiente em que o indivíduo está inserido. Se não houver uma alteração das condições de reprodução da pobreza, de exclusão, todo o processo de reinserção fica hipotecado. A reinserção social tem que ser equacionada do ponto de vista individual, interindividual, social e político. Nas sociedades atuais, a reinserção implica uma conceção de intervenção multidimensional que se reveja num projeto de construção intersectorial de forma integrada e não segmentada. É necessário intervir ao nível dos fatores pessoais e sociais que condicionam a autonomia do cidadão, o que vem reforçar o carater dinâmico e estratégico da reinserção.

A intervenção em reinserção que é desenvolvida junto dos cidadãos com comportamentos aditivos e dependências (CAD) visa, sobretudo, o desenvolvimento da autonomia e a promoção da cidadania plena. Pretende promover a mudança, de forma a inverter processos de exclusão, e maximizar as potencialidades dos indivíduos, num processo participado e colaborativo. Para tal, preconiza-se uma abordagem assente no estabelecimento de uma relação de confiança entre utente e técnico de reinserção, que seja simultaneamente centralizada no cidadão e no seu meio ambiente. Neste processo, a dimensão políticoestratégica do modelo de intervenção não é uma variável passiva, e configura-se em oportunidades, onde o Estado e a Sociedade Civil desempenham papéis relevantes a nível da estruturação da iniciativa e do enquadramento sociopolítico de propostas e projetos inovadores a nível nacional, local e comunitário.

Esta intervenção tem como objetivo o desenvolvimento de competências nas várias áreas de vida e a (re)aproximação do cidadão com CAD das redes primárias e secundárias. Integra um *continuum* não linear de cuidados, desenhados em função de um diagnóstico social e de um planeamento efetuado em conjunto com os

diversos *stakeholders*, desde o próprio cidadão, à sua família e a entidades parceiras envolvidas. Neste processo, a intervenção não se limita a agir junto dos cidadãos com CAD, mas ultrapassa o âmbito individual, e abrangendo os sistemas sociais mais relevantes, desde a família, as empresas, a comunidade, entre outros.

Em 2014, fruto de um exercício de aprofundamento do MIR, foram elaboradas as Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências. Estas linhas orientadoras vêm evidenciar de que forma a mediação social e comunitária se encontra integrada nas práticas quotidianas dos técnicos de reinserção. Vem, ainda, demonstrar a relevância da utilização do modelo de mediação social e comunitária na reinserção de pessoas com CAD.

De acordo com aquele documento de revisão de literatura e de natureza reflexiva, a mediação social assume uma dimensão conceptual orientadora do processo de intervenção social e uma dimensão instrumental privilegiada e facilitadora do processo de reinserção social dos cidadãos com CAD. Neste domínio, a intervenção possui uma dupla estratégia: por um lado, contribui para o fortalecimento da capacidade crítica dos indivíduos, para o aumento dos recursos e da sua capacidade para agir; e por outro lado, prepara os sistemas sociais para a promoção da inclusão destas pessoas.

Traduz-se, pois, num processo simultaneamente individual e coletivo capaz de impulsionar mudanças tanto nos indivíduos envolvidos em processos de reinserção, como nas estruturas que dispõem dos recursos para incluir (Almeida e Carvalho et al., 2014, pág. 12-13).

A prática da medição social no domínio da reinserção é promotora da integração de indivíduos que vivenciam processos de exclusão social, através de ações restauradoras dos vínculos sociais e de respostas inovadoras, assentes em mecanismos de reconstrução do tecido social. Assim, a mediação não é apenas um meio alternativo de resolução de conflitos, mas afirma-se também como um modelo de intervenção propiciador da transformação das relações sociais. Conceptualmente comporta três níveis de ação: nível micro, mobiliza processos de reinserção dos cidadãos; nível meso, promove o envolvimento das redes de solidariedade primária, das famílias e/ou outros elementos significativos; e nível macro, transforma contextos sociais relevantes para o processo de desenvolvimento da autonomia dos indivíduos numa sociedade inclusiva. Aqui a mediação comunitária visa dotar os membros de uma comunidade de competências simultaneamente para participar na resolução de conflitos e para reestabelecer a coesão social de forma autónoma e responsável, visando

a regulação e a integração social, através da gestão de conflitos pelas comunidades.

Na sua vertente comunitária, a mediação pressupõe o desenvolvimento de um projeto de intervenção social autónomo, mas suportado no fortalecimento das relações de vizinhança e integrado nas redes de sociabilidade local e territorial. Neste pressuposto, surge relacionada com o conceito de empowerment, entendido como um movimento intencional dinâmico, centrado na comunidade local, envolvendo o respeito mútuo, a reflexão crítica, a participação e a partilha dos recursos comunitários. As dimensões social e comunitária complementam-se: se a primeira procura a reinserção dos indivíduos através de mecanismos de reconstrução das interações positivas com a sociedade, facilitadores do processo de socialização, a mediação comunitária ambiciona o envolvimento da população-alvo na negociação das regras de resolução dos seus conflitos e na gestão dos recursos, por via do acordo entre interesses coletivamente partilháveis e apropriáveis.

1.2. Fluxograma do processo de intervenção social em CAD

O complexo modelo de intervenção delineado no referido documento traduz um conceito de Mediação Social e Comunitária entendido como um processo global aberto, sequencial, interdependente e estratégico na ação, alicerçado e realimentado no cruzamento de conhecimentos teóricos, organizacionais, operativos e axiológicos e que potencia mudanças e transformações pessoais e interpessoais, organizacionais, sociais e políticas.

O fluxograma do processo de Intervenção Social em CAD, elaborado por aproximações à realidade de trabalho, resulta do cruzamento da matriz teórica e do conhecimento reflexivo da equipa de intervenção e pesquisa sobre as práticas desenvolvidas neste domínio temático e identifica as suas principais caraterísticas, patentes num esquema dinâmico do processo apresentado na figura 1.

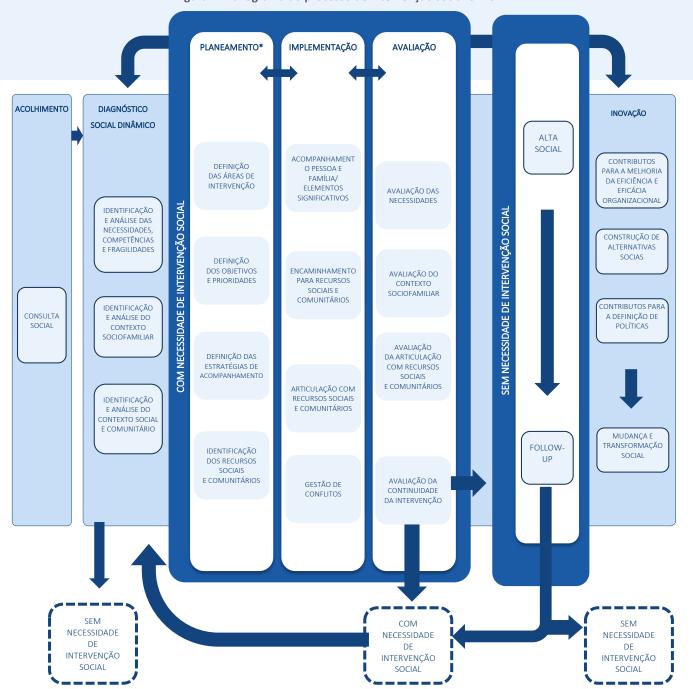


Figura 1. Fluxograma do processo de intervenção social em CAD

A leitura do fluxograma apresentado coloca em evidência que a intervenção segundo o modelo teórico de mediação social e comunitária é complexa na sua estrutura, objetivos e operacionalização.

É antecedido, no âmbito da Consulta Social, por um momento de acolhimento que se pretende seja criador de ambiente de comunicação horizontal com o utente e/ou familiares que recorrem aos serviços, condição fundamental para o início do processo de intervenção profissional.

^{*} O planeamento da intervenção social é efetuado, sempre que possível, através da utilização do **Plano Individual de Inserção**, que é um instrumento que permite a definição, negociação, contratualização e corresponsabilização na prossecução dos objetivos e estratégias acordadas com o próprio utente, com base nas necessidades individuais diagnosticadas.

O *Diagnóstico* constitui a fase de identificação e avaliação do contexto, das caraterísticas pessoais e sociais e das vivências dos sujeitos, e assume no processo de intervenção um carater dinâmico entre a descrição e a análise de diferentes dimensões do estudo: necessidades, competências e fragilidades das pessoas e situações; contexto sociofamiliar e contexto social e comunitário.

A Ficha Complementar Social iniciada no momento do acolhimento é aqui preenchida com informação relevante onde se incluem acontecimentos associados à intervenção individual e familiar de natureza assistencial ou não, que permitam a realização da ponderação dos fatores associados à situação apresentada pelo(a) utente e ou familiar/pessoa significativa e vivências ocorridas. Dessa avaliação resulta a continuidade da intervenção. No caso de esta avaliação não indiciar a necessidade de intervenção no âmbito dos objetivos dos serviços onde se enquadra o técnico de reinserção, ou dos recursos internos disponíveis, o processo sai da lógica de continuidade que o carateriza.

Perante o diagnóstico de necessidade de intervenção inicia-se aquilo que em termos metodológicos é designado por intervenção integrada planificada. De acordo com o fluxograma, o planeamento possui uma dimensão estratégica, social e política, não é meramente técnico. Inclui 3 fases articuladas e concebidas numa lógica participativa e colaborativa: A planificação, a implementação e a avaliação da intervenção. Na planificação é requerida a definição de áreas de incidência da intervenção (educação, saúde, emprego,...), a definição dos objetivos de intervenção e das prioridades a seguir em função do diagnóstico efetuado, a definição das estratégias de acompanhamento psicossocial e a identificação dos recursos disponíveis e estruturas externas ou internas para efeito de encaminhamento.

À ficha anterior acresce a avaliação social. O Plano individual de Inserção é, neste contexto, uma ferramenta importante na metodologia participativa que se pretende implementar, e permite a definição de metas a atingir, a negociação, a contratualização e corresponsabilização na prossecução dos objetivos e estratégias acordadas com o utente, família ou pessoa significativa com base nas necessidades identificadas.

implementação da intervenção integra acompanhamento individual e familiar ou de pessoas significativas, o encaminhamento para respostas da e na comunidade, a articulação interinstitucional e com grupos ou movimentos da comunidade e a gestão de conflitos que permeia a quase totalidade das situações diagnosticadas. Antes, durante e após a intervenção é incontornável a avaliação do percurso efetuado e dos resultados atingidos, mesmo que sejam diminutos ou pouco expressivos. Ela implica a análise da relevância do encaminhamento efetuado para os objetivos reinserção traçados, a análise das mudanças ou transformações ocorridas a nível das necessidades diagnosticadas, e a ponderação da necessidade de dar continuidade ou não à intervenção.

É a avaliação transversal ao processo de intervenção que o realimenta e o torna dinâmico, do diagnóstico à intervenção planificada, de forma consciente ou não por parte dos técnicos de reinserção. Sendo desnecessária a intervenção, pela ocorrência de transformações pessoais e interpessoais, organizacionais, sociais e políticas, alterações positivas ou resolução dos fatores que estiveram na origem processo, é dada alta social e após um ano, ele é revisto em follow-up para tomada de decisão sobre a continuidade ou renovação da intervenção, podendo, em alternativa, sair do sistema de apoio à reinserção em situações de CAD.

1.2.1. Leitura analítica do processo de intervenção social em CAD

I – É UM PROCESSO ABERTO E GLOBAL

Implica uma sucessão de procedimentos colocados em prática consoante as necessidades diagnosticadas num continuum de avaliação dinâmica associada à ação. A conceção de processo é potenciadora de mudanças e transformações a nível pessoal, interpessoal, organizacional e, ou social e político, consoante as potencialidades e

constrangimentos existentes na intervenção. Enquanto processo, o fluxograma assenta no pressuposto de que a intervenção social articula conhecimentos de diversa natureza, que de forma direta ou indireta lhe conferem especificidade.

1

Conhecimentos teóricos sobre a problemática dos comportamentos aditivos e dependências e problemas associados a nível individual, familiar e social, sobre as políticas sociais públicas existentes e, ou necessárias, e sobre as metodologias de ação entendidas como uma lógica e uma heurística orientada por objetivos profissionais e organizacionais específicos;

2

Conhecimentos organizacionais reguladores de procedimentos no contexto de intervenção ou decorrentes de rotinas instituídas, tais como documentos normativos, guias e orientações harmonizadoras da atividade profissional, documentos informativos sobre a estrutura e funcionamento da organização, plataformas digitais, entre outros;

3

Conhecimentos operativos (formais e informais) decorrentes do cruzamento de saberes práticos colocados em evidência durante a ação (habilidades e competências relacionais de comunicação e escuta ativa, de negociação e estabelecimento de acordos, de facilitação, de articulação com outros profissionais e organizações, entre outros) com conhecimentos teóricos (intervenção em crise, intervenção centrada na relação, *empowerment*, *advocacy*, mediação, gestão de casos, intervenção em rede, trabalho com grupos, intervenção em equipa, entre outros);

4

Conhecimentos axiológicos que atravessam todo o processo de forma integrada na relação que se estabelece entre teoria e ação na prática profissional (respeito pela pessoa, defesa da dignidade humana e justiça social, defesa de direitos de cidadania, direito à confidencialidade, entre outros).

II – É UM PROCESSO SEQUENCIAL

A intervenção social em CAD assenta numa sequência de momentos (acolhimento, intervenção/acompanhamento, alta), etapas de ação (diagnóstico dinâmico de necessidades, oportunidades e constrangimentos, seguido de planeamento com definição de estratégias de intervenção adequadas à situação vivenciada e diagnosticada, implementação e avaliação da intervenção) e aplicação de instrumentos (Ficha Complementar Social, Ficha de Acompanhamento e Avaliação Social).

Como processo sequencial conta com a participação de diversos atores que vivenciam dificuldades, consubstanciadas em necessidades diversas diagnosticadas de forma dinâmica, descritiva e avaliativa, com diversos atores (pessoas com CAD, família, pessoas significativas, vizinhos, profissionais) e durante o processo de ação.

III – É UM PROCESSO INTERDEPENDENTE E ESTRATÉGICO

A intervenção corresponde a um *continuum* não linear de ações, que se reelaboram no quotidiano profissional e que obedecem a uma lógica de co-construção em torno de objetivos estabelecidos, e que têm impacto nas dinâmicas de procura de alternativas a nível pessoal e sociocomunitário. Como processo interdependente e estratégico, a intervenção ajusta-se à complexidade das situações e ao carater sistémico das ações e seus impactes a nível pessoal, interpessoal e comunitário.

IV – É UM PROCESSO QUE POTENCIA MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES

Tratando-se de um processo aberto e global, e simultaneamente sequencial de momentos, etapas e procedimentos, e interdependente e estratégico na ação, assume a avaliação como um processo alimentador da intervenção com potencialidade de impacte a nível pessoal, interpessoal, organizacional, social e político.

A nível pessoal e interpessoal

A intervenção diagnóstica e planificada cria oportunidades de expressão de sentimentos face a situações vivenciadas pelas pessoas com CAD no seu contexto de vida, que são acompanhadas por profissionais, potenciando o aumento de consciência sobre si mesmas e sobre o seu meio envolvente, facilita o aumento de autonomia de pensar e agir e estimula a tomada de decisão.

A nível organizacional

A avaliação efetuada ao longo do processo, para além da sua expressão a nível individual (pessoas com CAD) e coletivo (família, comunidade), potencia a criação de instrumentos que melhoram a eficiência e eficácia organizacional e profissional.

A nível social e político

A intervenção baseada num continuum transversal de avaliação diagnóstica e de intervenção, potencia a identificação de lacunas de apoio comunitárias e permite a estruturação de propostas de criação de novas estruturas políticas e sociais ou novos modos de agir (Inovação).

2. Problema de pesquisa, objetivos e opções metodológicas

2.1. Formulação do problema

Um ano após a publicação do documento *Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências* (LOMSC), a equipa considerou pertinente proceder a um estudo sobre a aplicabilidade do modelo construído no quotidiano das organizações de resposta no âmbito da problemática em apreço. O modelo identifica procedimentos cuja regularidade está fortemente ligada ao contexto da intervenção (político, social e económico, a nível micro, meso e macro) e dos sujeitos envolvidos na ação (profissionais, utentes, familiares/pessoas significativas e parceiros).

As preocupações com a avaliação da aplicabilidade do modelo criado constituem uma fonte de questionamento da equipa de pesquisa, no sentido de permitir a compreensão multiperspetiva do modelo de Mediação Social e Comunitária (MSC) desenvolvido em diferentes contextos organizacionais, através do cruzamento de olhares dos referidos atores intervenientes no processo de reinserção.

Considerando a diversidade das unidades do sistema de intervenção em CAD (a nível nacional) e a diversidade de sujeitos envolvidos, e dada a ausência de estudos baseados em evidências sobre os processos de intervenção no domínio da reinserção de pessoas com CAD, importa investigar sobre os fatores que interferem e sobre a forma como estão presentes na diferenciação dos procedimentos e dos resultados registados durante e após o acompanhamento de reinserção.

O estudo toma como objeto a aplicabilidade das LOMSC no processo de reinserção de pessoas com CAD e centra a sua atenção sobre factos e perceções a nível dos processos (como, quando, onde, com quem...), e dos produtos de intervenção (resultados em termos de avaliação de mudanças ocorridas, potencialidades e limites).

O problema de pesquisa, formulado sob forma de pergunta de partida e questões orientadoras, é especificado deste modo:

QUESTÃO ORIENTADORA DA PESQUISA

Quais os processos e resultados da aplicação do modelo de MSC no quotidiano profissional no âmbito da reinserção de pessoas com CAD?

QUESTÕES SUBSIDIÁRIAS*

- Que procedimentos e que resultados (mudanças) estão associados ao processo de reinserção de pessoas com CAD?
- Que limites e potencialidades são identificados na intervenção desenvolvida na lógica da Mediação Social e Comunitária?
- 3. Como s\u00e3o percecionados pelos diferentes atores do processo?

^{*} Para maior especificação e desenvolvimento do projeto.

2.2. Finalidades e objetivos da pesquisa

As finalidades e os objetivos da pesquisa são estruturantes do processo de construção do objeto, na medida em que constituem a base da escolha dos fundamentos epistemológicos e das opções metodológicas reguladoras da recolha e do tratamento da informação. Clarificam o caminho a seguir e constituem a referência permanente de coerência pragmática da pesquisa.

A presente pesquisa tem por finalidade a avaliação dos procedimentos e resultados da intervenção, contribuindo para uma análise reflexiva a nível da reinserção de pessoas com CAD. Possui objetivos descritivos e analíticos, necessários ao aprofundamento dos fatores compreensivos da intervenção através de uma abordagem qualitativa de estudo de casos multiperspetiva.

Os objetivos gerais estão igualmente definidos por eixos da pesquisa, designadamente os níveis de intervenção e os objetivos processos e produtos associados a cada um dos pilares orientadores do Modelo de Mediação Social e Comunitária, nesses níveis.

FINALIDADES DA PESQUISA

- Analisar a aplicabilidade do modelo de mediação social e comunitária (procedimentos e resultados) no processo de reinserção de pessoas com CAD.
- Contribuir para a reflexão sobre possíveis melhorias do modelo (a nível micro, meso e macro) em contextos diversificados da política nacional de reinserção de pessoas com CAD.

OBJETIVOS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO

- Identificar os fatores compreensivos da diversidade dos processos de intervenção social;
- Compreender de forma aprofundada, e sob a perspetiva dos diversos atores (utente, família, técnicos e parceiros), a conceção e o desenvolvimento da intervenção social no âmbito da reinserção de pessoas com CAD;
- Identificar os procedimentos de intervenção social integrados no modelo de MSC;
- Avaliar a eficácia das intervenções
 realizadas (mudanças, limites e
 potencialidades), sob o ponto de vista das
 perceções dos diversos stakeholders.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos visados, foram considerados os objetivos do modelo em dois eixos estruturantes para a compreensão dos procedimentos e dos resultados: (I) os níveis de intervenção do MSC; (II) os objetivos, processos e produtos associados a cada um dos pilares orientadores do modelo de MSC, nesses níveis

I - OS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO DO MSC

O modelo de MSC (Almeida e Carvalho et al., 2014, 23-27) identifica diferentes **níveis de intervenção** interdependentes e complementares.

Em cada um deles, são identificados objetivos distintos (Anexo I).

Nível Micro - Reporta-se à intervenção desenvolvida no contexto individual, ou seja, na intervenção dirigida à pessoa com CAD.

Nível Meso - Integra a intervenção dirigida à família, incluindo as relações de vizinhança e amigos (redes de solidariedade primária).

Nível Macro - Enquadra a intervenção efetuada no plano da articulação com as redes formais, instituições públicas ou privadas, as organizações, as entidades empregadoras, a comunidade em geral, entre outras.

II - OS OBJETIVOS, PROCESSOS E PRODUTOS ASSOCIADOS A CADA UM DOS PILARES ORIENTADORES DO MODELO DE MSC, NESSES NÍVEIS

Considerando estes diferentes níveis de intervenção e dada a existência de objetivos diferenciados e complementares, em cada um deles podem ser identificados pontos comuns na prática quotidiana dos profissionais, que são transversais aos vários níveis. Esses domínios transversais, o modelo MSC está estruturado em torno de 5 pilares fundamentais da intervenção (ibid, 28-30).

- 1. COMUNICAÇÃO;
- 2. CAPACITAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA;
- 3. VALORIZAÇÃO DA INTERAÇÃO DOS SISTEMAS;
- PARTICIPAÇÃO PROMOTORA DA COOPERAÇÃO E CO-CONSTRUÇÃO DE ALTERNATIVAS SOCIAIS;
- 5. MOBILIDADE DOS SISTEMAS SOCIAIS.

Na medida em que a intervenção é intencionalmente dirigida e produz impacto junto dos sujeitos com quem se trabalha, o modelo especifica, em cada pilar, processos e produtos de intervenção. Considerando os objetivos gerais estabelecidos para esta pesquisa, foram enunciados os seguintes objetivos específicos associados a cada pilar estruturante.

1. PILAR DA COMUNICAÇÃO

- Identificar os canais de comunicação ao nível micro, meso e macro, sua frequência e adequação às necessidades;
- Avaliar a perceção do utente sobre a importância e eficácia da comunicação estabelecida;
- Avaliar a perceção sobre alterações na sua capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal;
- Avaliar a perceção do técnico sobre a importância e a eficácia da comunicação a nível do relacionamento interpessoal e do restabelecimento de canais de comunicação ao nível micro, meso e macro;
- Avaliar a perceção do técnico sobre alterações na capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal ao nível micro, meso e macro;
- Avaliar a perceção do familiar sobre a importância e eficácia da comunicação;
- Avaliar a perceção do familiar sobre alterações na sua capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal;
- Avaliar a perceção do familiar sobre alterações na capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal do seu familiar com CAD.

2. PILAR DA CAPACITAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

- Conhecer de que forma os indivíduos percecionam o processo de desenvolvimento de competências;
- Compreender as perceções dos indivíduos sobre a importância da frequência destas iniciativas no seu projeto de vida;
- Conhecer a intervenção ocorrida no âmbito do desenvolvimento de competências ao nível micro, meso e macro;
- Compreender as perceções dos técnicos sobre a importância da intervenção desenvolvida ao nível micro, meso e macro para o projeto de vida da pessoa com CAD;
- Conhecer de que forma os familiares percecionam o processo de desenvolvimento de competências;
- Compreender as perceções dos familiares sobre a importância da frequência destas iniciativas no seu projeto de vida.

3. PILAR DA VALORIZAÇÃO

- Identificar os processos que potenciam o intercâmbio dinâmico entre os atores, ao nível micro, meso e macro;
- Identificar os processos que intervêm na criação de alternativas sociais para a reinserção;
- Avaliar a perceção dos indivíduos, familiares e técnicos sobre o papel desta intervenção na criação de laços sociais;
- Avaliar a perceção dos indivíduos, familiares e técnicos sobre a importância desta intervenção para o seu processo de reinserção social.

4. PILAR DA PARTICIPAÇÃO

- Identificar os procedimentos associados ao estabelecimento e operacionalização de compromissos no âmbito da promoção da cidadania;
- Analisar formas de desenvolvimento da construção dos compromissos com as pessoas com CAD;
- Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do estabelecimento de compromissos e o envolvimento de atores sociopolíticos;
- Avaliar a perceção dos técnicos sobre a importância dos compromissos no âmbito da promoção da cidadania;
- Compreender a perceção dos técnicos sobre importância da mobilização de atores políticoeconómicos na gestão de riscos sociais e tomada de decisão conjunta.

5. PILAR DA MOBILIDADE DOS SISTEMAS SOCIAIS

- Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro;
- Identificar os processos de intervenção e iniciativas desenvolvidas para a alteração das representações associadas ao CAD, ao nível meso e macro;
- Avaliar a perceção dos técnicos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro;
- Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro.

Os objetivos definidos constituíram a referência orientadora da construção dos instrumentos de pesquisa.

2.3. Modelo de análise

O estudo incide sobre factos e perceções, está focalizado nos processos e nos produtos (resultados) de intervenção e tem em consideração o cruzamento de 4 dimensões analíticas no âmbito da reinserção de pessoas com CAD, a nível micro, meso e macro (Fig. 2):

- Os contextos da pesquisa entendidos a nível macro (contexto político/comunitário), a nível meso (serviços de enquadramento das práticas de intervenção para a reinserção social) e a nível micro (situações concretas/casos).
- Os sujeitos intervenientes na Intervenção, designadamente: Técnicos de Reinserção Social em CAD, utentes, familiares/pessoas significativas e Stakeholders (parceiros institucionais / profissionais externos).

3. Os Objetivos e Processos de Intervenção, considerando:

- Os Níveis de intervenção: Nível Micro Individual, pessoas com CAD), Meso (redes de solidariedade primária) e Macro (as redes formais, instituições públicas ou privadas, as organizações, as entidades empregadoras, a comunidade em geral;
- Os Pilares do Modelo de MSC: 1 Comunicação;
 2 Capacitação individual e coletiva;
 3 Valorização da Interação dos sistemas;
 4 Participação promotora da cooperação e co-construção de alternativas sociais;
 5 Mobilidade dos sistemas sociais;
- Os objetivos traçados para cada pilar do modelo do modelo MSC no âmbito da reinserção de pessoas com CAD (a nível micro, meso e macro), focando os processos e produtos associados ao desenvolvimento da prática;
- O diagnóstico com a identificação dos fatores associados aos CAD apresentados ao técnico de reinserção, por pilar do modelo de MSC;
- Os processos e as estratégias de intervenção desenvolvidas durante o processo de intervenção, por pilar do modelo de MSC.

4. Os Resultados da Intervenção:

 Mudanças ocorridas, limites e as potencialidades do modelo MSC.

Figura 2. Modelo de Análise. Processo de intervenção: dimensões analíticas



2.4. Opções metodológicas

2.4.1. Tipo de investigação

Os estudos qualitativos partem do postulado da variabilidade de sentido na compreensão explicativa dos fenómenos e dos comportamentos.

Não buscam regularidades de natureza determinista, pelo contrário, visam um aprofundamento dos fatores compreensivos da problemática estudada, sem a pretensão de que os seus resultados sejam generalizados. Não buscam o estabelecimento de relações de causalidade, pelo que o determinismo explicativo da interdependência dos fatores baseado na objetividade e no cruzamento estatístico das variáveis de estudo não constitui o âmago do processo de construção do objeto.

Pelo contrário, procura estabelecer nexos de sentido e significado, onde o contexto e as vivências dos sujeitos se interligam e dão sentido ao observado, valorizando a intersubjetividade dos participantes.

Focaliza a compreensão da realidade em profundidade e de forma pormenorizada, permitindo a desocultação dos contextos, perceções e modos de vida dos sujeitos considerados na pesquisa (Charmaz, 2001; Flick, 2009; Creswell, 2014).

Esta investigação é essencialmente de natureza qualitativa e desenvolveu-se segundo um plano misto — *Estudo de Caso (Multicasos)*. Como modo de pesquisa, o Estudo de Caso é particularmente válido para o desenvolvimento da teoria, dado o seu potencial para atingir validade conceptual e desenvolver hipóteses, para aprofundar especificidades e analisar a complexidade das situações em estudo.

O processo de validação dos resultados decorre da triangulação de fontes (diversos sujeitos), de metodologias (diversas técnicas) e de investigadores (Yin, 2001; Lessard-Hebert, Goyette & Boutin et al, 2010; Coutinho, 2013; Coutinho e Chaves, 2002; Stake, 2012).

O estudo de caso proposto combina dados de caráter estatístico e descritivos sobre os contextos e os processos de intervenção e a análise pormenorizada da intervenção em situações específicas.

O estudo de multicasos integra, pois, a análise descritiva de situações acompanhadas pelos profissionais (anamnese) a partir da recolha e tratamento de dados da plataforma Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) e de processos em papel, e os conteúdos de entrevistas semiestruturadas realizadas a técnicos de reinserção, utentes e famílias ou pessoas significativas, e ainda inquéritos a parceiros intervenientes no acompanhamento dos utentes e famílias.

Esta estratégia de pesquisa mostrou-se adequada para a análise dos processos de intervenção de forma articulada com os pilares e objetivos constituintes do modelo de MSC, bem como as mudanças (esperadas e existentes), os constrangimentos e as potencialidades da ação desenvolvida.

2.4.2. Processo de Amostragem

Para a constituição da amostra (participantes na pesquisa) foram consideradas algumas das caraterísticas do UNIVERSO DO CAMPO DE INTERVENÇÃO, designadamente:

- A diversidade das respostas-tipo existentes em Portugal no âmbito da reinserção de pessoas com CAD (Centros de Respostas Integrados - CRI, Unidades de Alcoologia - UA e Comunidades Terapêuticas - CT).
- A diversidade de atores envolvidos e experiências profissionais existentes no processo de reinserção de pessoas com CAD (técnicos de reinserção, utentes, familiares ou pessoas significativas e parceiros).

PROCEDIMENTOS E CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA A CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

I – SELEÇÃO DAS UNIDADES ORGÂNICAS

A definição da amostra desenvolveu-se a partir da Listagem das Unidades de Intervenção Local das Administrações Regionais de Saúde, I.P. (Cf. Anexo II), abrangendo as regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, num total de 22 CRI, 3 UA, 3 CT, tendo-se optado por uma seleção aleatória segundo critérios pré-definidos.

- a) Considerou-se que seria importante incluir na amostra a totalidade das UA e CT, por serem em número reduzido e estarem distribuídas pelas regiões (uma CT e uma UA nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo), de forma a garantir a sua representatividade.
- b) No que se refere aos CRI, foi necessário efetuar a seleção aleatória dos mesmos, por serem em número elevado. Inicialmente pensou-se que a seleção dos CRI a integrar no estudo deveria ser estratificada, tendo em consideração a sua dimensão, de forma a incluir CRI de pequena, média e grande dimensão em cada uma das ARS. No entanto, a análise da realidade a nível nacional permitiu concluir que para as regiões do Algarve e Alentejo não seria possível aplicar esses

- critérios de seleção, uma vez que o número de unidades é reduzido. Assim, foram incluídos na amostra os CRI destas regiões e decidiu-se aplicar este critério apenas para as regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo. Para tal, foi analisada uma tabela com a distribuição dos CRI das referidas ARS por número de utentes ativos (dados de janeiro a setembro de 2016) e duas possibilidades de classificação por dimensão.
- c) Tendo-se verificado que em nenhuma das classificações seria possível ter representadas as ARS nas três categorias previstas (por exemplo, nas categorias> 1500 ou> 2000 não havia nenhum CRI da região Centro e nas categorias até 750 ou até 1000 utentes ativos, não havia nenhum CRI da região LVT), e considerando a listagem existente dos CRI, optou-se por uma escolha aleatória através de sorteio de 3 CRI por região. Foram excluídos deste sorteio os CRI onde os membros do grupo / investigadores desempenham funções, uma vez que estes serão responsáveis pela recolha de dados. A lista das unidades locais que integram a amostra encontra-se no anexo III.
- d) A cada uma destas unidades orgânicas corresponde um caso, perfazendo um total de 18 casos. A partir da identificação de cada caso, foram aplicados todos os instrumentos previstos, utilizando uma codificação que permita simultaneamente a sua identificação para efeitos de análise por parte da equipa e a confidencialidade dos dados referentes aos participantes da pesquisa.

II – SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A seleção dos 18 profissionais (Técnicos de Reinserção) de cada unidade local que participaram no estudo obedeceu aos seguintes critérios:

- Técnico da equipa de reinserção;

- Com experiência no atendimento direto aos utentes de pelo menos 10 anos;
- Com experiência de intervenção comunitária.

III - SELEÇÃO DOS CASOS

A seleção dos casos por parte dos técnicos de reinserção teve em consideração os seguintes critérios:

- Características dos utentes: Sujeitos maiores de idade, que apresentassem boa capacidade de comunicação, expressão verbal e compreensão das questões.
- Envolvimento da família e outros stakeholders
 (Institucionais/profissionais): O caso deveria
 incluir/envolver a família (ou outros elementos

- significativos) e parceiros durante a intervenção, uma vez que só desta forma poderíamos abranger o nível micro, meso e macro previsto nas linhas orientadoras.
- 3. Duração da Intervenção no âmbito da reinserção: os casos deveriam estar em acompanhamento no momento da recolha de dados e terem pelo menos 2 anos de acompanhamento social contínuo (nos CRI e UA); os casos deveriam estar em acompanhamento no momento da recolha de dados, ter pelo menos 12 meses de acompanhamento social e estar na fase da reinserção (nas CT).
- Registos no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM): os casos escolhidos deveriam ter um bom nível de registos no SIM.

2.4.3. Contextos e Participantes da pesquisa

Após aplicação dos requisitos definidos para a seleção das UIL, dos profissionais e dos casos, a amostra é constituída por 18 casos, distribuídos por 5 regiões e 18 Unidades (Gf. 1), que se desdobram em 18 técnicos de reinserção, utentes e familiares/outras pessoas significativas.

Como se pode observar pelo gráfico, os casos distribuem-se por todas as regiões, com especial incidência pelas regiões do Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

Relativamente às UIL, foram incluídos 12 Centros de Respostas Integradas (CRI), 3 Unidades de Alcoologia (UA) e 3 Comunidades Terapêuticas (CT).

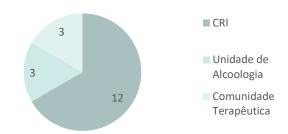
A inclusão das diferentes UIL, com diferentes características e âmbitos de intervenção permite introduzir diversidade de práticas e de contextos de intervenção no estudo.

Assim, a amostra integra na sua maioria casos de Centros de Respostas integradas (66,7%), ficando cada uma das restantes UIL (UA e CT) com 16,7% da amostra.

Gráfico 1. N.º de casos/UIL pertencentes à amostra em cada região, por tipo de UIL (N=18)



Gráfico 2. Tipo de Unidades de Intervenção Local (N=18)



DIMENSÃO DOS TERRITÓRIOS

Importa ainda aferir qual a dimensão dos territórios que estas unidades servem. Considerando que as unidades estão distribuídas por todo o país, os territórios também apresentam características diferentes (Gf. 3).

Relativamente ao número de habitantes dos territórios abrangidos pelas UIL, os mais pequenos possuem até 200 mil habitantes (11,1%), sendo que os de maior dimensão servem mais do que um milhão de habitantes. Nesta situação estão 33,3% das UIL que participam neste estudo.

TAMANHO DAS UIL

Existem ainda assimetrias assinaláveis relativamente ao tamanho das unidades. Como se situam de norte a sul do país, litoral e interior, foram consideradas unidades de dimensões variáveis (Gf. 4). Utilizando como critério para aferir a dimensão da UIL o tamanho da sua equipa técnica, verifica-se que existem unidades de diferentes dimensões, com equipas constituídas por 11 técnicos, até equipas com mais de 40 técnicos. A categoria com maior expressão remete para unidades que têm entre 11 e 20 técnicos (44,4%), sendo que apenas uma unidade tem mais do que 40 técnicos.

PARTICIPANTES

O protocolo de pesquisa previa a realização de três entrevistas por cada caso: ao técnico de reinserção que acompanhou o processo, ao utente e ao seu familiar ou outra pessoa significativa, o que perfaria um total de 54 entrevistas. No entanto, verificaram-se dificuldades na realização das entrevistas a familiares, devido a diversos fatores, designadamente a idade avançada dos familiares ou pessoas significativas, a existência de problemas de saúde ou outras razões, que impediram a realização de três das entrevistas a familiares (2 na região Norte e 1 na região do Alentejo). Assim, efetuaram-se 51 entrevistas (Gf. 5), com a seguinte distribuição por região: Norte (13); Centro (15); Lisboa e Vale do Tejo (15); Alentejo (5); e Algarve (3). Foram realizadas entrevistas em todas as regiões, embora o maior número tenha sido nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo.

Gráfico 3. População dos territórios abrangidos pelas Unidades de Intervenção Local (N=18)

- Até 200 mil habitantes
- Entre 201 e 400 mil habitantes
- Entre 401 e 600 mil habitantes
- Mais de 1 milhão de habitantes

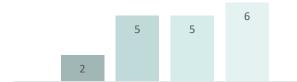


Gráfico 4. Dimensão da Equipa Técnica das UIL (N=18)

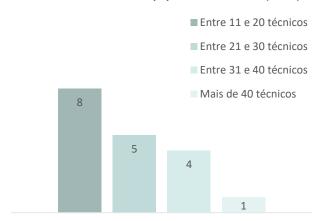
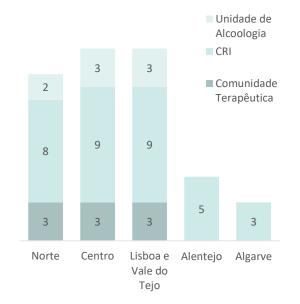
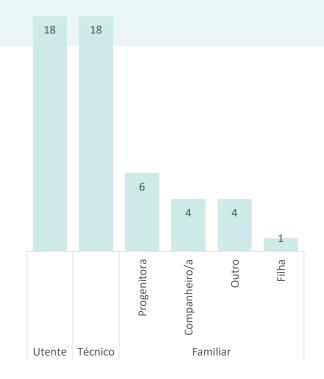


Gráfico 5. № de entrevistas realizadas por região e por tipo de Unidade de Intervenção Local (N=51)



Conforme previsto na metodologia do estudo, as entrevistas incidiram sobre os diferentes atores do processo de reinserção: o técnico de reinserção, o utente e um familiar (ou outra pessoa significativa). No gráfico seguinte apresenta-se a sua distribuição. Foram realizadas entrevistas aos técnicos de reinserção que conduziram o processo dos 18 casos em estudo, aos próprios utentes, alvo da intervenção (também 18 entrevistas) e aos familiares ou outras pessoas significativas (neste caso só foi possível realizar 15 entrevistas, das 18 previstas). O grupo de técnicos de reinserção entrevistados é constituído, exclusivamente, por Assistentes Sociais. Relativamente ao grupo dos familiares, pretendeu-se conhecer o processo de reinserção do utente acompanhado e integrado no estudo através da perspetiva de uma pessoa de família ou outra que tenha estado envolvida. Assim, os entrevistados deram o seu contributo na qualidade de mãe (6 entrevistas), companheira (4 entrevistas), filha (1 entrevista) e pessoa significativa, não pertencente à família nuclear (4 entrevistas).

Gráfico 6. Tipo de entrevistados (N=51)



INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

A perspetiva das entidades parceiras foi recolhida através da aplicação de um inquérito por questionário. Teve por referência os 18 casos e processou-se junto de diversas entidades que fizeram parte dos processos de reinserção, com um número variável por caso.

QUESTIONÁRIOS RECEBIDOS: SUA DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE UNIDADE E NATUREZA DA ENTIDADE

Foram recebidos 21 questionários, provenientes de entidades parceiras que tiveram participação nos processos de reinserção dos casos que foram estudados (tabela 1). Estas entidades são públicas e privadas, sendo que na sua maioria são entidades privadas (57,1% entidades privadas e 42,9% entidades públicas). Na maioria das situações, a cada caso estudado corresponde um questionário de um parceiro, mas houve alguns

processos de reinserção que envolveram múltiplos parceiros.

Tabela 1. Questionários recebidos por Unidade de Intervenção Local e por natureza da entidade (N=21)

Natureza da Entidade					
TIPO DE UNIDADE DE INTERVENÇÃO LOCAL	ENTIDADE PRIVADA	ENTIDADE PÚBLICA	TOTAL	%	
Centro de Respostas Integradas	9	7	16	76,19%	
Unidade de Alcoologia	2	1	3	14,28%	
Comunidade Terapêutica	1	1	2	9,53%	
Total	12	9	21	100%	
%	57,1%	42,9%		100%	

Natureza das entidades

Analisando com mais detalhe a natureza das entidades que responderam ao questionário (tabela 2), observamos que, no que se refere às entidades públicas, a maioria pertence à Administração Local (55,6%) e as restantes entidades pertencem à Administração Central (44,4%). No que se refere às entidades da Administração Central, as áreas de intervenção destas entidades são: o emprego, a justiça e a saúde.

Relativamente às entidades privadas, assumem maioritariamente a forma de IPSS (75%), existindo apenas 1 empresa e 2 entidades na forma de ONG, Associação ou Cooperativa.

Dimensão das Entidades

No que respeita à dimensão das entidades participantes nos processos de reinserção, abrangidas neste estudo (tabela 3), verificam-se dimensões muito variadas, desde grandes entidades (250 ou mais trabalhadores¹) com uma expressão de 33,3%, a pequenas entidades (entre 10 e 49 trabalhadores) – com uma expressão de 28,3%.

A partir desta perspetiva, verifica-se que as entidades privadas tendem a apresentar um menor número de trabalhadores do que as entidades do setor público.

Tabela 2. Natureza das entidades públicas e privadas (N=21)

Natureza Das Entidades Públicas	TOTAL	%
Adm. Central: Emprego	2	22,2%
Adm. Central: Justiça	1	11,1%
Adm. Central: Saúde	1	11,1%
Administração local	5	55,6%
Total	9	100%
Natureza das entidades privadas	TOTAL	%
Empresa	1	8,3%
IPSS	9	75,0%
ONG/Associação/Cooperativa	2	16,7%
Total	12	100%

Tabela 3. Dimensão das entidades por natureza (N=21)

Natureza da entidade					
DIMENSÃO DA ENTIDADE	ENTIDADE PRIVADA	ENTIDADE PÚBLICA	TOTAL	%	
Menos de 10 trabalhadores	2	2	4	19%	
Entre 10 a 49 trabalhadores	5	1	6	28,6%	
Entre 50 a 249 trabalhadores	3	1	4	19%	
250 ou mais trabalhadores	2	5	7	33,3%	
Total	12	9	21	100%	

¹ A escala utilizada está de acordo com a definição europeia de PME, expressa na *Recomendação da Comissão 96/280/CE*, de 3 de Abril de 1996. *Microempresas* - empresas com menos de 10 trabalhadores; *Pequenas empresas* - empresas com 10 a 50 trabalhadores; *Médias empresas* - empresas com 50 a 250 trabalhadores; *Grandes empresas* - empresas com mais de 250 trabalhadores. Para mais informações consultar: https://www.iapmei.pt/getattachment/PRODUTOS-E-SERVICOS/Qualificacao-Certificacao-PME/Recomendacao-da-Comissao-2003-361-CE.pdf.aspx

2.4.4. Instrumentos e procedimentos de pesquisa

A Construção dos instrumentos de recolha de dados

Foram elaborados seis instrumentos de recolha de dados e o processo de construção implicou a formação da equipa, no sentido de orientar a construção dos guiões de entrevista e dos demais instrumentos (Cf. Anexo IV).

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERVENÇÃO LOCAL

Foi elaborada uma ficha de caracterização da Unidade de Intervenção Local com o objetivo de recolher dados que permitissem caracterizar o contexto da intervenção, designadamente área geográfica de intervenção, constituição da equipa técnica, respostas disponíveis e projetos existentes de intervenção comunitária (Cf. Anexo V).

GUIÃO DE DESCRIÇÃO DO CASO: ESTRUTURA E CONTEÚDOS

O guião de descrição do caso é uma ficha síntese do caso a ser estudado, preenchida pelo técnico de reinserção que o acompanha, com o apoio do entrevistador (Cf. anexo VI). Constitui um instrumento de referência da pesquisa, na medida em que contém toda a informação sobre cada um dos casos e serve de suporte ao desenvolvimento das entrevistas. Por isso, a sua consulta pelos investigadores antes do início das mesmas é obrigatória.

O guião de descrição do caso integra: dados pessoais (8 variáveis), caraterização da procura/ pedido de intervenção (4 variáveis), História dos consumos (5 variáveis), História familiar (7 variáveis), Situação Sociolaboral à data do início do acompanhamento (8 variáveis), Dados complementares de Diagnóstico Social; Definição/ Avaliação do Problema, Processo de Intervenção, Parceiros envolvidos. (Total: 32 variáveis pré-definidas).

GUIÕES DE ENTREVISTA: ESTRUTURA COMUM

Independentemente da ordem das questões a colocar no âmbito da entrevista, cada um dos instrumentos ou guiões foi pensado com uma estrutura baseada nos cinco pilares da intervenção (comunicação, capacitação, valorização, participação e mobilidade).

Para cada um dos pilares foram definidos os objetivos das questões a colocar.

As questões incidem sobre dois aspetos:

- a) Os factos existentes referentes ao respetivo pilar, ou seja, as iniciativas, eventos ou diligências que foram tomadas ou que ocorreram num determinado âmbito durante a intervenção;
- b) As perceções do entrevistado sobre esses mesmos factos (informações observáveis, referentes aos processos e estratégias de intervenção) e sobre a sua eficácia nos processos de intervenção (mudanças, limites e potencialidades).

Assim, teremos a seguinte estrutura:

Figura 3. Estrutura dos guiões de entrevista



GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (TÉCNICOS DE REINSERÇÃO)

Este instrumento de recolha de informação está dividido em 2 blocos (Cf. Anexo VII):

- A) No Bloco A inclui a apresentação dos objetivos da pesquisa, motivação do entrevistado e enquadramento da entrevista.
- **B)** O Bloco B integra as questões a colocar, divididas por pilar.

	ESTRUTURA E CONTEÚDOS								
PILAR	OBJETIVOS	ÂMBITO DAS QUESTÕES							
Comunicação	Identificar os canais de comunicação ao nível micro, meso e macro, sua frequência e adequação às necessidades Avaliar a perceção do técnico sobre a importância e a eficácia da comunicação a nível do relacionamento interpessoal e do restabelecimento de canais de comunicação ao nível micro, meso e macro Avaliar a perceção sobre alterações na capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal ao nível micro, meso e macro	Análise do encaminhamento, pedido e adesão ao acompanhamento; Existência de conflitos e como foram solucionados; Relacionamento do utente com outros intervenientes; Importância da comunicação e relacionamento interpessoal no Processo de reinserção							
Capacitação individual e coletiva	Conhecer a intervenção ocorrida no âmbito do desenvolvimento de competências ao nível micro, meso e macro Compreender as perceções dos técnicos sobre a importância da intervenção desenvolvida ao nível micro, meso e macro para o processo de reinserção da	Identificar a intervenção desenvolvida no âmbito da promoção de competências; Identificar os conhecimentos e competências desenvolvidos e a sua importância no processo de reinserção.							
Valorização	pessoa com CAD Identificar os processos que potenciam o intercâmbio dinâmico entre os atores, ao nível micro, meso e macro Identificar os processos que intervêm na criação de alternativas sociais para a reinserção Avaliar a perceção dos técnicos sobre o papel desta intervenção na criação de laços sociais, ao nível micro, meso e macro Avaliar a perceção dos técnicos sobre a importância dessa intervenção para o processo de reinserção da pessoa com CAD	Identificar as áreas de intervenção e necessidades, identificar recursos disponíveis; Identificar fatores que condicionam o acesso aos recursos; Iniciativas de mobilização /angariação de parcerias; Ações de articulação interinstitucional; Verificar se foram (r) estabelecidos relacionamentos com pessoas significativas ou instituições.							
Participação	Identificar os procedimentos associados ao estabelecimento e operacionalização de compromissos no âmbito da promoção da cidadania Avaliar a perceção dos técnicos sobre a importância dos compromissos no âmbito da promoção da cidadania Compreender a perceção dos técnicos sobre importância da mobilização de atores político-económicos na gestão de riscos sociais e tomada de decisão conjunta	Iniciativas desenvolvidas para a regularização de documentação; Iniciativas de planeamento, monitorização e avaliação do processo de reinserção com o utente; Iniciativas de aproximação e mobilização da família, acompanhamento regular, visitas domiciliárias; Nível de participação nas iniciativas locais e participação em diagnósticos conjuntos (ex: rede social); Iniciativas de trabalho integrado e corresponsabilização de entidades locais.							
Mobilidade	Identificar os processos de intervenção e iniciativas desenvolvidas para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro Avaliar a perceção dos técnicos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro	Iniciativas de sensibilização, formação e informação junto da família e comunidade; Iniciativas de disseminação de boas práticas; Iniciativas de acompanhamento junto da família e comunidade; Que resultados ou modificações foram identificados.							

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (UTENTES)

Este instrumento de recolha de informação está dividido em 2 blocos (Cf. Anexo VIII):

- A) No Bloco A inclui a apresentação dos objetivos da entrevista, motivação do entrevistado e confirmação de informação dos dados pessoais.
- **B)** O Bloco B integra as questões a colocar, divididas por pilar.

	Estrutura e Con	ITEÚDOS
PILAR	OBJETIVOS	ÂMBITO DAS QUESTÕES
	Identificar os canais de comunicação técnico/utente, sua frequência e adequação às necessidades	Verificação a existência de alterações na relação
Comunicação	Avaliar a perceção do utente sobre a importância e eficácia da comunicação	familiar, se houve situações de conflito e como foram solucionadas, resolução de obstáculos, desconstrução
	Avaliar a perceção sobre alterações na sua capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal	da realidade, relações com as redes formais, etc.
Capacitação	Conhecer de que forma os indivíduos percecionam o processo de desenvolvimento de competências	Identificação de projetos, grupos, atividades, iniciativas associadas ao treino e desenvolvimento de
individual e coletiva	Compreender as perceções dos indivíduos sobre a importância da frequência destas iniciativas no seu processo de reinserção	competências (ex: retomar estudos, frequentar grupos de auto-ajuda, frequentar formação profissional, etc.)
	Identificar os processos que potenciam o intercâmbio dinâmico entre os atores	Identificação:
	Identificar os processos que intervêm na criação de alternativas sociais para a reinserção	 das áreas de intervenção e necessidades, recursos disponíveis; de iniciativas de mobilização/ angariação de
Valorização	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre o papel desta intervenção na criação de laços sociais	respostas; Verificação do (r) estabelecimento de
	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância dessa intervenção para o seu processo de reinserção social	relacionamentos com pessoas significativas, instituições.
	Identificar os procedimentos associados ao estabelecimento e operacionalização de compromissos no âmbito da promoção da cidadania	Identificação de: - Iniciativas desenvolvidas para a regularização de
Participação	Analisar formas de desenvolvimento da construção dos compromissos com as pessoas com CAD	documentação; - Iniciativas de planeamento, monitorização e avaliação do Plano individual de inserção e/ou
	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do estabelecimento de compromissos e o envolvimento de atores sociopolíticos	processo de reinserção; - Iniciativas de aproximação e mobilização da família; Explicitação do trabalho de consciencialização ao nível de direitos e deveres de cidadania
Mobilidade dos sistemas sociais	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro	Identificação da existência de situações de discriminação da pessoa com CAD no seio da família e/ou comunidade; Compreensão da perceção sobre existência de alterações das representações sociais no seio da família e/ou comunidade.

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (FAMILIARES / OUTRAS PESSOAS SIGNIFICATIVAS)

Este instrumento de recolha de informação está dividido em 2 blocos (Cf. Anexo IX):

- A) No Bloco A inclui a apresentação dos objetivos da entrevista, motivação do entrevistado e confirmação de informação dos dados pessoais.
- **B)** O Bloco B integra as questões a colocar, divididas por pilar.

ESTRUTURA E CONTEÚDOS							
PILAR	OBJETIVOS	ÂMBITO DAS QUESTÕES					
	Identificar os canais de comunicação familiar/utente, sua frequência e adequação às necessidades						
	Avaliar a perceção do familiar sobre a importância e eficácia da comunicação	Análise do pedido, adesão e acompanhamento; identificar conflitos e em que medida o					
Comunicação	Avaliar a perceção sobre alterações na sua capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal	importância da comunicação e relacionamento					
	Avaliar a perceção sobre alterações na capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal do seu familiar com CAD	interpessoal no Processo de reinserção do familiar.					
	Conhecer de que forma os familiares percecionam o						
Capacitação individual e	processo de desenvolvimento de competências	perceber se existiu aquisição de conhecimento e se este contribuiu para a mudança na sua relação com o familiar.					
coletiva	Compreender as perceções dos familiares sobre a importância da frequência destas iniciativas	Identificação de outros recursos/ tipos de intervenção propostos e os seus contributos para a mudança na sua relação com o familiar.					
	Identificar os processos que potenciam o intercâmbio dinâmico entre os atores						
	Identificar os processos que intervêm na criação de alternativas sociais para a reinserção	Identificação das áreas de intervenção e necessidades Identificar recursos disponíveis;					
Valorização	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre o papel desta intervenção na criação de laços sociais	Reconhecimento de iniciativas de mobilização /angariação de recursos;					
	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância dessa intervenção para o seu processo de reinserção social	Verificação se foram (r)estabelecidos relacionamentos com pessoas significativas, instituições, etc.					
	Identificar os procedimentos associados ao estabelecimento e operacionalização de compromissos no âmbito da promoção da cidadania	Iniciativas desenvolvidas para a regularização de					
Participação	Analisar formas de desenvolvimento da construção dos compromissos com as pessoas com CAD	documentação; Iniciativas de aproximação ao familiar e envolvimento no seu processo de reinserção; Verificação da existência de um acompanhamento regular;					
		Identificação de situações de discriminação da pessoa com CAD no seio da família e/ou comunidade; Análise da participação em grupos de famílias, ações de					
Mobilidade	Avaliar a perceção dos indivíduos sobre a importância do acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD, ao nível meso e macro	formação, e outras iniciativas Análise da perceção da existência de alterações das representações sociais por parte do familiar; Análise da perceção sobre a existência de alterações das representações sociais da comunidade.					

QUESTIONÁRIO (STAKEHOLDERS INSTITUCIONAIS/PROFISSIONAIS EXTERNOS)

À semelhança do que se verificou na elaboração dos guiões de entrevista, também a elaboração do questionário para os parceiros foi efetuada tendo por base a mesma estrutura subjacente, ou seja, os cinco pilares da intervenção. O questionário integra uma parte introdutória sobre as caraterísticas da pesquisa, seus objetivos e o convite à participação do parceiro,

salientando o carater confidencial e voluntário do preenchimento deste instrumento de recolha de informação. Está organizado em seis grupos de questões, que abordam aspetos referentes à organização envolvida, ao acompanhamento que foi efetuado, à articulação interinstitucional, à participação da entidade parceira e à participação do utente (Cf. Anexo X).

	ESTRUTURA E CONTEÚDOS		
PILAR	OBJETIVOS	ÂMBITO DAS QUESTÕES	
	Identificar os canais de comunicação entre utente/parceiro/técnico, sua frequência e adequação às necessidades	Reconhecimento da existência de acompanhamento pelo técnico de reinserção e dos canais de comunicação são utilizados;	
Comunicação	Avaliar a perceção do parceiro sobre a importância e eficácia da comunicação	Identificação de conflitos e em que medida o acompanhamento contribuiu para a sua resolução.	
	Avaliar a perceção sobre alterações no relacionamento interinstitucional	Avaliação da importância atribuída à comunicação e relacionamento interinstitucional para o processo de reinserção do utente.	
Capacitação	Compreender as perceções dos parceiros sobre as competências para lidar com os CAD	Identificação das intervenções desenvolvidas; perceber se existiu aquisição de conhecimento	
ndividual e coletiva	Avaliar a perceção dos parceiros sobre a existência de alterações nas suas competências	e se este contribuiu para a mudança na sua relação com o utente.	
	Identificar os processos que potenciam o intercâmbio dinâmico entre os atores (técnicos, parceiros, utentes)		
Valorização	Identificar os processos que intervêm na criação de alternativas sociais para a reinserção	Identificação da intervenção desenvolvida (parcerias, recursos e respostas disponibilizadas);	
valorização	Avaliar a perceção dos parceiros sobre o papel desta intervenção na criação de laços sociais	Compreensão sobre a importância deste tipo de intervenção no processo de reinserção.	
	Avaliar a perceção dos parceiros sobre a importância dessa intervenção para o processo de reinserção social		
	Identificar os procedimentos associados ao estabelecimento e operacionalização de compromissos no âmbito da promoção da cidadania	Identificação de: iniciativas desenvolvidas para a constituição	
Participação	Perceber o grau de envolvimento e participação dos parceiros no processo de reinserção	de parcerias; participação em iniciativas da comunidade;	
	Avaliar a perceção dos parceiros sobre a importância do estabelecimento de compromissos e o envolvimento de atores sociopolíticos	Compreensão da importância atribuída a esta intervenção no processo de reinserção.	
	Avaliar a perceção dos parceiros sobre a importância do	Identificação da existência de situações de discriminação da pessoa com CAD na comunidade e/ou na entidade parceira;	
Mobilidade	acompanhamento e intervenção continuada para a alteração das representações associadas aos CAD	Perceção da existência de alterações das representações sociais por parte do parceiro;	
		Perceção sobre a existência de alterações das representações sociais da comunidade.	

A Procedimentos e etapas da pesquisa

A recolha de informação iniciou-se com o preenchimento do Guião de descrição do caso tendo sido utilizada para o efeito, a informação disponível sobre as unidades de intervenção local e sobre cada caso. Essa informação foi depois aprofundada através de entrevistas semiestruturadas a utentes, a familiares/ outras pessoas significativas e a técnicos de reinserção que faziam o acompanhamento de cada caso, e ainda o questionário aplicado aos stakeholders institucionais intervenientes nos respetivos processos de reinserção.

DESTE MODO, O PROCESSO DE PESQUISA ENGLOBOU OS SEGUINTES PROCEDIMENTOS:

 Pesquisa documental através da plataforma SIM, documentos, relatórios e estatísticas

Objetivos: caraterização dos contextos (unidades orgânicas) (18) e dos casos (18).

Instrumentos: Guião de descrição do caso (18) e Informação sobre as unidades orgânicas consideradas na pesquisa.

 Pesquisa documental através da consulta de processos em papel

Objetivos: recolha de informação complementar sobre os casos (relatórios sociais, fichas de ligação, planos de inserção).

Instrumentos: Guião de descrição do caso (18).

• Pesquisa de campo: realização de entrevistas

Objetivos: Caraterização e compreensão do processo de intervenção social, tendo em consideração a especificidade dos casos, e análise dos resultados das ações empreendidas.

Instrumentos: a) Entrevistas semiestruturadas aplicadas aos técnicos de reinserção (18); b) Entrevistas semiestruturadas aplicadas aos utentes (18); c) Entrevistas semiestruturadas aplicadas às famílias ou pessoas significativas (18). As entrevistas foram realizadas pela ordem referida.

• Pesquisa de campo: realização de questionários

Objetivos: Recolha da perspetiva dos parceiros envolvidos nos casos em estudo (empresas e instituições).

Instrumentos: Questionário aos parceiros (21).

As técnicas utilizadas são complementares e visam recolher informação pormenorizada sobre cada um dos casos selecionados, sobre o processo de intervenção e sobre os resultados obtidos.

Foram aplicados 90 instrumentos, designadamente: 18 guiões de caso, 18 entrevistas a técnicos de reinserção, 18 entrevistas a utentes, 15 entrevistas a familiares e 21 questionários a parceiros.

ETAPAS DA RECOLHA DE DADOS

ETAPA 1: preparação do trabalho de campo

O trabalho de recolha de dados foi precedido dos seguintes procedimentos preparatórios:

- Treino da Técnica de Entrevista pela equipa dos investigadores: Dada a existência de 10 investigadores na equipa procedeu-se ao treino da técnica de entrevista, no sentido de explorar a sequência das perguntas e nas atitudes comunicacionais mais adequadas, desenvolver segurança e confiança na condução da entrevista, e evitar o enviesamento da formulação das perguntas evitando respostas socialmente aceitavéis.
- Cognitive debriefing (George, Faan, Pinilla, Abbound, Shea, e Rand, 2013): Realização da entrevista (préteste) junto dos vários grupos-tipo de entrevistados (técnicos de reinserção, utentes e familiares) no sentido de refinar a linguagem usada nos itens, evitar ambiguidades, interpretações desadequadas e pouco clareza das questões, a que se seguiu a aplicação de

um conjunto de questões que permitiu a introdução de correções nos instrumentos de recolha de dados. Este processo decorreu durante o segundo semestre de 2017, tendo sido realizadas diversas entrevistas por parte da equipa de entrevistadores, junto dos vários destinatários: técnicos, utentes, familiares e parceiros. Na sequência deste pré-teste, foram realizadas alterações aos instrumentos, no sentido de clarificar a linguagem e facilitar compreensão das questões, assim como reorganizar a ordem das questões, para facilitar o fluir da conversação (Cf. Anexo XI).

 Pré-teste do questionário aos parceiros: Após a elaboração deste instrumento de recolha de dados, foi aplicado a parceiros institucionais no sentido de analisar a clareza das questões consideradas e introduzir possíveis alterações (Cf. Anexo XI).

ETAPA 2: informação sobre o processo de investigação

- Foram adotados os seguintes procedimentos:
- Envio de informação sobre a investigação e os critérios de constituição da amostra para as DICAD das ARS;
- Designação de um técnico de reinserção, por cada unidade de intervenção local, considerando os critérios estabelecidos.
- Realização de contactos prévios, pedidos de consentimento informado e preenchimento do Guião de descrição do caso (indicações sequenciais)
- Contacto com o profissional indicado (informação sobre a pesquisa, sensibilização para a importância da sua colaboração, identificação das diferentes etapas do processo, especificação dos contributos esperados)
- Solicitação do consentimento informado (Cf. modelos no Anexo XII);
- Elaboração de uma listagem de todos os casos que cumprem os critérios de seleção previamente definidos (tarefa do técnico de cada unidade de intervenção local integrada no estudo);

- Seleção aleatória de 3 casos (1 efetivo e 2 suplentes),
 efetuada conjuntamente pelo investigador e o técnico
 de reinserção de cada unidade de intervenção local,
 com base na listagem produzida;
- Solicitação do consentimento informado ao utente: cada técnico de reinserção participante na pesquisa solicitou a autorização do utente cujo caso foi selecionado; este autorizou de forma voluntária que o "seu caso" fosse objeto de estudo e que fossem entrevistados o seu familiar, o técnico de reinserção e o/os parceiro (assinatura do consentimento informado). Este consentimento constituiu uma condição incontornável para o prosseguimento da investigação. Caso o utente desse o seu consentimento e posteriormente o retirasse, a informação já recolhida sobre o seu caso não poderia ser utilizada;
- Solicitação do consentimento informado ao familiar ou pessoa significativa: O técnico de reinserção solicitou autorização do familiar mais próximo ou pessoa significativa do utente selecionado (assinatura do consentimento informado);
- Solicitação do consentimento informado aos parceiros: O técnico de reinserção solicitou autorização dos parceiros mais relevantes para o processo de reinserção do utente selecionado (assinatura do consentimento informado);
- Consulta dos registos do SIM referentes ao caso selecionado (dados inscritos no guião);
- Consulta do processo para análise de documentos com informações complementares, tais como Relatórios sociais; fichas de ligação; planos de inserção; entre outros.
- Preenchimento do Guião de descrição do caso: cada técnico de reinserção descreveu o caso selecionado, com apoio da equipa de investigação, antes da realização da sua entrevista.

ETAPA 3: recolha de informação presencial

Antes da aplicação de qualquer instrumento de recolha de informação, competiu ao investigador verificar que cada um dos entrevistados já tinha assinado o **consentimento informado** e desenvolver as seguintes atividades:

- Agendamento e realização de entrevista semiestruturada aos técnicos de reinserção;
- Agendamento e realização de entrevista semiestruturada aos utentes;
- Agendamento e realização de entrevista semiestruturada
 à família/outra pessoa significativa. A entrevista aos
 familiares deverá ser realizada a apenas um elemento;

Sensibilização e envio de questionário aos principais parceiros por email, por parte dos técnicos de reinserção ou pela equipa de investigação. O questionário foi aplicado por administração direta e foi enviado a todos os parceiros que tiveram uma participação relevante no caso em estudo, por email. Houve a preocupação de indicar as pessoas que, dentro da organização, estiveram em contacto direto com o utente e com o técnico de reinserção.

A recolha de dados iniciou-se a partir do terceiro trimestre de 2018, conforme estabelecido no cronograma do projeto (Cf. Anexo XIII).

2.4.5. Processos de tratamento e análise de dados

Efetuada a recolha de informação por entrevista e por questionário, procedeu-se ao seu tratamento e análise, tendo sido utilizados os seguintes procedimentos:

ANÁLISE DE CONTEÚDO

"A análise de conteúdo é uma técnica com vista à descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação" (Berelson, 1971: 1). Vala (1986:12) segue de perto a orientação de Berelson (1971) e de Krippendorf (1980), e acrescenta que a análise de conteúdo (AC) "... é uma técnica de tratamento de informação, não é um método. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica". Na verdade, enquanto técnica a AC possui "uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face ao objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência" (Guerra, 2006:62).

A análise de conteúdo opera em três níveis: o nível descritivo, tão exaustivo quanto possível das respostas às perguntas abertas na entrevista; o nível correlacional, que estabelece a relação entre as variáveis, recortando as ideias que se constituem em enunciados e que transportam um determinado significado e, o nível casual, que relaciona os dados adquiridos com o quadro teórico (Bardin, 1979). Nesta pesquisa opta-se pela técnica de análise de conteúdo, conjugada com as observações e interpretações decorrentes da experiência investigadores, procurando sempre contextualizar e validar estes conteúdos no âmbito de uma moldura teórica explicativa.

Procedimentos

A análise de conteúdo permite o tratamento das informações e testemunhos produzidos durante as entrevistas que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (Quivy, 2003) e que foram recolhidos de forma metódica e rigorosa. Após a recolha dos dados, o processo de análise de conteúdo processou-se segundo as seguintes fases:

- 1. Transcrição integral da conversa respeitando as pausas, as repetições e as hesitações. A este propósito, importa salientar "que esta tarefa encontra-se facilitada quando é o próprio inquiridor que recopia a história que recolheu, é- lhe mais fácil agarrar o discurso, já que viveu a entrevista" (Poirier e Valadon, 1995: 102).
- 2. Construção do "corpus", ou seja à identificação e organização do material sobre o qual recaiu a análise. Nesta fase efetuaram-se várias leituras das entrevistas e algumas anotações (tratamento prévio, na procura de algum sentido, utilizando-se margens do texto, das frases chave, com vista a sinalizar uma posterior ilustração no texto da apresentação dos resultados.
- 3. Organização da leitura de cada uma das entrevistas com o objetivo de chegar à construção de grelhas em função da visão teórica que determinou as orientações de recolha de dados. Esta fase consiste numa análise do tipo horizontal onde se apreenderam num todo a soma das respostas específicas que foram recolhidas (Poirier e Valadon, 1995:111). A criação de categorias teve em consideração os eixos de análise da pesquisa (contextos, sujeitos, objetivos e processos da intervenção, resultados do modelo de MSC). As categorias expressam os significados e procura de sentido das

- respostas às questões das entrevistas. A categorização da informação produzida, foi inserida e analisada com recurso ao programa de tratamento de dados qualitativos *NVivo 12 Plus*, dado o volume da informação produzida. O estudo comporta 728 categorias analíticas, distribuídas por 11 dimensões, num total de 32 107 referências (excertos de texto). (Cf. Anexo XIV)
- 4. Realização de outros tipos de análises mais aprofundadas, produto do cruzamento de categorias, situadas a níveis mais interpretativos análise temática, categorial e tipológica. Esta etapa consiste numa análise vertical e horizontal das categorias resultantes do conjunto das entrevistas, através da comparação de dados, identificando aquilo que é comum e diferenciado entre os dados das várias entrevistas. Para o efeito, foram construídas tabelas que, em função dos objetivos do projeto, integravam as perguntas orientadoras da análise dos dados e o cruzamento das categorias analíticas, necessárias à construção de resposta a essas questões.
- 5. Apresentação dos resultados por meio de uma análise descritiva e avaliativa da informação recolhida (procura de nexos de sentido podendo recorrer-se a esquemas e diagramas).

E é com base nesta análise que, a um nível mais elevado de abstração se extraem os resultados de pesquisa, operando uma des-familiarização daquilo que é familiar (Strathern, 1987). No caso desta pesquisa há a considerar que todos os técnicos de reinserção que participaram na pesquisa são Assistentes Sociais, trabalham no terreno com pessoas com comportamentos aditivos e

dependências e que muitos dos seus interesses se cruzam com os partilhados pelos investigadores. Por isso, trata-se, no fundo de adotar a perspetiva intersubjectivista (Moreira, 2007), que reconhece a importância da experiência pessoal na progressiva construção do objeto de estudo (Hastrup e Hervik, 1994), um processo no qual o próprio investigador se reconstrói, proporcionando os

materiais necessários para as descobertas empíricas e reflexões teóricas (Amit, 2000), transformando-se num agente central na construção do campo de pesquisa. Neste sentido, o relacionamento com os entrevistados é fundamental pois condiciona as informações a que se pode aceder e o que se pode observar.

Salvaguardou-se o anonimato das fontes com o consequente uso de nomes fictícios, de códigos de caso e, em certas situações, por identificar apenas a categoria do entrevistado a que corresponde determinado relato. As gravações das entrevistas realizadas serão destruídas pelo SICAD, após a finalização do trabalho de pesquisa, num prazo máximo de 5 anos após o início da respetiva recolha de informação.

ANÁLISE DE DADOS DOS QUESTIONÁRIOS

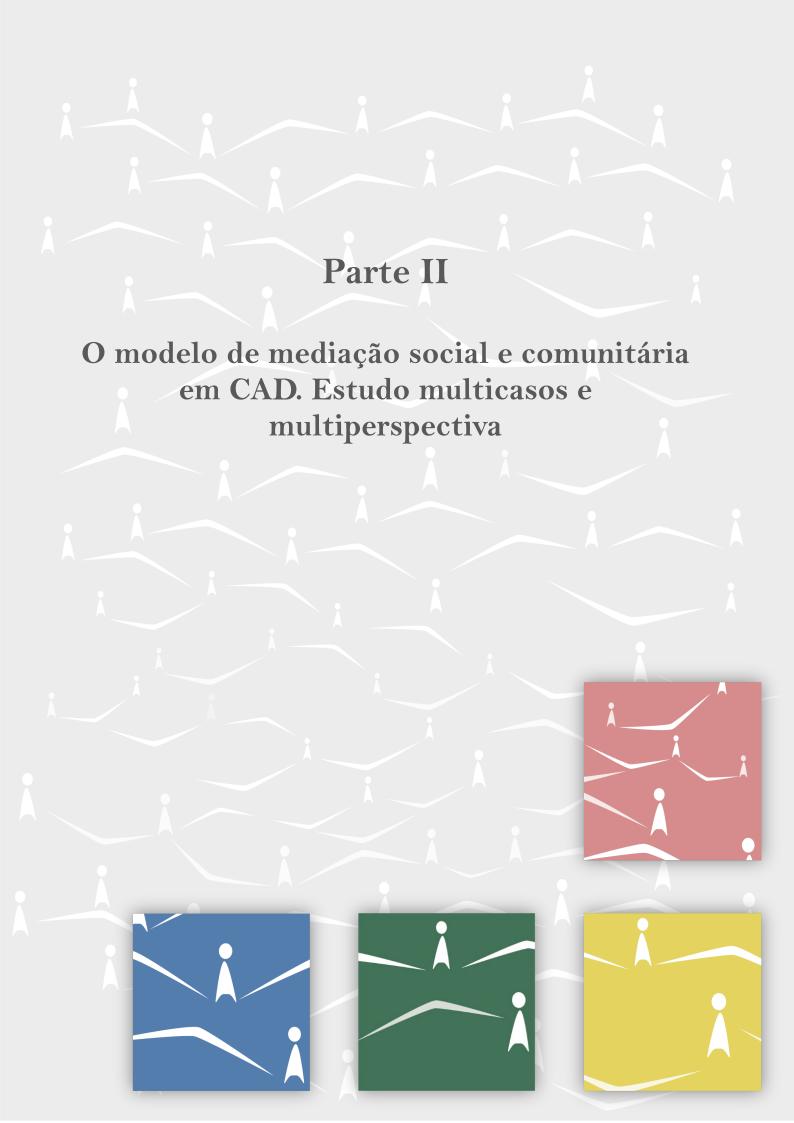
Os questionários foram remetidos aos parceiros via *e-mail* e inseridos os resultados numa base dados em *Excel*. Foi necessário estabelecer uma data para *terminus* da receção do questionário, mediante avaliação do número de respostas recebidas e em falta.

Após a receção dos questionários, os dados foram analisados do ponto de vista estatístico, numa ótica descritiva das variáveis, contribuindo para a análise conjunta da informação referente a cada caso.

ANÁLISE SWOT

Para efeitos de análise dos limites e potencialidades do modelo de intervenção, recorreu-se à **Análise SWOT** (Turner, 2010; Coutinho, 2013), tendo sido pré-definidos os pressupostos da análise, no que concerne à definição do ambiente interno e externo. O uso desta ferramenta em processos de avaliação permite estabelecer relações entre as condições internas de desenvolvimento do modelo de intervenção MSC e as condições externas que enquadram a intervenção.

A sua aplicação coloca em evidência os riscos e problemas a considerar e as vantagens e oportunidades a explorar, para além do seu potencial na exploração de ideias e elaboração de recomendações.

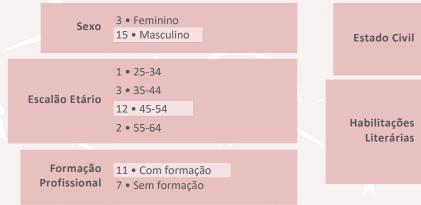


3. Análise de Casos. Sujeitos de intervenção e objeto de investigação em CAD

3.1. Caracterização sociodemográfica das pessoas com CAD em processo de reinserção

Através da análise das principais variáveis sociodemográficas dos casos, é possível apresentar as suas principais características.

Figura 4. Caracterização sociodemográfica dos casos. A – Habilitações, estado civil, sexo, idade, formação profissional (nº de casos)



8 • Solteiro/a
6 • Divorciado/a
2 • Casado/a
2 • União de facto

1 • Sem escolaridade
3 • 1º Ciclo
Habilitações
Literárias
6 • 3º Ciclo
1 • Ensino secundário
1 • Ensino superior

Os casos em estudo são sobretudo homens (83%), solteiros (44%), com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos (67%).

Relativamente às habilitações literárias, a maioria possui o 2º ou o 3º ciclo de escolaridade (67%), sendo que apenas 39% têm algum tipo de formação profissional.

Figura 5. Caracterização sociodemográfica dos casos. B – Habitação, Saúde, Justiça e Situação Económica (nº de casos)



Situação habitacional 3 • Sem-abrigo 6 • Casa de familiares 4 • Arrendamento de casa/quarto 5 • Casa própria

No que se refere à situação habitacional, 33% vivem em casa de familiares, em coabitação com os progenitores e 33% vivem sós.

Figura 6. Caracterização sociodemográfica dos casos. C - Saúde, Justiça e Situação Económica (nº de casos)



A grande maioria dos casos tem antecedentes de consumos de substâncias (álcool ou substâncias ilícitas) na família (72%). Apresentam também, em igual percentagem, elevada prevalência de outras doenças associadas, do foro mental, físico ou ambos, sendo que apenas 28% não tem qualquer outra patologia.

Em relação às fontes de rendimento, 44% não tem qualquer rendimento e 39% vivem de apoios sociais. Apenas 17% possui rendimento fixo, fruto de trabalho ou de reforma. Grande parte dos casos não tem qualquer problema de cariz judicial (61%).

Figura 7. Caracterização sociodemográfica dos casos. D – Consumos e Tratamento



A substância principal de consumo é o álcool (61%) e um terço dos casos apresentam a heroína como substância mais relevante. A maioria iniciou os consumos de substâncias entre os 15 e os 24 anos (61%), sendo que 83% iniciaram os consumos antes dos 24 anos. 61% Já fez mais do que uma tentativa de paragem dos consumos, mas sem sucesso.

Relativamente ao processo de tratamento mais recente, a sua duração é muito variada e 28% está em acompanhamento entre 2 a 4 anos. No entanto, um terço dos casos já são acompanhados há pelo menos 10 anos e 17% há 20 anos ou mais. A iniciativa de procurar ajuda e iniciar um processo de tratamento partiu sobretudo do próprio (61%). Nos últimos 30 dias anteriores à realização da entrevista, 72% dos utentes estavam abstinentes.

Em suma, procurou-se trazer para este estudo casos de pessoas com comportamentos aditivos e dependências que desenvolveram ou estão a desenvolver um processo de reinserção. As características agora apresentadas correspondem ao momento do início da intervenção, pelo que algumas variáveis como rendimentos, situação habitacional, coabitação ou habilitações literárias podem sofrer alterações em consequência da intervenção desenvolvida.

Os processos de reinserção desenvolvidos procuraram, seguramente, atuar nas condições de fragilidade e aumentar a autonomia das pessoas com CAD. No entanto, o perfil das pessoas que fazem parte desta pesquisa evidencia fatores relevantes de vulnerabilidade individual e social, dos quais se destacam a dependência financeira, a baixa escolaridade, a falta de autonomia, a comorbilidade, a longa duração dos processos de acompanhamento e a existência de CAD no seio familiar.

3.2. Contextos, sujeitos e circunstâncias de vida e de intervenção social

Os casos configuram situações que especificam contextos sociais, circunstâncias de vida e vivências subjetivas únicas e complexas, mas onde simultaneamente a diversidade e a especificidade das relações sociais, dos modos de vidas, das atitudes e das formas de agir se cruzam e constituem o esteio da intervenção dos técnicos de reinserção em CAD nos Centros de Respostas Integradas, nas Comunidades Terapêuticas e nas Unidades de Alcoologia integradas neste estudo.

A necessidade de compreender essa diversidade conduziu-nos à sistematização das ideias centrais que caraterizam cada caso, elaborada a partir do Guião de Caso, dos respetivos genogramas e mapas de rede bem como da informação referente ao contexto institucional de referência na recolha de dados. A descrição dos casos segue uma estrutura que assegura a identificação de caraterísticas pessoais, organiza informação específica sobre comportamentos aditivos e dependências, sobre as relações sociais e familiares e especifica informação sobre

o processo de intervenção a nível individual e ou familiar no âmbito da reinserção de pessoas com CAD.

O respeito pela reserva do princípio do sigilo e confidencialidade da informação em processos de investigação levou-nos a numerar os casos, atribuir nomes fictícios aos atores intervenientes e retirar da descrição toda a informação que permitisse identificar os sujeitos e os contextos de intervenção.

3.2.1. Caso 01 – Maria R.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos	Respostas disponíveis	Projetos existentes de intervenção comunitária
CRI	Entre 201 e 400 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a famílias; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Grupos de prevenção da recaída.	Monitorização de Programas de Respostas Integradas de Reinserção e de Redução de Danos; Redes locais CLAS; outros projetos na área dos CAD.

DESCRIÇÃO DO CASO

Maria R., de 40 anos de idade, iniciou acompanhamento pela técnica de reinserção do Centro de Respostas Integradas (CRI) em maio de 2019. Procurou ajuda nesta unidade de intervenção local em CAD, acompanhada pela mãe, para tratamento da sua dependência alcoólica e comorbilidade psiquiátrica. Efetua consumos de álcool desde os 30 anos, após o divórcio, tendo anteriormente efetuado vários tratamentos em regime ambulatório e em comunidade terapêutica, que nunca chegou a concluir.

Reside com a mãe, padrasto (ambos reformados) e um filho de 16 anos, estudante do ensino secundário, num concelho do interior norte do país. Divorciada há 10 anos, é a primeira filha de uma fratria de duas irmãs, dependente economicamente da progenitora (porque ficou desempregada de um lar de idosos por justa causa devido aos consumos abusivos de álcool), com défices na supervisão parental e uma relação conflituosa com a irmã.

Foram identificadas como áreas de conflito a relação familiar e o ambiente laboral, caraterizada pelo divórcio dos progenitores, divórcio da utente, rutura com a irmã devido a partilhas de bens após falecimento do pai e pelos consumos de álcool no local de trabalho.

À data do início do acompanhamento com a técnica de reinserção foram-lhe diagnosticadas como necessidades prioritárias, na área do tratamento, desabituação em regime ambulatório e na área da reinserção, apoio social para integração em comunidade terapêutica.

No início de 2020, concluiu o programa de desabituação alcoólica em regime ambulatório, com a colaboração da progenitora que se disponibilizou para o apoio económico na aquisição da medicação e acompanhamento (administração da medicação e prestação de cuidados para assegurar as atividades de vida diária) da desintoxicação no domicílio. Em seguida, partindo da necessidade de isolamento do seu meio ambiente, para garantir uma abstinência continuada, tendo em vista criar condições mais favoráveis para o tratamento e reinserção social, foi-lhe proposto frequentar um programa terapêutico em regime de

internamento prolongado. Tendo em vista a integração em comunidade terapêutica, a técnica de reinserção desenvolveu estratégias de intervenção no âmbito da proteção social e cidadania. Para responder as necessidades básicas de vida, realizou contactos com equipa local da segurança social para atribuição de apoio económico para aquisição de bens pessoais. Posteriormente, tornou-se necessário identificar e selecionar a comunidade terapêutica adequada às necessidades e particularidades da utente (proximidade da residência, modelo de intervenção...) e assegurar a continuidade dos cuidados ao filho adolescente. Mais uma vez, a estratégia assentou na promoção de espaços de diálogo com a família e esclarecimento as questões associadas à problemática dos CAD, que permitiu a resolução de conflitos, particularmente com o padrasto e o ex-marido, ficando garantidos os cuidados ao jovem sob a responsabilidade da mãe.

Atualmente, frequenta o programa em comunidade terapêutica, desenvolvendo a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, adquirindo competências pessoais, sociais e parentais, bem como, aprendendo a definir um plano Individual de reinserção que lhe permita encontrar alternativas de trajetória para um projeto de vida exequível e saudável. Simultaneamente, a técnica de reinserção está a planear a alta, em articulação com os profissionais da comunidade terapêutica, que passa por uma futura integração em formação profissional.

A intervenção apresentada neste caso demonstra a importância da comunicação na resolução de conflitos, que se constituiu como elemento facilitador do processo de reinserção. Ao nível meso, foi possível identificar e ultrapassar os obstáculos a uma admissão em unidade especializada de tratamento residencial de longa duração. Ao nível macro, o estabelecimento da comunicação com estrutura de apoio social, traduziu-se na mobilização de recursos essenciais para garantir o acesso a condições básicas de vida, essencial para iniciar o projeto de reinserção, assente na prática de mediação entre entidades comunitárias.

3.2.2. Caso 02 – Paulo S.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Entre 401 e 600 mil habitantes	Entre 21 e 30 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Consulta de cessação tabágica; Consulta de dependências sem Substância.	Monitorização de Programas de Respostas Integradas de Reinserção e de Redução de Danos.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paulo S., de 38 anos de idade, iniciou acompanhamento pelo técnico de reinserção do Centro de Respostas Integradas (CRI) em 2014.

Por aconselhamento do médico que o acompanhava no hospital psiquiátrico, recorre ao CRI para tratamento da sua dependência e acompanhamento psicológico. Efetua consumos de substâncias psicoativas desde os 17 anos, tendo anteriormente efetuado tratamento em comunidade terapêutica.

Residia com a sua mãe de 67 anos, divorciada, doente psiquiátrica e reformada, mais uma irmã de 44 anos, empregada de escritório e o sobrinho de 18 anos, estudante do ensino secundário.

Estava desempregado, sem qualquer fonte de rendimento. Trabalhou como empregado de mesa e concluiu o 3º ciclo do ensino básico, tendo obtido formação profissional na área das tecnologias da informação e comunicação.

Foi identificada como área de conflito a relação familiar, caraterizada por comportamentos disruptivos relacionados com problemas ao nível do autocontrolo das emoções e do comportamento. Apresentava conflitos significativos com a figura paterna, desde a adolescência, período em que o pai (atualmente, com 70 anos) se separa da mãe, o que interfere com o normal funcionamento da família.

À data do início do acompanhamento com o técnico de reinserção foram-lhe diagnosticadas como necessidades prioritárias, na área do tratamento, a consolidação da abstinência do consumo de substâncias psicoativas e na área da reinserção, a ocupação dos tempos livres, através da integração em formação profissional.

No período compreendido entre novembro de 2014 a outubro de 2015, esteve internado em comunidade terapêutica, tendo concluído o programa de tratamento. Tendo em vista a preparação da alta social, o técnico de reinserção desenvolveu estratégias de intervenção no âmbito da proteção social e alojamento. Para responder as necessidades básicas de vida e alojamento, realizou encaminhamentos acompanhados para integração temporária em cantina social e estrutura residencial, respostas sociais promovidas por IPSS locais.

Posteriormente, desenvolveu atividades promotoras do envolvimento familiar no processo de reinserção. Orientou a intervenção para o nível meso, intervindo nas situações de conflito, ajudando a melhorar a relação e a comunicação do utente com a progenitora e a irmã e favorecendo o regresso ao domicílio familiar (finais de 2016).

Durante o ano de 2017, em conjunto com o utente, o técnico de reinserção procurou promover a integração no mercado de trabalho, para suprir as necessidades de rendimento económico e promover a sua autonomia.

Como estratégia, desenvolveu contactos com entidades empregadoras da comunidade, nomeadamente, o centro de emprego, a loja de emprego e empresas de trabalho temporário, que favoreceram a integração profissional (junho de 2017) na área da restauração e hotelaria.

Atualmente, mantém acompanhamento com frequência regular com a terapeuta de referência e com o técnico de reinserção, tendo como objetivos a manutenção da estabilidade psicoemocional e familiar e a prevenção de recaídas e da desinserção profissional.

Durante o processo de reinserção, foram essenciais os procedimentos que permitiram o envolvimento familiar e a participação dos parceiros na mudança de vida do utente. A colaboração temporária das IPSS, permitindo o acesso à alimentação e alojamento, possibilitou que simultaneamente o técnico de reinserção desenvolvesse ações ao nível meso, promovendo de forma saudável o regresso do utente ao ambiente familiar.

O restabelecimento da relação com a família, assente na resolução de conflitos, facilitou o processo de reinserção do utente, constituindo-se como elemento impulsionador para outras etapas, particularmente na dimensão da empregabilidade.

A melhoria da capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação familiar, contribuíram para a passagem a outro nível do processo de reinserção, mais exigente e promotor da autonomia psicorrelacional e da inserção profissional. A intervenção de proximidade do técnico de reinserção de entidades empregadoras, junto acompanhando o utente no seu percurso de inserção profissional, foi determinante para o desenvolvimento da capacitação e da autonomia. O regresso ao mercado de trabalho, a manutenção do emprego e a aquisição de novas competências, para além de possibilitarem uma remuneração, contribuíram para a manutenção da abstinência das substâncias psicoativas e consequente consolidação da autonomia do utente.

3.2.3. Caso 03 – José S.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Entre 201 e 400 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Crianças e Jovens; Grupo de Interajuda.	-

DESCRIÇÃO DO CASO

José S. tem 53 anos de idade e possui o 9º ano de escolaridade. Tem desempenhado várias profissões ao longo da sua vida (empregado de mesa na Hotelaria, soldador, operário fabril...).

A sinalização/referenciação ao técnico de reinserção do CRI foi efetuada por uma técnica da Cantina Social, no final de 2016, uma vez que o utente "pede ajuda para parar de beber (...) dorme na rua (...)" tinha cessado a prestação social do Rendimento Social de Inserção por incumprimento.

Neste contexto de pedido de ajuda, o José, com cerca de 48 anos na altura, encontrava-se sem suporte familiar, em situação de sem abrigo, sem rendimentos e com alguma "deterioração" a nível mental (perdas de memória).

Apresentava irregularidade na adesão às consultas e na realização de exames auxiliares de diagnósticos solicitados pelos vários serviços de saúde e de especialidade e várias tentativas falhadas a pedidos de internamento para desabituação física ao álcool.

Era acompanhado pela Equipa de Rua e pela equipa do RSI, tendo sido efetuado, pelo técnico de reinserção do CRI, contactos telefónicos com alguns destes parceiros por forma a garantir as deslocações às consultas.

A intervenção propriamente dita do técnico de reinserção do CRI inicia-se em 2017, quando o José solicita novo internamento em Unidade de desabituação, mantendo a situação de sem abrigo, não apresentando condições de reinserção após alta social do internamento, por recusar a continuidade do tratamento numa Comunidade Terapêutica ou alojamento em Centro de Acolhimento, afirmando "sou como um pássaro, não me dou preso".

Porém, os vários problemas de saúde agravados pelos consumos de álcool com síndrome de privação, as condições sociais de grande precaridade e exclusão social, as dificuldades de mobilidade, dormitando num "galinheiro" durante 6 anos e o encerramento, em 2017, da casa abandonada onde permanecia há cerca de 3 anos (ocupada por outras pessoas que mantinham uma relação afetiva e de proteção de grupo) desencadearam uma mudança na motivação para a adesão ao tratamento. O diagnóstico que ia sendo construído pelo técnico de reinserção, à medida que ia conhecendo o percurso e a história do utente, foi percecionando a existência de uma rede informal de amigos e um conjunto de competências pessoais e experiencias, perdidas mas enriquecedoras, a nível laboral, que a ajudaram a delinear estratégias de intervenção.

Quanto à sua história familiar, José S. nasceu em maio de 1965 quando a sua mãe tinha 20 anos e o seu pai pouco mais. É o mais novo numa fratria de quatro irmãos (2 rapazes e 2 raparigas). Até a sua adolescência, cresceu numa família com recursos económicos. A vinculação familiar era mais forte com o pai do que com a mãe, pois destaca a mãe como "esquizofrénica e alcoólica" valorizando mais a ligação ao pai, apesar de ser uma figura ausente na família. O alcoolismo na família marca várias gerações (mãe e avó materna).

A mãe, sempre foi doméstica, descrevendo-a como uma mãe "muito fria e agressiva" e "aberta a influências do oculto e a curandeiras" e era ela "quem mandava em casa e quem tomava as decisões". A figura paterna surge descrita pelo José como "um senhor e cavaleiro andante". Formado em Letras tinha como profissão empregado bancário. Lembra-se do pai como uma figura ausente de casa e submisso às decisões e loucuras da mãe.

Com 13 anos, o pai decide que o filho deveria frequentar o Seminário para vir a ser padre. Ambivalente entre sentirse rejeitado ou protegido pelo pai, os dois anos de internamento no Seminário foram momentos marcantes na sua vida como vítima de pedofilia. Abandonou o Seminário aos 14 anos e regressou a casa.

Em 1991, com 25 anos, casou-se pelo registo civil com a companheira de 24 anos grávida do seu 1º filho e com antecedentes de consumos de heroína e cocaína. Desempregada, possuía o 12º ano de escolaridade. Desta relação nasceram quatro filhas, duas raparigas e duas gémeas com problemas de dislexia e epilepsia.

O casamento termina em 2003 (com 4 filhas de 5, 7 e gémeas de 12 anos de idade) e segundo o próprio "de forma horrível".

O mapa de rede do José altera-se a partir do divórcio. As suas relações de maior vinculação e sociabilidade passam a ser com o grupo de pares também eles consumidores de álcool e em situação de sem abrigo. Deixou de ter proximidade com as suas filhas. Perdeu contactos de 2 delas e manteve contacto telefónico esporádico com as duas filhas gémeas que vivem juntas. Os pais faleceram. Os laços familiares foram-se perdendo à medida que os conflitos com os irmãos aumentavam (discordâncias na partilha do património da família).

Refere que nos anos 80 devido a uma falha de escoamento de cannabis foi-lhe proposto aos 14 anos a experimentação da heroína, iniciando assim os seus primeiros consumos de heroína por via fumada.

Em 1986, com 21 anos, integrou o Regimento de Cavalaria do Campo Militar de Santa Margarida, onde teve formação de tropa como "Atirador Especial" e durante 18 meses fez parte de uma Brigada de Intervenção em Kosovo.

Este foi outro dos momentos críticos da sua vida que diz ter sido o de maior sofrimento.

Esta observação para diagnóstico foi importante, porque uma das dificuldades sentidas para uma mudança de vida prendem-se com uma vida que é sentida pelo utente como atormentada pelos fantasmas do passado e que lhe assaltam os sonhos e toldam os pensamentos.

O desafio da intervenção social seria reformular o pedido inicial do José em algo mais motivante e estruturante para uma mudança de vida. Era fundamentalmente conhecer quem era importante na vida e que pudesse colaborar no seu plano de tratamento. O técnico de reinserção foi percebendo que este passava alguns dias em casa de uma amiga "PP" e que este elemento poderia ser um importante suporte (ou não) para a sua mudança. José S. aceitou e achou importante este elemento fazer parte dos próximos atendimentos.

Após alguns atendimentos em conjunto com esta amiga, visitas domiciliárias ao local onde pernoitava e conversas com os grupos de pares com quem este se socializava, o pedido apresentado passou a ser o de ser internado numa Comunidade Terapêutica, mudando o foco de intervenção de uma desabituação física para uma mudança de comportamentos nas adições, saída do meio de vida pouco saudável para a prevenção da recaída, e para intervenção mais estruturada de reinserção social.

Este posicionamento muda o seu foco de atenção de um problema clínico para um problema social e o pedido acompanhou esta mudança de foco nas prioridades de intervenção.

Na ausência de fonte de rendimentos, faltava um plano de inserção mais estruturado que integrasse o tratamento e as suas necessidades habitacionais, proteção social, ocupação do dia-a-dia, treino de competências, etc.

Face ao diagnóstico efetuado pela articulação realizada com as entidades de referência, foram identificados e ultrapassadas várias das necessidades e obstáculos à intervenção, que permitiram a integração em Comunidade Terapêutica.

Após cumprir o programa de tratamento na Comunidade Terapêutica é encaminhado para um Centro de Acolhimento para Sem Abrigo, continuando com o acompanhamento do CRI.

A intervenção apresentada neste caso demonstra a importância da comunicação na resolução de conflitos, que se constituiu como elemento facilitador do processo de reinserção.

Ao nível meso, foi possível identificar e ultrapassar os obstáculos a uma admissão em unidades especializadas de tratamento e no Centro de Acolhimento residencial.

Ao nível macro, o estabelecimento da comunicação com estrutura de apoio social, traduziu-se na mobilização de recursos essenciais para garantir o acesso a condições básicas de vida, essencial para iniciar o projeto de reinserção, assente na prática de mediação entre entidades comunitárias.

3.2.4. Caso 04 – Maria F.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
СТ	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 21 e 30 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Grupo de Prevenção da Recaída; outros grupos recreativos e terapêuticos.	Rede Social da Comissão de Freguesias

DESCRIÇÃO DO CASO

Maria F., separada de facto, empregada fabril, mas atualmente desempregada de longa duração, tem 53 anos de idade e possui o 6º ano de escolaridade. Tem 2 filhos, uma rapariga de 20 e um rapaz de 11 anos de idade, presentemente institucionalizado.

Em fevereiro de 2018 foi encaminhada para a CT, pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, por consumo abusivo de álcool, onde permanece atualmente.

Maria tem, em relação aos filhos, um sentimento de imensa culpabilidade e que nas fases de consumo tinha imensa dificuldade em assumir o seu papel de mãe, chegando mesmo à negligência. O relacionamento com a filha foi sendo marcado por períodos de conflitos associados aos consumos de álcool. Em abril de 2017 foi aplicada, ao menor, a medida de promoção e proteção de acolhimento residencial num centro de acolhimento, onde se mantém até à data. Apresenta muito poucas relações de proximidade, agravadas pela existência de conflitos com a vizinhança. Conta, sobretudo, com o apoio de uma irmã e do cunhado, que vivem perto da sua residência. Vítima de violência doméstica, ainda atualmente tem imenso medo que o marido a aborde e durante muito tempo tinha receio de andar sozinha na rua.

Apesar da "enorme vontade de mudar", foi importante que a Maria, por um lado, desenvolvesse a consciência de que está em tratamento porque tem dificuldades (ansiedade, impulsividade e baixa autoestima) e não só para conseguir no final do programa na CT, que o seu filho venha coabitar consigo.

Foi muito importante ajudá-la "a conhecer-se a si mesma" e a conhecer quais suas potencialidades/forças e os seus limites. Nesta fase da reinserção do programa de tratamento da CT, as saídas ao exterior / casa, são muito importantes no sentido de ganhar confiança em si própria, sobretudo a partir do momento que começou a sair sozinha. A par do acompanhamento da família (principalmente da filha), os contactos com a rede institucional, nomeadamente com a Assistente Social da Junta de Freguesia, foram muito securizantes. Cada etapa cumprida foi sempre sentida como uma vitória, contribuindo cada vez mais para o reforço da sua autoconfiança.

Verifica-se, assim, que durante o processo de reinserção foram essenciais os procedimentos que permitiram o envolvimento familiar e a participação dos parceiros na mudança de vida que a Maria de Fátima pretendia. O fortalecimento da relação com a família, assente na resolução de conflitos, facilitou o processo de reinserção, constituindo-se como elemento impulsionador para outras etapas. A melhoria da capacidade relacionamento interpessoal e de comunicação familiar, contribuíram para a passagem a outro nível do processo de reinserção, mais exigente e promotor do seu desenvolvimento a nível psicorrelacional e a nível motivacional para a inserção profissional, tendo sido também determinante para o desenvolvimento da capacitação e da autonomia, contribuindo para a manutenção da sua situação de abstenção de substâncias psicoativas e consequente consolidação dos ganhos em saúde e bem-estar, de uma forma gradual e holística.

3.2.5. Caso 05 – Jorge P.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
UA	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 31 e 40 técnicos	Consulta Social; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Grupos de Prevenção da Recaída; Grupos Pós-Alta.	-

DESCRIÇÃO DO CASO

Jorge P. iniciou acompanhamento na Unidade de Alcoologia em 2008, por problemas ligados ao álcool, com referenciação de episódio de urgência em Hospital e pedido expresso do médico de família de paragem dos consumos abusivos de álcool.

Estes consumos iniciaram-se aos 16 anos, coincidindo com o falecimento da mãe. Aos 33 anos, a situação agrava-se, período que coincide com falecimento dos avôs (2006), com os quais foi criado, na sequência de problemas conjugais e familiares. Apresentava antecedentes de doença psiquiátrica (foi acompanhado no serviço de psiquiatria do referido hospital de 2011 a 2015) e outras comorbilidades, mantendo-se até ao presente, na UA, em acompanhamento social/tratamento ambulatório.

O início da intervenção com o técnico de reinserção só aconteceu em fevereiro de 2014, após alta da CT, sendo atribuído ao técnico de reinserção da UA a gestão de caso no âmbito do NPISA.

Jorge é solteiro, tem 45 anos de idade e possui o 12º ano de escolaridade, com frequência universitária. É o filho mais velho de uma fratria de 2, sendo o pai, de 70 anos, viúvo, mas numa relação de facto, da qual nasceu um filho, atualmente com 25 anos de idade. A existência de conflitos familiares de longa data contribuíram para que o pai e a irmã mantivessem algum afastamento, chegando a haver rutura no relacionamento entre eles. Em 2016 verifica-se uma reaproximação à família na sequência de um internamento psiquiátrico hospitalar e após admissão em CT.

Refere distanciamento na relação com o único filho, de 11 anos de idade, que vive com a mãe de quem se separou em 2010, após um período de união de facto de cerca de 4 anos. Esta separação foi fruto de uma relação afetiva problemática com histórico de queixas judiciais por violência doméstica e processo na CPCJ, em 2008 e 2009.

Em 2014, em termos de redes sociais, contava apenas com as institucionais (Comunidade terapêutica e Unidade de Alcoologia) encontrando-se numa situação de exclusão, isolamento, sem rede de apoio (família ou amigos).

Reside num quarto arrendado em casa particular tendo sido, nessa altura, negociado com o senhorio o pagamento faseado devido a acumulação de dívidas por incumprimento.

Tem experiência profissional em várias áreas, embora os empregos tenham sido quase sempre de curta duração (assistente Administrativo; Empregado de armazém; Administrativo Comercial; Vendedor imobiliário; Atendimento ao público). Foi possível o desenvolvimento e aquisição de várias competências a nível de formação profissional (Técnico de Auxiliar de Saúde; Curso de técnico de Web design; Curso de Técnico Programador para a Web; Curso de Administração de sistemas operativos e redes), através da intervenção partilhada com o IEFP – Centro de Formação Profissional.

Como fonte de rendimento tem o RSI, atualmente suspenso por estar a usufruir de uma medida de emprego protegido, o CEI+ (desde novembro de 2018) e está integrado no NPISA – Equipa Sem-abrigo do Porto.

Tendo em conta as necessidades identificadas, o técnico de reinserção agilizou um conjunto de medidas, como o acesso aos serviços de proximidade – resposta de cantina social, apoio em transportes/viagens e medicação. Foi efetuado um pedido económico mensal, extraordinário, para a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente, as despesas da habitação.

Durante estes cinco anos de acompanhamento, a técnica de reinserção refere que, numa 1ª fase, pretendeu criar condições para sua progressiva autonomia através da sensibilização para a alteração de rotinas de vida diária, do acesso a condições básicas de vida e do desenvolvimento de competências que o ajudassem a aumentar a sua capacidade de comunicação e relacionamento interpessoal.

Numa segunda fase, que coincidiu com uma recaída em final do ano de 2015, foi desenvolvida uma intervenção em situação crise, com o apoio da equipa multidisciplinar.

Foram efetuadas várias diligências com rede social local (centro de acolhimento, Unidade de dia, CT e Segurança Social - Ação Social). Esta Intervenção em rede e os contactos regulares com o pai e a participação deste neste processo de reinserção fomentou a reaproximação familiar.

Após cumprimento integral do programa de tratamento da CT foi motivado para a procura ativa de emprego e/ou orientação para cursos de formação profissional, encaminhamento para empresas de trabalho temporário, inscrição nos GIP's com vista a integração no mercado de trabalho.

Tendo em conta a sua situação de desemprego de longa duração e a fraca adesão ao trabalho foram desenvolvidas estratégias para melhorar a sua capacidade de relacionamento social, as competências para cumprimento de regras no local de trabalho e para trabalhar em equipa, bem como para promover a autonomia e iniciativa.

Em 2017, proporcionou-se uma integração profissional, ao abrigo da medida CEI+ do IEFP, com total cumprimento.

No momento da realização da entrevista, o Jorge estava a frequentar outro CEI+, desde novembro de 2018, tendo acesso a uma remuneração por 12 meses. Continua a viver sozinho em casa particular, mantém uma relação mais próxima e mais estável com o pai e irmã, mantém uma boa relação com os colegas no local de trabalho, mantendo as consultas na UA e cumpre com o tratamento.

Durante a intervenção / acompanhamento social estabeleceu-se um plano individual de inserção tendo como objetivo cumprir com o programa socioterapêutico estipulado pela UA com vista à sua estabilização física e emocional, melhorar as condições de vida, promover redes de sociabilidade e adquirir competências sociais e pessoais visando a sua progressiva autonomia.

Ao longo destes anos de acompanhamento iniciou-se um processo de mudança, com a tomada de consciência das consequências dos consumos problemáticos, com repercussão no seu comportamento.

Atualmente, mantém acompanhamento com frequência regular com o terapeuta de referência e com o técnico de reinserção, tendo como objetivos a manutenção da estabilidade psico-emocional e familiar e a prevenção da recaída e da desinserção profissional (prevendo-se que a entidade empregadora, que o recebeu ao abrigo do CEI+, no final, lhe proponha um contrato de trabalho).

O processo de reinserção beneficiou de procedimentos essenciais como o envolvimento familiar e a participação dos parceiros na mudança de vida do utente e mostraram o seu poder estratégico e interdependência.

Se por um lado, a resolução de conflitos promoveu o restabelecimento da relação com a família, constituindo-se este como elemento impulsionador para outras etapas, particularmente na dimensão da empregabilidade, por outro, a colaboração temporária das IPSS tem possibilitado o desenvolvimento de ações ao nível meso, promovendo de forma adequada a reaproximação à família.

A melhoria da capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação contribuiu para a promoção da autonomia psicorrelacional e de inserção profissional do utente.

A intervenção de proximidade com os parceiros sociais, nomeadamente com o IEFP, no acompanhamento do percurso de inserção profissional, pela aplicação da referida medida de emprego protegido, tem-se revelado fulcral para o desenvolvimento da capacitação e da autonomia. A aquisição de novas competências tem-se constituído como um fator de integração profissional e de autonomia financeira, contribuindo também para a consolidação (gradual e holística) dos ganhos em saúde e do seu bem-estar pela abstinência de substâncias psicoativas conseguida.

3.2.6. Caso 06 - Manuel S.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	De 401 a 600 mil habitantes	Entre 21 e 30 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Consulta Materno-Infantil; Grupos de Treino de Aptidões Sociais; Grupos Psicodrama.	Monitorização de Programas de Respostas Integradas; Rede Social; IPDJ.

DESCRIÇÃO DO CASO

Manuel S. iniciou acompanhamento Unidade de Intervenção Local (UIL) há cerca de 7 anos, tinha então 18 anos de idade. A referenciação do utente a esta unidade foi feita por uma tia paterna.

Os pais do utente estavam separados. O seu pai, com 55 anos de idade, desempregado e consumidor de substâncias psicoativas em tratamento na mesma UIL. A mãe, com 53 anos de idade, empregada e sem histórico de consumos de SPA. Tem um irmão 5 anos mais novo, estudante e que reside com a mãe e uma meia-irmã da parte do pai. O utente completou 3º ciclo do Ensino Básico. Ainda iniciou curso para equivalência ao 12º ano mas abandonou passado pouco tempo. Após a separação dos pais o utente quis ir viver com o pai e os avós paternos. Quando tinha 14 anos a sua avó paterna faleceu e é nesta altura que inicia consumos de cannabis, tendo iniciado os consumos de heroína e cocaína aos 16 anos.

Quando inicia acompanhamento na UIL estava numa situação de rutura familiar, vivendo em casa da mãe numa

localidade perto da UIL. Encontrava-se a consumir Heroína e Cannabis. Deu-se início a uma série de intervenções com o utente e família. Efetuou vários internamentos para desabituação, internamentos em CT, motivação para o regresso à escola, bem como articulação com finalidade de restabelecer a relação familiar.

Em 2013 retoma as aulas e verifica-se uma melhoria na relação familiar. É internado para desabituação física e mantém acompanhamento na UIL em consultas médicas e com o técnico de reinserção.

Em 2014 surgem alguns problemas judiciais e é decretada obrigatoriedade de tratamento de 18 meses de cumprimento da medida de trabalho comunitário. Inicia tratamento numa CT que abandona poucos meses depois. Fruto deste abandono, fica em situação de sem-abrigo, uma vez que não é acolhido em casa dos avós nem em casa da mãe. Durante cerca de um ano não mantém contacto com a UIL.

Regressa à UIL em 2016, encaminhado por outra estrutura hospitalar. Nesta altura volta a pedir internamento em CT. Continua numa situação de Sem-Abrigo e acompanhado por um Equipa de Rua. A UIL inicia encaminhamento para a CT.

Em 2017 inicia novo tratamento em CT, tendo abandonado uma vez mais este tratamento e regressado à UIL para continuidade do acompanhamento. Nesta altura é possível mediar com a mãe o regresso do utente a sua casa, onde se mantém até à data da realização da entrevista. A família do utente afastou-se do

acompanhamento, inclusivamente a mãe com quem o utente reside.

Já em 2018, abstinente do consumo de heroína e cocaína há cerca de um ano, mantendo, no entanto, o consumo de cannabis, inicia atividade profissional e mantém-se a viver em casa da mãe. Esta atividade profissional mantém-se por pouco tempo. À data da realização da entrevista o utente continua a residir em casa da mãe e está desocupado, continuando a realizar horas de trabalho comunitário.

3.2.7. Caso 07 – António M.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	De 401 a 600 mil habitantes	Entre 21 e 30 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens.	Monitorização de Programas de Respostas Integradas; Rede Social; IPDJ; Like Saúde.

DESCRIÇÃO DO CASO

António M. iniciou acompanhamento na Unidade de Intervenção Local (UIL) em 2013, tinha então 45 anos de idade. O utente procurou apoio da UIL por iniciativa própria, embora por trás deste pedido estivessem questões judiciais (tinha processos por condução sob efeito de álcool) e estava a cumprir pena suspensa. Pede apoio para tratar a sua dependência de álcool.

Os pais do utente são ambos reformados. O pai com 74 anos é reformado e a mãe com 71 anos está também reformada, embora continue a ser ela a cuidar da casa e duma pequena horta familiar. Tem um irmão 4 anos mais novo, portador de deficiência mental que frequenta uma instituição de apoio à deficiência, em regime de centro de dia. O pai do utente teve Problemas Ligados ao Álcool (PLA) tendo realizado internamento numa Unidade de Alcoologia, estando abstinente desde então.

Estudou até ao 2º Ciclo do Ensino Básico. Iniciou atividade profissional na área da restauração.

Iniciou os consumos de álcool aos 11 anos de idade.

Reside sozinho em habitação própria com empréstimo, embora sejam os pais a apoiar no pagamento da mensalidade e no fornecimento de alimentação. À data de início do acompanhamento estava desempregado e auferia da prestação do RSI.

Ainda que resida sozinho, o António mantém uma relação muito próxima com ambos os progenitores. Mesmo com PLA, os pais nunca deixaram de o apoiar no que puderam.

Tinha uma forte ligação com um amigo que foi quem o convenceu a recorrer ao tratamento, bem como com uma vizinha, Assistente Social, que acompanhou todo o processo terapêutico e de reinserção na comunidade.

Os consumos de álcool agudizam-se e tornam-se desestruturantes a partir do momento em que começa a trabalhar na área da restauração. É neste contexto que surgem os PLA.

A partir do momento em que o utente percebe que a sua permanência na área da restauração é um fator de risco e que perpetua os PLA, decide abandonar esta atividade e começa a frequentar uma série de cursos de formação.

Em 2013 o utente é preso devido aos seus processos judiciais pendentes e cumpre 6 meses de prisão.

Em 2014, já em liberdade, inicia atividade profissional num restaurante e posteriormente numa bomba de gasolina,

sem contrato. Continua a auferir da prestação do RSI. Desde o início do acompanhamento que o utente mantém a abstinência.

Em 2015 tem uma recaída e inicia tratamento em ambulatório, conseguindo ficar abstinente até à data da realização do estudo.

Em 2017 o pai do utente faleceu e este atravessa um processo de luto sem comprometer a sua abstinência.

Já em 2018 inicia processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, que se encontra em fase final de conclusão aquando a realização do estudo.

3.2.8. Caso 08 - Bruno C.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	De 201 a 400 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens.	Intervenção em Meio Laboral; Eu e os Outros; Gerações; PRI sem financiamento suplementar; Programa AR(RISCO); CLICKPro.

DESCRIÇÃO DO CASO

Bruno C., atualmente com 52 anos de idade, divorciado. Beneficiário do RSI. A viver numa habitação arrendada. Pai de 4 filhos, 3 rapazes de uma primeira relação que têm hoje 28, 30 e 32 anos a residirem em Lisboa e uma rapariga com 26 anos de uma segunda relação. Não mantem contacto regular com nenhum dos filhos pesa embora saiba que é avô de cerca de 10 netos.

Os pais de Bruno são feirantes, ainda estão no ativo. É o mais velho de fratria de 7 irmãos e irmãs, cedo foi trabalhar com os pais para as feiras, na venda ambulante de roupa. Não tem contacto próximo com os pais e com a família, exceto com um irmão e irmã.

Com frequência do 1º ano do 1º ciclo preparatório, vai frequentando ao longo da vida alguns cursos de formação profissional tal como a jardinagem, agricultura, ação educativa entre outros, que lhe proporcionaram melhorias nas suas competências pessoais, sociais e profissionais.

Ao longo da sua vida trabalhou como vendedor ambulante, jardineiro/cantoneiro e foi durante alguns anos segurança informal de uma pequena unidade industrial a troco de uma habitação. Atualmente frequenta formação profissional remunerada e ocasionalmente realiza alguns trabalhos de jardinagem.

Bruno tem um percurso de toxicodependência que iniciou na adolescência, com primeiro contacto com substâncias psicoativas aos 14/15 anos tabaco, álcool e cannabis. A severidade da dependência terá ocorrida com 20 anos com problemas ligados ao álcool (PLA).

Com 27 anos a heroína passa a assumir a sua substância de escolha, com consumos endovenosos. Segundo o próprio terá sido nessa época que terá contraído VIH. Teve contacto com cocaína em base também, mas sem relevância.

O seu primeiro pedido de ajuda a uma equipa de tratamento ocorre em 1998 para tratamento da sua dependência de heroína, mas só em 2004 depois de uma alteração de residência é que o Bruno investe no seu tratamento e cumpre o programa de tratamento com metadona. Depois de um longo período de abstinência e em seguimento na ET, Bruno tem alta a pedido e abandona as consultas.

Entretanto regressado à sua terra de origem, Bruno está recaído com PLA e a viver em situação de sem abrigo num carro abandonado.

Reinicia tratamento em finais de 2013 na ET de referência da sua residência com acompanhamento por parte da Equipa e de IPSS local, que mantem até á data de hoje.

Em 2015 é internado na Unidade de Alcoologia, internamento que cumpriu com sucesso.

Em 2018 apresenta sinais de dependência de benzodiazepinas e a seu pedido faz internamento na Unidade de Desabituação de Coimbra, que cumpriu.

Paralelamente ao processo de tratamento de Bruno, são mobilizados os recursos e as estruturas da comunidade com participação especial de diversas IPSS, Segurança Social, autarquias para garantir um alojamento digno e enquadramento socioeconómico. Com forte ligação às estruturas de apoio que se revelam como essenciais para seu equilíbrio socio-emocional, Bruno tem ao longo dos anos frequentado ações de formação como forma de ligação e socialização, de combate à solidão e de pertença à comunidade.

3.2.9. Caso 09 – Gonçalo F.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
СТ	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Grupos de Treino de Aptidões Sociais; Grupos de Prevenção da Recaída; Grupos de Autoajuda; Grupos Pós-Alta.	-

DESCRIÇÃO DO CASO

Gonçalo F.F, nascido em 1976, atualmente a viver em união de facto, sem filhos, de nacionalidade portuguesa, assistente operacional numa autarquia, possui o 9º de Ano de escolaridade.

Os pais do Gonçalo estão ambos reformados, com quem mantem uma relação distante. Tem uma irmã mais nova um ano, casada, com diagnóstico de transtorno bipolar, uma sobrinha anã e que sofre de escoliose. Gonçalo mantem uma relação de proximidade com a irmã,

cunhado e de grande afeição pela sobrinha reconquistada após o seu internamento em Comunidade Terapêutica.

Dirigiu-se pela primeira vez a uma UIL em 2001 quando tinha 19 anos para parar consumos de heroína. Com um percurso inabitual na relação com equipas de tratamento, Gonçalo percorreu 3 UIL's. Reside numa área geográfica com a proximidade de 3 Equipas de Tratamento e à medida que se incompatibilizava com a equipa pedia transferência de unidade.

Atualmente estável na UIL desde 2015 depois de internamento na Comunidade Terapêutica.

Relativamente às substâncias, teve contacto de curta duração com haxixe. Primeiro tratamento em 2001 com antagonista, duração de dois meses e recaída. Segundo tratamento em 2006 com metadona, duração de quatro anos, com consumos esporádicos pelo meio. Após vários insucessos terapêuticos e de medidas de reinserção fracassadas, com tentativas de inserção em mercado de trabalho através do Programa VIDA-Emprego, é lhe proposta a admissão em CT. Faz o seu percurso no programa da CT com alta clínica em julho de 2015.

Importa referir que Gonçalo até a sua admissão na CT, apenas tinha o 2º ciclo incompleto e era um trabalhador indiferenciado com experiência no ramo da construção civil.

Ao longo da sua trajetória terapêutica na CT foi desenvolvendo competências essenciais para uma reinserção eficiente.

A equipa mobilizou a rede de suporte, nomeadamente a família mais próxima e promoveu o reconhecimento, validação e certificação de competências que lhe conferiu o 9º Ano. Com esse reconhecimento foi capaz de concorrer a concurso público para uma autarquia e ser selecionado. Iniciou funções em 01/2016 como assistente operacional. Atividade que ainda hoje mantém.

Mantem contacto regular com a Equipa Terapêutica da UIL, por sinal a primeira que ele contactou em 2001.

3.2.10. Caso 10 – Rodolfo M.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
UA	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 31 e 40 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar / Casal; Grupos de Treino de Aptidões Sociais; Grupos de Prevenção da Recaída; Grupos de Autoajuda; Grupos de Famílias; Grupos Pós-Alta.	

DESCRIÇÃO DO CASO

Rodolfo M.m iniciou acompanhamento na Unidade de Intervenção Local (UIL) em 2017, tinha então 56 anos de idade. Foi o próprio utente acompanhado pela esposa que procuraram apoio da UIL para realização de desintoxicação alcoólica, manutenção da abstinência e reabilitação sociofamiliar e profissional.

À data de início do acompanhamento verificava-se dependência alcoólica do utente, disrupção familiar e perturbação da vida profissional. Tem histórico de internamentos em unidade hospitalar feitos em 2014 e 2016.

Proveniente de uma família nuclear com filhos, é o segundo filho duma fratria de três, dois homens e uma mulher. O pai do Rodolfo, com 82 anos de idade à data do início do acompanhamento, ainda está autónomo. Era motorista e distribuidor de produtos alimentares. Foi nesta área que iniciou a sua vida profissional, ajudando o pai, tinha então 14 anos de idade. A sua mãe era comerciante de frutas e legumes e faleceu em 1993. Avô materno com PLA. Inicia consumos de álcool aos 16 anos de idade, tornando-se regulares aos 18 e desestabilizadores aos 47 anos.

Reside com a esposa e dois filhos, uma rapariga de 27 anos e um rapaz de 19. Trabalha na sua própria empresa que se dedica à compra e comércio de vinho juntamente com a esposa, filha mais velha (trabalhadora-estudante), cunhado e outras pessoas sem relação familiar.

Inicia acompanhamento na UIL em 2017 e realiza 4 internamentos seguidos (fevereiro, abril e novembro de 2017 e abril de 2018). Sofre sucessivas recaídas até internamento em CT na sequência do último internamento.

Em todos os internamentos feitos foi possível efetuar uma intervenção ao nível do restabelecimento das relações familiares, com melhorias.

Foi também feita intervenção para conseguir lidar com a pressão exercida pelo seu grupo de pares, nomeadamente em contexto laboral, e que contribuía para a manutenção dos consumos.

Em 2018 cumpre internamento em CT e após alta clínica mantém follow-up pela CT e consultas de seguimento na UIL.

Verifica-se um equilíbrio a nível relacional com a sua família, nomeadamente esposa e filhos, uma mudança face à sua empresa com uma melhor gestão da pressão exercida pelos pares.

À data da realização da entrevista mantinha-se abstinente e com consultas de seguimento na UIL.

3.2.11. Caso 11 – Luís C.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Entre 401 e 600 mil habitantes	Entre 21 e 30 técnicos	Atendimento Psicossocial; Aconselhamento presencial; Consulta de Avaliação de Diagnóstico de Comorbilidade; Consulta de avaliação Psicológica; Consulta de Cessação Tabágica; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar / Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Método ADR (VIH/SIDA); Visita Domiciliária.	Rede Social; CPCJ; NPISA; NLI; Monitorização de PRI; outros grupos de trabalho interinstitucionais.

DESCRIÇÃO DO CASO

Luís C., 47 anos, sexo masculino, nacionalidade Portuguesa, naturalidade Angola, habilitações escolares 4ºano, profissão: Assistente Operacional (canalizador).

Foi referenciado pela urgência de Hospital, teve vários episódios motivados por "quedas" devido ao consumo de álcool. Consumos/dependência de álcool e desorganização bio-psico-social. Iniciou consumos de tabaco aos 13 anos e de álcool aos 17 anos. Internado em 2003 e 2013 na UA para paragem de consumos. Desde 2014 tem mantido o acompanhamento em ambulatório, com acompanhamento pelo técnico de reinserção. Apresenta outros problemas de saúde: Epilepsia.

Filho mais novo de uma fratria de 5 irmãos da primeira relação do pai (3 rapazes, 2 raparigas). Um dos irmãos já falecido, o outro irmão vive em Portugal e três irmãos estão imigrados na Inglaterra. Os pais tinham uma diferença de idades de cerca de 20 anos e ambos abusavam do álcool. Natural de Angola.

O Luís iniciou acompanhamento em outubro de 2013. Na altura refere não ter qualquer rede de suporte familiar, diz que poderá ficar na casa de um casal onde fazia biscates e que a troco de trabalho lhe dá dormida e comida. O objetivo é ter as necessidades básicas asseguradas para poder efetuar a paragem dos consumos de álcool.

Foi solicitado rastreio e exames médicos para tratar de um internamento na UD, assim como o pedido da prestação do RSI. O Luís faz internamento na UD entre 26 de março e 4/04/2014, em ambiente clínico protegido, em regime de internamento de curta duração, permitindo uma desabituação de consumos problemáticos de álcool e uma estabilização pessoal e clínica. Sai a tomar Dissulfiran com o apoio do casal onde estava a viver. Na altura, foram explicados ao casal todos os procedimentos relativos a toma do medicamento. Pára os consumos de álcool, mas continua com consumos muitos elevados de tabaco, sempre muito ansioso, notamos por vezes que é muito impulsivo. Tem uma recaída. Fica muito desiludido, tem um ataque de pânico na UIL e é chamado o INEM. Nesta fase sente-se sozinho, começa a ficar preso às redes sociais, e às conversas com mulheres, sempre muito desconfiado. Arranja namorada. Há muito tempo que não tinha uma relação. Mas não corre bem. Muito nervoso, deprimido, choro fácil. Encaminhado para o psiguiatra da equipa e foi medicado.

Em 2015, manteve o acompanhamento, era beneficiário do RSI, através do programa CEI+ vai trabalhar para uma Autarquia. Nesta altura, solicita-nos apoio para uma consulta de cessação tabágica, que abandona dois meses depois. Ficou mais ansioso por não conseguir parar/reduzir o tabaco. Adiamos esta consulta até ele se sentir motivado.

Em 2016, foi encaminhado para frequentar o Grupo de Prevenção da Recaída. Teve bastantes ganhos com o grupo, foi muito contentor.

Em 2017, deprime, terminou o trabalho na Câmara. Requer novamente a prestação do RSI e só 3 meses depois poderá entrar em novo programa na Câmara. Sente-se sozinho. Articulação com o Psiquiatra da Equipa para reavaliação, devido a tentativa de suicídio. É medicado, começa a sentir-se mais otimista. Inicia no final do ano o trabalho na Câmara, o que ajudou muito.

Reencontra uma amiga de velhos tempos e começaram a sair juntos. Esta tem 3 filhos, está separada e a viver numa casa ao lado da mãe. A relação evolui rapidamente e passou a viver na casa da namorada. Durante este tempo estabeleceu "logo" uma relação de proximidade com os filhos da companheira, sobretudo com os dois mais novos. A menina trata-o por pai. Neste período abre concurso público numa autarquia para Assistentes Operacionais. Faz a candidatura, tudo de acordo com os requisitos solicitados, tendo pedido a nossa colaboração para o efeito. Foi a várias entrevistas e fez testes psicotécnicos. Em conversa com o responsável do serviço, este refere que o utente tem fortes possibilidades de ficar no concurso, gostam imenso do desempenho e da sua postura. Efetivamente o Luís entrou no concurso, mas muito ansioso com esta nova situação - sempre muito inseguro.

Em 2018, logo no início do ano, a relação entre o casal começa a sofrer perturbações. O Luís é muito ciumento. Persegue a companheira no local de trabalho, no telemóvel e faz publicações nas redes sociais desadequadas. A companheira começa a ficar saturada, e têm várias discussões. Numa destas discussões o filho do meio com quem tinha uma boa relação envolve-se e quase chegam a agressão física. A companheira, sempre que tem estes problemas, telefona e pede ajuda. Encaminhamos para a terapia familiar, não se mostram recetivos. Acham que é uma fase que passará. O utente refere que tem a ver com as novas funções no trabalho, na responsabilidade, o que lhe causa muito stress, tem medo de não conseguir e desiludir o chefe. Atualmente o casal considera a hipóteses de sair da casa onde vivem. Vivem numa casa ao lado da mãe da companheira que de alguma forma também tem influenciado, interferido na vida do casal, controlando os movimentos do Luís (horas de entrada e de saída). Com o tempo a companheira refere que se vai habituando às oscilações de humor/crise do companheiro. Considera que ele é muito ciumento e também é uma forma de chamar à atenção.

Também é de opinião que se tivessem um espaço deles talvez as coisas melhorassem, pois talvez o Luís se sentisse melhor num espaço seu. Decidem procura casa, perto das escolas. A companheira está a fazer umas horas, isto ajuda

mais nas despesas. Acham que conseguem suportar as despesas, pois o Luís faz muitas horas extras. Atualmente mantem-se estável, a fazer a medicação prescrita, bem como a frequentar as consultas que lhe são marcadas.

3.2.12. Caso 12 – Leonardo M.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	De 401 a 600 mil habitantes	Mais de 40 técnicos	Acolhimento; Aconselhamento presencial; Consulta de Avaliação de Diagnóstico de Comorbilidade; Consulta de avaliação Psicológica; Consulta de Cessação Tabágica; Avaliação do Desempenho Ocupacional; Atividades Terapêuticas; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta de Gestão de Cuidados de Saúde; Consulta de monitorização de prescrição; Consulta de Fisioterapia; Exploração de Recursos Comunitários; Consulta/atendimento a familiares; Método ADR (VIH/SIDA); Grupos de Grávidas; Grupos de Famílias; Grupos Temáticos; Visita Domiciliária; Intervenção Laboral; Sessão de Expressão Corporal; Sessão de Movimento; Sessão de Relaxamento; Sessão de Fisioterapia; Treino de atividade terapêutica.	Rede Social; CPCJ; Rede Emprega; Outros grupos de trabalho interinstitucionais

DESCRIÇÃO DO CASO

Leonardo M. tem 51 anos, é natural de angola e possui como habilitações literárias o 1º ciclo. É o filho mais novo de uma fratria de 8 irmãos, tem 5 filhos com idades entre os 18 e os 30 anos e cinco netos. Ambos os progenitores falecidos. Vive numa habitação social com a companheira de 52 anos de idade, sem escolaridade e com problemas de saúde. Tem experiência profissional na área da Agricultura, na área da Jardinagem e como Auxiliar de Serviços Gerais. Fez um curso de formação profissional. A família sempre tentou apoiá-lo. A mãe, segundo o próprio, "sofreu muito por sua causa porque roubava, era escravo da droga...".

Procurou o serviço em 1992, na altura com 24 anos. Estava muito desorganizado com elevados consumos de heroína e consumo excessivo de *Serenal*, procurando ajuda para parar. Iniciou os consumos de haxixe ainda na escola primária. Nenhum dos irmãos consumia, ele era o único, refere que o pai lhe deu muitas oportunidades e que ele não fez caso disso. Refere ainda que o seu acompanhamento era muito irregular na Equipa pois ausentava-se para

trabalhar em atividades agrícolas sazonais em Espanha e França. Desde 2000 mantém com maior regularidade o acompanhamento médico e psicológico, integrando o programa de substituição opiácea com metadona.

Em 2007 é marcada a primeira consulta social à qual não comparece. Ao longo do acompanhamento houve muitos retrocessos, mas também ganhos e avanços. Inicia o acompanhamento com o técnico de reinserção da Equipa em 2015, na altura residia com a companheira e com o filho mais novo e eram beneficiários da prestação do Rendimento Social de Inserção.

Nesta altura, o seu pedido prende-se com a necessidade de procurar emprego tendo como objetivo autonomizar-se face à prestação social de que o seu agregado depende. Face a este pedido e tendo em conta o seu *curriculum* e a sua experiência de trabalho, foi integrado numa medida de Estágio Profissional no âmbito do Programa Vida-Emprego.

Pretendeu-se que o Leonardo fosse acompanhado por um tutor que o iria apoiar no contexto laboral e por um mediador que faria a ligação entre o utente, a equipa de tratamento e a entidade empregadora. O Leonardo concluiu a medida mas não transitou para a seguinte (Apoio ao Emprego) pois era pouco assíduo.

Continua a solicitar apoio na procura de emprego, é atualizado o seu *curriculum* e enviado para várias entidades e empresas de trabalho temporário e treinadas técnicas para a entrevista. Todo este projeto é construído com o utente, é um trabalho pedagógico e que se pretende que o utente se envolva, se comprometa com o mesmo. Nesta altura, iniciou funções numa empresa de jardinagem. O Leonardo mostrava grandes fragilidades em manter o emprego, tinha dificuldades em acordar cedo, tendo o seu contrato de trabalho sido rescindido.

Atualmente mantém um acompanhamento regular na equipa com os diferentes profissionais (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social), faz alguns "biscates," estando

a aguardar a possibilidade de iniciar um curso de formação com equivalência escolar. Continua-se a intervir com o Leonardo tendo como objetivo a integração/formação profissional, desenvolvendo competências pessoais e sociais. Esta intervenção visa a promoção de competências de relacionamento interpessoal, nomeadamente competências de comunicação verbal e não-verbal, competências sociais/dar e pedir ajuda, expressar opiniões e sentimentos e competências cognitivas de identificação e solução de problemas, gestão de conflitos e tomada de decisões.

Ao longo de todo o projeto de intervenção biopsicossocial foram estabelecidas articulações com os diferentes parceiros da comunidade, que contribuíram para o seu projeto de vida, nomeadamente os vários contactos e reuniões com a técnica que o acompanha no âmbito da prestação do rendimento social de inserção, no sentido de delinear um acordo de inserção com metas realistas, que tenha como objetivo a inserção social e profissional.

3.2.13. Caso 13 – Diogo T.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Entre 201 e 400 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Aconselhamento presencial; Consulta de Avaliação de Diagnóstico de Comorbilidade; Consulta de avaliação Psicológica; Consulta de Cessação Tabágica; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar / Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Método ADR (VIH/SIDA); Grupos de Prevenção da Recaída; Grupos de Acolhimento; Grupos de Famílias; Visita Domiciliária.	Rede Social; NPISA; NLIS; CLAS; Observatório da Saúde.

DESCRIÇÃO DO CASO

Diogo T.T tinha 31 anos quando iniciou acompanhamento pelo técnico de reinserção da Unidade de Intervenção Local (UIL).

Ambos os progenitores já faleceram, sendo que o pai tinha problemas ligados ao álcool. O Diogo nunca viveu com o pai, é fruto de um relacionamento esporádico, tem 2 irmãos fruto do 1º casamento da mãe. A mãe voltou a

casar e deste 3º relacionamento não teve filhos. Este companheiro faleceu quando o utente tinha 14 anos, tendo sido a sua referência paterna.

Tem 2 filhos, fruto de um relacionamento com uma companheira de etnia cigana. Após alguns anos de relacionamento, a companheira envolveu-se afetivamente com o seu irmão, este era toxicodependente e tinha VIH+.

Após a rutura, a companheira foi viver com o cunhado e acabou por se infetar, tendo ambos falecido com VIH. Após a morte da ex-companheira, o filho ficou a viver com o pai e a filha com a família materna.

O Diogo vivia com a mãe de 81 anos de idade, reformada, com a 4ª classe, viúva. Vive, atualmente numa casa de habitação social com boas condições de habitabilidade.

Em 2003 foi marcada a primeira consulta social. O utente tem uma incapacidade de 60%, tem VIH, epilepsia e iria fazer tratamento para a Hepatite C. A sua substância principal de consumo era a heroína, pelo que posteriormente foi integrado em Programa Substituição Opiácea (PSO). O Diogo estava separado, vivia com a mãe e com o filho, que tinha imensos problemas de saúde, numa casa de habitação social degradada. Numa primeira fase, foi solicitado o apoio para integração profissional. O Diogo possui 2º ciclo de escolaridade, experiência profissional na área da construção civil e era desempregado de longa duração. Dependia economicamente da mãe, que era reformada, e de alguns apoios sociais. Foi integrado no âmbito de uma medida de Estágio do Programa Vida-Emprego, na área em que tinha experiência.

Em 2004 o filho foi institucionalizado, contudo o utente sempre manteve uma relação de proximidade com o mesmo.

Manteve-se o acompanhamento e foram desenvolvidas iniciativas para resolver a questão da habitação, em articulação com os serviços da Autarquia, com a CPCJ local

e com a instituição onde o filho se encontrava. Foi efetuado encaminhamento para a prestação do RSI, numa fase em que se encontrava mais debilitado, e foram desenvolvidas iniciativas com vista à sua integração profissional em contextos protetores. Nesse sentido, articulou-se com diversas IPSS locais, com o IEFP, com o Gabinete de Inserção Profissional e com Centros de Formação.

Continuou sempre a viver com a mãe desde a separação, mantendo com ela uma relação de entreajuda e respeito mútuos. Tinha uma boa relação com o filho e com a irmã e sobrinho. Em 2016 a irmã iniciou um novo relacionamento afetivo, sendo este cunhado um dos elementos mais significativos na vida do utente. O cunhado é cordial, disponível e participativo em todo o processo de tratamento e reinserção.

Em 2018 mantem o acompanhamento na UIL com os diferentes profissionais, integrado em PSO. Entretanto a mãe faleceu com uma neoplasia e tem sido a irmã, o cunhado e o sobrinho a sua rede de suporte. O filho vive longe, mas mantem uma relação de alguma proximidade, fazendo visitas com alguma regularidade. Com a filha o contacto é telefónico, pois não vive em Portugal, mas mantem com ela uma relação de carinho.

À data do estudo, o utente tinha uma entrevista agendada para um Centro de Formação Profissional e estava muito motivado.

3.2.14. Caso 14 – Sónia L.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
СТ	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Programa terapêutico residencial; Programa de intervenção com famílias; Grupo de Prevenção da Recaída; Programa de Educação Financeira; Treino de Competências.	-

DESCRIÇÃO DO CASO

Sónia L. tem 49 anos, é arquiteta e está separada e desempregada. Filha mais velha de uma fratria de 2 irmãos. Família muito impactada pela morte do único irmão quando tinha 3 anos (caiu de uma varanda), só viveu com ambos os progenitores até aos 5 anos. As suas figuras de referência são os avós maternos, ambos falecidos.

Possui uma habitação própria sem empréstimo com obras a decorrer e tem uma casa arrendada para alojamento local. Relativamente à família, o padrasto tem uma função de estabilidade e a utente reconhece-o muito na função paterna pois não têm relação com o pai, nem qualquer tipo de contacto há vários anos. O pai tem problemas com o álcool. O padrasto é o mediador entre ela e a mãe.

A Sónia tem 3 filhos do sexo masculino com 16 e 13 anos, de uma primeira relação e outro de 6 anos de uma segunda relação. Os dois filhos mais velhos vivem com o pai. Estes filhos tinham uma relação muito próxima com ela. Tem uma relação cordial com o pai dos filhos. Relativamente ao filho mais novo este vive com os avós estando um processo de poder paternal a decorrer, tem como objetivo criar todas as condições para obter a guarda do filho mais novo.

A Sónia iniciou os consumos de álcool aos 42 anos e aos 43 consumos de cocaína fumada e inalada. Estes consumos tiveram início numa relação com um companheiro consumidor. Teve sempre acompanhamento psicológico, tendo iniciado consulta na UIL. O projeto terapêutico acordado foi o ingresso em Comunidade Terapêutica, após desabituação física em Unidade de Desabituação.

Esta CT é estatal, o internamento é gratuito e de âmbito nacional. O programa tem a duração mínima de 13 meses, sendo a estadia livre e a permanência voluntária, o que significa que qualquer residente, a qualquer momento do tratamento pode decidir interromper o mesmo.

O tratamento nesta CT preconiza uma forte articulação e intervenção familiar, em todo o processo terapêutico do residente, torna-se importante, desde o início e durante todo o percurso na CT, implicá-los ativamente, num

programa de intervenção familiar. Assim, além dos telefonemas semanais que podem fazer para a CT (seja num primeiro momento para falar unicamente com a equipa técnica, seja para, num segundo momento, falar com o próprio familiar), este programa contempla os grupos de pais mensais, um espaço simultaneamente socializante, pedagógico e terapêutico. No dia-a-dia é solicitada a colaboração e intervenção da família sempre que necessário. Esteve 10 meses em tratamento na CT, saiu com alta a pedido.

No início do tratamento na CT, a Sónia "protegeu-se muito" sempre muito autocentrada, muito fechada nela própria. À medida que se criou uma relação terapêutica de confiança, progressivamente a situação foi-se alterando. Foi sentida a necessidade de respeitar o tempo da residente e dar tempo para que neste espaço terapêutico com os diferentes técnicos, com o grupo de residentes e com as diversas atividades diárias, se começasse a sentir integrada.

As áreas de intervenção destacadas foram a área da Família, da Habitação e da Saúde. Foi co-construído um plano individual de inserção de 5 meses.

Iniciou-se um trabalhou da articulação/mediação com a Equipa de Apoio ao Tribunal de Família e Menores (EATLE) através de vários contactos telefónicos, relatórios sociais, reuniões sempre com o objetivo de criar uma relação entre a evolução do tratamento da utente e uma futura possibilidade de contacto com o filho mais novo, cuja guarda estava a cargo dos avós maternos. Esta situação só foi possível ao oitavo mês em que a utente pode estar com o filho, foi criada uma relação de confiança e estabelecidos compromissos entre os técnicos da CT, a Sónia, os pais da Sónia e Equipa de Assessoria ao Tribunal.

Outra necessidade prendia-se com a melhoria na relação com a mãe. As questões que a preocupavam em relação ao filho, a mãe acabava por ser a mediadora. As competências parentais também foram trabalhadas, pois além deste filho há dois filhos mais velhos que residem

com o pai. Houve um trabalho de voltar a pensar enquanto mãe na perspetiva dos filhos, o que eles precisariam, o que que eles neste momento poderiam estar a sentir, estar a pensar.

A família esteve sempre atenta ao seu processo de tratamento, quer contatando telefonicamente, quer participando nas sessões de pais realizadas na CT. Era uma família muito atenta que tinha capacidade de pensar, de questionar, telefonavam todas as semanas, deste ponto de vista era uma família muito ativa.

Assim, no contexto de tratamento em CT e do acompanhamento à utente desde o início, a mediação foi a estratégia constante com a EATLE, com a Unidade de

Pedopsiquiatria do Hospital onde o filho foi e continua a ser acompanhado. Pretendeu-se que a utente como mãe conseguisse estar com o filho potenciando a relação entre ambos. A intervenção social tentou sempre ser um processo de co-construção dinâmico e de muita proximidade.

A Sónia solicitou alta a pedido, saindo a 4 de março de 2019. Nesta altura foi feito o contacto com a sua terapeuta da UIL, fazendo-se o ponto de situação e agendada consulta para a utente manter o seu tratamento naquela Unidade, tendo como objetivo prevenir a recaída.

A Sónia mantem acompanhamento na UIL, participando nalgumas atividades do Centro de Dia.

3.2.15. Caso 15 – Francisco C.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

i	Jnidade de ntervenção ocal (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
l	JA	Mais de 1 milhão de habitantes	Entre 31 e 40 técnicos	Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar / Casal; Consulta de Crianças e Jovens; Toma supervisionada de medicação; Consulta para profissionais de saúde; Grupos de Prevenção da Recaída; Grupos de Autoajuda; Grupos de Famílias; Grupos Pós-Alta.	Representação /articulação institucional com outras instituições: Programa Taxa 0; Projeto Corda Bamba.

DESCRIÇÃO DO CASO

Francisco C. tem anos 51 anos, filho de pais separados, ambos com a 4ª classe, já falecidos. O pai era alcoólico. Tem 4 irmãos com quem não mantem relação. Tem o 9º ano, e trabalha como assistente operacional. Vive junto, desde 2006, numa casa arrendada com a atual companheira, que é auxiliar de apoio e vigilância e com o filho de ambos de 8 anos. Tem uma filha e um neto de uma relação anterior, não tendo contactos frequentes. A companheira foi dependente de álcool, estando abstinente há 9 anos, esta tem outro filho e um neto, sendo que o filho tem problemas com o álcool.

O Francisco iniciou acompanhamento na UIL em 1992, na altura com 26 anos, passou por vários serviços, quer no ambulatório, quer no internamento, sem ter mantido acompanhamento regular. Iniciou os consumos de álcool e tabaco aos 16 anos, e desde os 23 anos que estes consumos se tornaram diários. Fez 3 internamentos em Comunidade Terapêutica e em todos saiu com alta clínica programada.

É um individuo multiassistido e inteligente e por isso beneficiou muito da intervenção. Em 2016, após 6 anos de abstinência, voltou a contatar o serviço, tinha recaído.

Estava numa fase de consumos ativos de álcool e de grande desorganização, correndo o risco de ficar desempregado. Houve também por parte da entidade patronal um contacto com a UIL para se delinear uma estratégia conjunta. O Francisco não era assíduo, ia trabalhar alcoolizado. Iniciou-se um contacto muito próximo e uma intervenção articulada através de contactos telefónicos, e-mail e reuniões. Foi delineado um plano individual de inserção, procurando sempre garantir uma abordagem baseada numa lógica de satisfação das necessidades, adequando as respostas disponíveis às intervenções diagnosticadas. identificadas Foram necessidades na área da Saúde e foi delineado, em conjunto com o utente e com a Equipa, um projeto de tratamento. Também havia necessidades na área do emprego, pelo que foi necessário articular com a entidade patronal tendo como objetivo prevenir a desinserção laboral. Na área da família, foi realizada a articulação com a CPCJ, com a psicóloga da Escola do filho, uma vez que o utente conduzia sob o efeito de álcool e havia queixas da escola. Houve ainda apoio na gestão das rotinas e da

economia familiar, uma vez que existia um elevado nível de endividamento e uma penhora do ordenado. Foi um processo que mobilizou diferentes entidades, tendo como objetivo promover a autonomia desta família.

Esta intervenção com a com a esposa, com o filho, com a entidade patronal, com a Escola e com outras IPSS, ao longo do tempo, potenciou a relação de confiança do Francisco com a equipa e contribuiu para que este falasse com mais facilidade das suas dificuldades, pois é um indivíduo comunicativo, afável e inteligente.

Como foi referido, desenvolveu-se um trabalho muito articulado e de grande proximidade e disponibilidade de todos os intervenientes, o que foi fundamental para dar suporte às dificuldades desta família. De um modo geral, não foram sentidas grandes dificuldades na articulação com as entidades envolvidas, havia um grande envolvimento de todo um conjunto de profissionais de diferentes áreas para que, em conjunto, se encontrassem soluções de comprometimento com vista ao bem-estar social desta família.

3.2.16. Caso 16 – Óscar P.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL)	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Até 200 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens.	Rede Social; NLI; CLAS; PORI

DESCRIÇÃO DO CASO

Óscar P. tinha 55 anos quando iniciou acompanhamento pela técnica de reinserção da Unidade de Intervenção Local (UIL). É natural e encontrava-se a residir numa localidade que dista aproximadamente 60 Km da UIL.

Os pais já falecidos: a mãe há 36 anos e o pai há 17 anos. Este teve também problemas ligados ao álcool. Divorciado, tem 3 filhas. A mais velha com 35 anos e a outra com 23 anos, fruto do primeiro casamento e a filha mais nova com 16 anos, fruto do segundo casamento. Esta vivia com o utente. Este tem o 9º ano de escolaridade e está reformado por invalidez. Trabalhou durante 20 anos numa IPSS local.

Vivia em casa própria com empréstimo bancário e a habitação tinha razoáveis condições de habitabilidade.

O Óscar, pela sua dependência alcoólica e por indicação de um amigo que mantinha acompanhamento na UIL, iniciou acompanhamento numa Unidade Especializada para Tratamento de Alcoólicos em 2002, sem ter mantido um acompanhamento regular.

No período compreendido entre janeiro de 2014 e fevereiro de 2016 manteve-se com alguma regularidade em acompanhamento na Unidade de Tratamento Local, pelo Enfermeiro, Técnico de Referência/Gestor de Caso, sempre com acompanhamento médico, com alguns períodos de abstinência de consumos. Na altura, o utente encontrava-se casado e a esposa acompanhava-o às consultas, e assumia a responsabilidade de marcação das mesmas. Durante este período não existiu sinalização e/ou referenciação para intervenção e acompanhamento por parte do Serviço Social.

Em julho de 2017 e com pedido expresso ao Serviço Social da UIL, a assistente social do Centro de Saúde e uma Técnica da Câmara Municipal da área de residência do utente, solicitaram marcação urgente de consulta pois o utente apresentava uma elevada degradação quer do seu estado físico, quer do seu estado mental, provocada pelos consumos abusivos de álcool.

Encontrava-se divorciado, sem qualquer suporte familiar e a viver sozinho com uma filha menor de 16 anos, estudante, que assumia a organização das tarefas da vida quotidiana e de alguma forma assumia também o papel de "cuidadora" do pai.

Tendo como única fonte de rendimento a sua pensão de invalidez, pela desorganização financeira provocada pelo consumo/abuso de álcool e pela falta de cumprimento de compromissos, deixou de efetuar pagamento de prestação de crédito à habitação. Entrou em incumprimento com a entidade bancária conduzindo a uma ordem de despejo. Esta fragilidade estrutural e instabilidade em termos pessoais e a ausência de suporte

familiar condicionavam o seu equilíbrio, quer a nível pessoal, quer a nível familiar.

Internamento na Unidade de Desabituação (UD) em julho de 2017 e em setembro de 2017, onde em ambiente clínico protegido, em regime de internamento de curta duração, permitiu uma desabituação de consumos problemáticos de álcool e uma estabilização pessoal e clínica.

Após o segundo internamento e após alta da UD foi internado de imediato numa Comunidade Terapêutica, durante 12 meses, no período compreendido entre outubro de 2017 e outubro de 2018, como única forma viável de afastamento do meio envolvente e em ambiente protegido, onde com apoio intensivo, enquadramento e suporte estável, pudesse desenvolver e adquirir competências que dariam lugar a novas formas de ser e de estar.

Em outubro de 2018 e após alta da Comunidade Terapêutica, foi integrado numa Comunidade de Inserção da mesma instituição, onde se mantém até à atualidade, com o objetivo de preparar a sua reinserção social nomeadamente o regresso ao seu local de residência. Atualmente e não só como forma de ocupação do tempo livre, mas também ao nível de valorização de competências pessoais e sociais, encontra-se a realizar voluntariado num Centro Social Cultural e Recreativo, na área dos serviços gerais. Mantém acompanhamento regular na UIL, como forma de prevenção de recaída.

Ao longo de todo o projeto de intervenção terapêutica e psicossocial foram sendo criadas situações que deram um contributo positivo na consolidação do projeto de vida, mediante articulação com estruturas locais de intervenção social, envolvendo diretamente os parceiros no (des)envolvimento do projeto social do utente, com vista à satisfação do pedido no sentido de minimizar situações/problema que dificultaram o acesso ao tratamento, nomeadamente apoio para transporte na deslocação a consultas em ambulatório e internamento, acompanhamento próximo na realização de exames

complementares de diagnóstico, apoio económico para fazer face a despesas com internamento em CT e acompanhamento ao nível do cumprimento das tarefas da organização da vida quotidiana.

O trabalho de acompanhamento de proximidade realizado pelo Centro de Saúde, Segurança Social, Lar de IPSS local e por uma amiga da família, foi fundamental no sentido de trabalhar a motivação do utente para a mudança de comportamentos e atitudes, sendo criadas condições mínimas para dar cumprimento a projetos consistentes e concretos numa tentativa de valorização de um projeto de vida estruturado.

3.2.17. Caso 17 – Raúl C.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Até 200 mil habitantes	Entre 11 e 20 técnicos	Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Consulta de Crianças e Jovens.	-

DESCRIÇÃO DO CASO

O Raúl C. tinha 35 anos quando iniciou acompanhamento pelo técnico de reinserção da Unidade de Intervenção Local (UIL).

Filho mais novo filho numa fratria de 2 irmãos, com uma diferença de idade de 11 anos em relação ao primogénito.

O pai tinha 70 e a mãe 66 anos, ambos pensionistas.

Natural de uma freguesia urbana, o utente saiu do país aos 9 meses de idade com a família que emigrou para França. Volvidos 9 anos, o utente regressa a Portugal com os progenitores.

Após a sua desorganização, provocada pela dependência de substâncias psicoativas (heroína), os progenitores decidem deslocar-se para o interior, para junto da família de origem, alterando a residência para uma zona semiurbana, que dista aproximadamente 35 Km da UIL.

O utente foi acolhido na UIL em dezembro de 2000, passando então a ter apoio médico e psicoterapêutico. Foi, nesta data, integrado em programa de antagonista opiáceo, com acompanhamento médico e psicoterapêutico.

Em fevereiro de 2001 e, na sequência de alguns conflitos identificados e dificuldades na comunicação foi atendido em consulta de terapia familiar pela terapeuta/técnico de reinserção, com os pais. Nesta consulta foi possível avaliar a atitude do pai, descrente face à situação da abstinência e ganhos do filho e uma clara aliança deste com a mãe, durante os períodos de consumo. A família passa a ser acompanhada em contexto de terapia familiar, com uma regularidade quinzenal, com impacto bastante positivo ao nível das relações.

Depois de conseguir, de forma autónoma, um trabalho numa fábrica localizada em outro distrito/concelho, em abril de 2001, abandona o tratamento e só regressa após 2 anos. Nesta fase aparece novamente recaído e apresentando ainda consumo abusivo de álcool. Foi encaminhado para internamento de desabituação física e em face do ambiente familiar caótico retomou as consultas terapia familiar.

Pelos consumos excessivos de álcool e pela má relação com o pai, viu-se obrigado a sair de casa, passando a viver sozinho numa outra habitação. Sozinho, desempregado e

sem redes de suporte social efetivas, o utente foi encaminhado para intervenção social.

Ao longo do tempo e, no âmbito do acompanhamento psicossocial foram definidas como estratégias de intervenção a identificação dos seus interesses e competências, a motivação e orientação para a integração profissional e o desenvolvimento de técnicas de procura ativa de emprego. Em termos de encaminhamento/articulação com outras estruturas desenvolveu-se sobretudo com o Instituto de Emprego e Formação profissional – Centro de Emprego da localidade da UIL e o utente foi integrado num curso de jardinagem em (setembro de 2005 a junho de 2007), que não terminou.

Após dois anos de alguma instabilidade e abandonos, em janeiro de 2008, o Dr. Raul procura novamente apoio do técnico de reinserção para iniciar um processo com vista à integração em Comunidade Terapêutica (CT). Foram estabelecidos contactos para internamento de desabituação física e desenvolvido trabalho de articulação interdisciplinar com vista não só ao encaminhamento do

utente, como para acompanhamento dos progenitores, na sua ausência, articulação com CT e todo o processo de encaminhamento e acompanhamento. Após 2 meses, o utente abandonou o programa de CT e voltou a recair.

Em outubro de 2012 foi novamente encaminhado para o técnico de reinserção da UIL que, em articulação com o IEFP- Programa Vida-Emprego, a Câmara Municipal e uma Associação de Desenvolvimento Regional sediada na localidade, criam oportunidade de integração e acompanhamento do utente em todo o seu percurso de inserção em contexto laboral.

Numa primeira fase, o utente foi integrado em Estágio Socioprofissional através da Associação e posteriormente, foi integrado na autarquia na medida de Apoio ao Emprego e CEI+, em estreita colaboração com o Centro de Emprego local.

Em 2016, o Raul teve alta social pelo técnico de reinserção, por ter cumprido todos os objetivos do seu itinerário de inserção.

3.2.18. Caso 18 – Justino F.

CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Unidade de intervenção local (UIL);	Área geográfica de intervenção da UIL	N.º de técnicos da UIL	Respostas disponíveis na UIL	Projetos existentes de intervenção comunitária na UIL
CRI	Entre 201 e 400 mil habitantes	Entre 31 e 40 técnicos	Atendimento Psicossocial; Consulta Social; Consulta Médica; Consulta de Psiquiatria; Consulta de Psicologia; Consulta de Enfermagem; Programa de tratamento com antagonistas opiáceos; Programa de tratamento com agonistas opiáceos; Consulta/atendimento a familiares; Consulta de Terapia Familiar/Casal; Grupos de Prevenção da Recaída.	Intervenção em Meio Laboral, Monitorização de PRI, Grupos de trabalho Sem-Abrigo; Consulta para jovens.

DESCRIÇÃO DO CASO

Justino F., nascido em 1970, solteiro, com nacionalidade portuguesa, com um filho a residir em França, desempregado, tirou o 6º ano de escolaridade, através de um curso de formação de jardineiro.

Vive com os pais reformados, com uma excelente relação com a mãe e tem com o pai uma relação muito conflituosa,

com agressões verbais, de forma recorrente. O pai tem, um problema de adição com o álcool, o que agrava a mesma relação. Teve um irmão com problemas de adição de substâncias psicoativas ilegais, que morreu em França devido a esta situação. Quanto ao filho, não mantém contactos regulares, aliás são quase inexistente nos

últimos anos. É uma pessoa muito só, e com dificuldades de contacto muito grandes.

Em 2006, a mãe entra em contacto com a UIL da zona de residência e marca uma consulta para o filho devido ao seu problema de consumos de substâncias, mais concretamente heroína, e por sentir que todas as tentativas de paragem do filho eram falhadas, desde os seus 18 anos. O Justino tinha na altura 36 anos e foi difícil a adesão ao tratamento, situação que ainda se mantém atualmente.

Internado quatro vezes em diferentes Comunidades Terapêuticas, assim como na Unidade de Desabituação da zona de residência, mas todas elas sem sucesso, acabando por abandonar a meio do processo. Conseguiu terminar o processo uma vez, mas quando regressa acaba por voltar aos consumos. Consumidor habitual de heroína e cocaína, situação que mantém atualmente, estando previsto a entrada noutra Comunidade Terapêutica muito em breve.

Ao longo dos anos de acompanhamento efetuou várias tentativas de terapia farmacológica, quer com metadona, quer com antagonista, mas sempre com insucesso. Apresenta comorbilidade (VIH).

A nível profissional tem tido na sua maioria das vezes trabalhos temporários, beneficiou de alguns programas de apoio laboral destinados a esta população, como o Programa Vida-Emprego. Sempre que existe acompanhamento por parte do técnico de reinserção, consegue manter-se mais algum tempo do que o habitual, porém os consumos acabam por comprometer a estabilidade profissional. Atualmente vive com o apoio do RSI.

Apesar desta instabilidade terapêutica, recorre semanalmente à UIL em busca de apoio social, sendo uma pessoa com muito poucos recursos e competências sociais. Tem-lhe sido propostos vários *hobbies*, mas recusa.

3.3. Interações familiares e redes de apoio

GENOGRAMA

O genograma tem sido amplamente utilizado na área da saúde como instrumento de suporte na elaboração de hipóteses diagnósticas. Enquanto desenho gráfico da vida familiar, permite levantar informações sobre os seus membros e suas relações, através de gerações, constituindo-se numa ferramenta de avaliação (Kruger e Werlang, 417). Gerson e McGoldrick (1993) recomendam que o genograma possa ser utilizado como um recurso de intervenção para o desenvolvimento de uma responsabilidade compartilhada através do envolvimento de todos com o que acontece com cada um, tanto no passado, quanto no presente e futuro.

Porém, as relações familiares são complexas na sua dimensão, estrutura e função e perante essa complexidade intrínseca o desenho gráfico não possui

suficientes propriedades que a permitam representar de forma adequada.

Não sendo generalizadamente utilizado na área da intervenção social, o genograma constitui um instrumento de diagnóstico útil à intervenção social e socio-terapêutica (Sousa e D'Almeida, 2016), pelo que foi pedido aos técnicos de reinserção em CAD a sua integração na descrição dos casos. Tendo sido maioritariamente construído fora do contexto do relacionamento profissional com o utente e com família, mas a partir dos registos escritos nos processos de acompanhamento psicossocial, a informação recolhida surgiu por vezes confusa e por isso inadequada ao tratamento em todas as dimensões analíticas deste instrumento.

No entanto, a análise do genograma de cada caso permite evidenciar informação que complementa e enriquece a compreensão dos casos em função da constelação familiar, dos vínculos e das relações aí existentes.

Para o efeito, foi construída uma tabela que cruzasse os dados objetivos da descrição dos casos com a leitura de cada genograma, de forma a retirar algumas conclusões sobre as relações familiares da população estudada, embora sem qualquer pretensão de generalização.

Os dados indicam que todos os casos apresentam instabilidade nas relações familiares. Apesar de haver reconhecimento das ligações/relações familiares, estas assumem características de desgaste e fragilidade. Sobressai ainda o isolamento, o conflito e a rutura (essencialmente parcial entre os seus membros). Ao mesmo tempo existem relações de suporte com alguma consistência, assentes em cuidados mais formais do que propriamente afetivos/vinculativos.

A análise mais transversal aos 18 genogramas evidencia a inconsistência das estruturas familiares, criando como consequência uma fragilidade para o processo de tratamento e inserção social dos indivíduos.

Tal facto acaba por influenciar a intervenção, criando um desafio técnico constante para se superar a vulnerabilidade criada pela própria doença CAD e pela deficitária estrutura familiar de apoio.

Tais fragilidades geradas pelas condições familiares reforçam a necessidade de se criarem alternativas na comunidade e com os parceiros no sentido da sua minimização e criação de pontos de apoio, de proteção, de vinculação e sobretudo de autonomia para as pessoas com CAD.

Em 14 casos é assumido o conflito e o consequente corte de relação com familiares.

Todavia, as relações mais significativas são com familiares na quase totalidade dos casos.

Apenas um caso evidencia relações significativas fora da família.

A rutura familiar parcial é registada em 9 casos, embora todos os casos revelem relações de suporte significativo no seio familiar.

A maioria dos casos (12) partilham habitação em pequenos agregados familiares (em média 2/3 elementos), havendo 6 que vivem sós.

MAPA DE REDES

O mapa de rede é um instrumento de diagnóstico que permite o mapeamento da rede social pessoal de cada sujeito, bem como a sua rede de suporte social enquanto "sistema central", rede de suporte social disponível e já mobilizada pelo sujeito. Permite ainda identificar as propriedades da rede no sentido não apenas do seu conhecimento, mas da intervenção planificada no sentido de ativar, potenciar ou criar uma rede de suporte.

O mapa de rede é um instrumento de registo de informação. Pode-se definir o mapa de rede social como um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós, em que os nós podem ser pessoas, grupos, empresas ou outras instituições.

Neste estudo foi utilizado o mapa de redes sociais de Sluzki (1996) adaptado por Guadalupe (2000), cuja configuração é a seguinte (Fig. 8).

Amizades

Pamília

O = Representa o Cidadão

1 = Relação Íntima
(Família/Grupo significativo)

2 = Relações Sociais (Com contato pessoal)

3 - Conhecidos (Relações ocasionais/Distantes

Relações de Trabalho ou Estudo

Relações Com Sistemas de Saúde e Instituições Sociais

Figura 8. Configuração do Mapa de Redes

O mapa é representado através de um desenho gráfico, que pode ser sistematizado por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes principais são eles:

- Amizades
- Família
- Relações Comunitárias ou com Serviços
- Relações de Trabalho ou Estudo

No Mapa de Rede o núcleo central do círculo representa o cidadão com CAD e a cada um dos outros círculos é atribuído uma representação:

- No círculo interno, figuram as relações íntimas (tais como familiares diretos com contacto quotidiano, e amigos próximos);
- No círculo intermédio, inscreve-se as relações pessoais com menor grau de compromisso (tais como relações sociais ou profissionais com contacto pessoal mas sem proximidade e relações com familiares intermédios);
- No círculo externo, diz respeito aos conhecidos e relações ocasionais (tais como conhecidos de escola ou trabalho, vizinhos, familiares distantes).

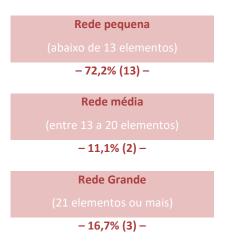
Na análise realizada foi possível recolher dados a partir dos mapas de rede disponibilizados pelos técnicos de reinserção, relativamente a algumas características estruturais da rede, entre elas o tamanho e a composição. As restantes dimensões (densidade e homogeneidade/ heterogeneidade) não foram consideradas, por falta de informação rigorosa.

Tamanho

O tamanho é indicado pelo número de pessoas que constituem a rede social pessoal e que mantêm contactos sociais entre si (Barrón, 1996). Este pode considerar-se pequeno, médio ou grande. As redes de tamanho médio são as mais eficazes, quando comparadas com as redes pequenas ou grandes, os valores médios na população geral apontam entre 13-20 elementos, (Alarcão & Sousa, 2007; Guadalupe, 2009;).

As redes pequenas tendem a ser pouco eficazes em situações de tensão de longa duração, podendo os membros evitar os contactos para se defenderem da sobrecarga. Estas redes tendem a ser menos eficazes, comparativamente com as redes mais numerosas (Barrón, 1996). As redes muito grandes arriscam-se à inação, uma vez que os elementos são levados a pensar que outros elementos da rede já se encontram a assumir estas funções, principalmente "nas situações de cronicização do problema" (Sluzki 1996, 2007; Alarcão&Sousa, 2007, p. 359).

Neste estudo, o tamanho da rede no início da intervenção, variava entre 3 e 28 elementos, sendo a média de 11 elementos. Assim, e de acordo com os referenciais de mencionados, identificamos as seguintes tipologias:



Como se pode constatar, a maioria dos entrevistados integra uma rede de suporte social pequena.

Composição

Esta característica estrutural é referida como aquela que define o tipo de rede social. A composição da rede tratase da proporção total de membros da rede que se encontram em cada quadrante e em cada círculo.

A composição da rede permite-nos, portanto, identificar se a sua distribuição é localizada ou ampla. As redes demasiado localizadas num determinado círculo ou quadrante são menos flexíveis e eficazes, do que as redes mais amplas, gerando menos opções para os seus membros e mais dependência (Sluzki, 1996, 2007; Guadalupe, 2000, 2009; Alarcão & Sousa, 2007).

No entanto, as redes demasiado amplas (quando homogéneas) demonstram mais inércia (Guadalupe, 2000, 2009; Alarcão & Sousa, 2007).

Ainda em relação à composição, sobressaiu o quadrante da Família na maioria dos casos (10 casos com maior parte de elementos da rede sendo familiares); de referir que em 3 casos sobressaiu a presença de elementos de relações comunitárias em percentagem superior à da família. Em relação à proporção nos círculos de relação, 50% dos entrevistados têm uma maior percentagem no nível I, ou seja, no círculo interno de relações íntimas.

Neste estudo, de acordo com referencial teórico, identificamos duas tipologias de redes:

Rede mais localizada

(a maioria dos elementos da rede situa-se num ou 2 quadrantes e/ou num ou dois níveis de círculos)

- Total de 13 casos -

(caso 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 e 18)

Rede mais ampla

(% de elementos dispersa por 2 ou mais quadrantes, com menor % do quadrante família e mais ao nível de 2.º e 3.º círculo)

- Total de 4 casos -

(caso 3, 5, 8, 11 e 15)

Como se pode concluir, a maior parte dos casos apresentam uma **rede localizada**.

Em síntese, face à análise estrutural das redes dos 18 casos, podemos concluir que no que concerne ao tamanho e à composição, os casos distribuem-se da seguinte forma:



Neste sentido, podemos concluir que 14 casos (78%) têm uma conjugação de características de rede menos favoráveis ao suporte social.

4. Processos e Resultados da Intervenção na reinserção de pessoas com CAD. A perspetiva dos técnicos de reinserção, utentes e familiares

A apresentação dos resultados da pesquisa aqui apresentados cruzam os níveis de intervenção (micro, meso e macro), com os objetivos e pilares do modelo MSC, os contextos, os sujeitos, os processos e estratégias de intervenção, e a avaliação das mudanças ocorridas, limites e potencialidades da intervenção. Possuem um caráter descritivo e analítico. A descrição centrase na identificação das categorias resultantes da análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas aos técnicos de reinserção, cidadãos com CAD e familiares ou outras pessoas significativas. Foram utilizados diferentes suportes tais como tabelas, figuras e gráficos, tomando por unidade de medida o número de entrevistas com ocorrências ou referências. Foram ainda utilizados os excertos resultantes do processo de tratamento de dados realizado, como forma de ilustração das principais categorias e que dão voz aos entrevistados, principais atores dos processos de reinserção estudados.

4.1. Pilar da comunicação. Comunicação enquanto instrumento facilitador do estabelecimento da relação com o outro

"O primeiro pilar é a comunicação, entendida como um processo de partilha e de participação de uma mensagem, de forma a torná-la comum a todos os atores envolvidos. É, simultaneamente, um instrumento facilitador do estabelecimento da relação com o outro. No esquema de intervenção, ela é o elemento de ligação entre todos, estando na base de todos os processos, permitindo a regulação das relações. A comunicação permite a exploração dos significados individuais associados aos problemas, assim como valorizar a dimensão racional em detrimento da lógica emocional associada ao conflito. Neste âmbito trata-se da desconstrução de representações rígidas da realidade, assim como o aumento da capacidade de comunicação, de forma a favorecer a o relacionamento interpessoal e o restabelecimento de canais de comunicação".

(Almeida e Carvalho et al., 2014, 28)

No modelo teórico de mediação social e comunitária, a comunicação constituiu um fator estruturante da intervenção e o conflito o motor da procura de intervenção, seja procura explícita apresentada pelo utente, seja procura implícita decorrente do processo de comunicação e de desconstrução da realidade vivida pelos utentes e efetuada pelo técnico de reinserção. O conflito faz parte da vida em sociedade e apenas a sua transformação em problema constitui o esteio de uma intervenção social adequada à sua resolução positiva, numa lógica de mediação onde a restauração e recomposição dos laços sociais assume papel principal. No processo de reinserção em CAD a identificação e sinalização dos conflitos e a intervenção potenciadora da descoberta de soluções de forma cooperativa, revela ser um processo de empoderamento individual e familiar muito útil.

4.1.1. Análise do diagnóstico social efetuado

Das entrevistas realizadas (51), em 43 foram identificados problemas no âmbito da comunicação (Gf. 7).

A partir do número de categorias identificadas na análise das entrevistas, os dados foram agregados em três categorias-tipo: os conflitos (41), as dificuldades de comunicação (20) e as dificuldades comunicacionais no processo de intervenção (9). A presença de conflitos é diagnosticada em 80% das entrevistas (41 de 51).

Gráfico 7. Problemas diagnosticados no pilar da Comunicação (N=43)



Conflitos identificados

Em relação aos tipos de conflitos identificados, existem diferentes contextos nos quais estes se manifestam. (Gf. 8).

Os conflitos ocorrem maioritariamente em contexto familiar, já que em 34 entrevistas foram encontradas referências a conflitos no seio da família. A agudização de divergências entre familiares, motivadas pela existência de problemas associados aos CAD, provoca situações de conflitualidade, tal como descrito pelo utente de um CRI:

"Eu estou a viver com a minha mãe. E a minha irmã não concorda.

O que ela diz é para eu beber água. Que me lance na vida. A
minha mãe sempre a dizer-lhe que eu preciso de ajuda e é quando
ela repete: ela que beba água. Ciúmes!" (Utente, CRI, C 01).

A conflitualidade motivada pelos CAD pode surgir associada a outras problemáticas como a violência doméstica, tal como é relatado por uma familiar.

"A minha mãe sempre teve problemas com o álcool. Tanto ela como o meu pai. Tiveram que se separar, senão o meu irmão ia para uma instituição. Acabaram por se divorciar, até foi numa situação em que o meu pai ia bater-me e a minha mãe pôs logo travão aí. Foi aguentando, porque não queria que os filhos crescessem sem pai. O meu pai batia nela. Foi uma agressão de 17 anos. Tivemos que fugir de casa. Muitas vezes, escondemo-nos dele. Depois, ele bateu-me e foi aí que a minha mãe começou o processo de divórcio." (Familiar, CT, C 04).

Gráfico 8. Tipo de conflitos diagnosticados (N=41)



Também no contexto laboral ocorrem conflitos. Foram identificados em 8 entrevistas situações de conflito no local de trabalho, normalmente provocados pela desorganização gerada pelo consumo de substâncias, que por vezes pode colocar em risco o posto de trabalho ou o programa de emprego, tal como relatado pelos técnicos de reinserção de duas UA:

"Estávamos numa fase de consumos e de grande desorganização, nomeadamente o risco de ficar no desemprego. O utente trabalha na Camara Municipal, havia um pedido de acompanhamento por parte da Assistente Social da Câmara, o utente faltava muito, ia trabalhar alcoolizado foi um trabalho muito articulado." (Técnico de Reinserção, UA, C 15).

"Houve outros conflitos. No primeiro "cem+", ele não concluiu porque teve recaída. Ele tinha faltas injustificadas, pedia-me ajuda. Tive que contatar o responsável do programa que ele estava a frequentar e chegamos à

conclusão que teria que entregar baixa médica, por incapacidade temporária, para evitar a cessação do RSI durante dois anos, pois era considerado abandono do programa." (Técnico de Reinserção, UA, C 05).

Com uma maior dispersão, verificam-se também conflitos com pares, com entidades parceiras, com vizinhos ou motivados pela existência de crianças em risco.

Dificuldades de comunicação

Analisando com detalhe o tipo de dificuldades de comunicação que foram identificadas (Gf. 9), observamos que elas ganham maior expressão quando se trata de falar sobre si próprio (11) e de se relacionar com os outros (10). As inseguranças e as dificuldades em exprimir sentimentos, que se traduzem na contenção e no evitamento de falar sobre si são descritas pelos técnicos de reinserção:

"O utente é uma pessoa muito insegura, evitativa, não falava de si e não queria falar de si, ele fugia de falar de si, dava-lhe pesadelos, ficava pior." (Técnico de Reinserção, CRI, C 03)

"É uma mulher que chegou cá muito metida nela. Com imenso receio de conversar, porque estava constantemente a ponderar o que dizia, se era bem aceite, se não era. Muito insegura. Extremamente insegura. Extremamente contida."

(Técnico de Reinserção, CT, C 04)

As dificuldades nas relações interpessoais são também muito referenciadas, tal como no relato de um familiar que manifesta um relacionamento agressivo com a sua mãe:

"A minha mãe falava agressivamente para mim e como eu me sentia com a responsabilidade de a "pôr no sítio" eu tentava também impor o meu lugar e tentar mostrar o melhor para ela" (Familiar, CT, C 04).

Também são mencionadas a falta de comunicação dentro da família (4), a falta de assertividade (3), a introversão (2) e as dificuldades na expressão verbal (1).

Gráfico 9. Tipo de dificuldades de comunicação (N=20)



Dificuldades comunicacionais no processo de intervenção

As dificuldades comunicacionais associadas ao próprio processo de intervenção em reinserção de pessoas com CAD remetem essencialmente para problemas no estabelecimento da relação terapêutica ou na comunicação

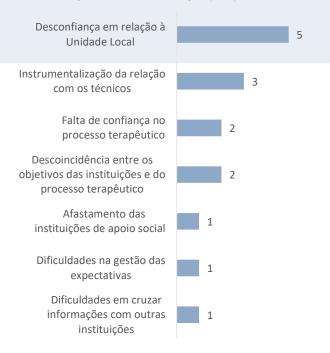
com entidades parceiras (Gf. 10). Os problemas mais evidenciados são a desconfiança em relação à Unidade Local (5), a instrumentalização da relação com os técnicos (3) e a falta de confiança no processo terapêutico (2). Estes

problemas de desconfiança são habitualmente sentidos no início da intervenção, enquanto não se estabelece uma relação de empatia e de confiança, tal como é descrito pela técnica de reinserção de uma UA:

"No início não era, porque, houve uma atitude de desconfiança e algum confronto comigo. Isto numa fase inicial, em que ainda nos estávamos a conhecer e pelo facto de eu ser uma técnica que ela não conhecia. [...] Houve algum atrito no início, alguma desconfiança." (Técnico de Reinserção, UA, C 05)

Identificam-se ainda como problemas diagnosticados no pilar da comunicação, a descoincidência entre os objetivos das instituições e do processo terapêutico (2), o afastamento das instituições de apoio social (1), a dificuldade na gestão de expetativas (1) e em cruzar informações com outras instituições (1).

Gráfico 10. Tipo de dificuldades comunicacionais no processo de intervenção (N=9)



4.1.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

A comunicação constitui a base de todo o processo de intervenção na reinserção de indivíduos e famílias com CAD e assegura a ligação entre todos os pilares do modelo aqui analisado.

Os dados indicam que em 28 entrevistas são utilizados vários processos de trabalho e múltiplas estratégias de comunicação, gerais e de resolução de conflitos (Gf. 11) ao longo da intervenção desenvolvida.

Gráfico 11. Estratégias de Comunicação desenvolvidas no processo de intervenção (N=28)



A Processos e estratégias gerais de comunicação na intervenção desenvolvida

O Acompanhamento da Família surge como estratégia mais utilizada no pilar da comunicação em 22 das 28 entrevistas assinaladas.

Como salienta o/a Técnico de Reinserção de uma Comunidade Terapêutica, a família constitui um suporte fundamental e imprescindível no processo de intervenção, e entendida como um ganho, resultante de um movimento bilateral com a família e com o utente.

"Não é possível um trabalho sem a família. É que não é mesmo possível. Aliás, isso é assim com todas as famílias cá, com todos os residentes. Esse é o nosso princípio. Temos que ter sempre a família, connosco e com eles. E nós com eles. Isto é sem dúvida nenhuma um movimento bilateral. Nós não podemos e, muito particularmente neste caso, com esta mulher, não seria possível nunca, nós cá conseguirmos coisa nenhuma, nem nós nem ela, se não fosse esta família. Tivemos a sorte de rapidamente aderirem, de rapidamente os ganharmos. Sem eles, isto não era possível." (Técnico de Reinserção, CT, C 04)

O Estabelecimento de relação de confiança surge como a segunda estratégia mais utilizada (17), entendida como o resultado da empatia associada à noção de relação de ajuda, do sentir-se cuidado, sem qualquer apropriação por parte do técnico de reinserção na gestão de recursos disponíveis, ou até no plano dos direitos e deveres.

A empatia é referida por um técnico de reinserção de um CRI como o motor da relação de escuta ativa que permite reconhecer o outro na sua plenitude.

"Esta construção é feita através de uma relação de empatia.
É óbvio! Porque, se não consegues criar uma relação de
empatia com a pessoa, em que ele sente que está a ser
cuidado e que não está a ser gerido, em que não é
propriedade minha porque não estou aqui a gerir uma
prestação, não estou aqui a gerir uma refeição, não estou
aqui a gerir só a questão dos direitos e dos deveres. (...) É
aqui que, quando começo a conversar com ele, criando esta
tal relação de empatia, porque empatia chama confiança,
empatia chama relação de ajuda, empatia chama olhares
para mim, ouvires-me, escutares-me, preocupares-te, estares
atenta quando estou bem ou quando não estou bem."
(Técnico de Reinserção, CRI, C 03).

Com menor incidência encontram-se a Aceitação incondicional positiva (7), de não julgamento nem penalização do utente, de disponibilidade e abertura permanente que permite prosseguir o tratamento, como refere o técnico de reinserção de um CRI, quando refere:

"Foi fundamental para dar continuidade ao seu processo de tratamento/reinserção, a postura dos técnicos não penalizar, não penalizar, não castigar, estamos cá outra vez...estamos cá novamente" (Técnico de reinserção, CRI, C 13).

As Consultas conjuntas com familiares (6), a Promoção da comunicação com a família sem intervenção familiar (5), a Avaliação das condições de apoio pela família (4), o Aconselhamento (3), a Negociação (3), a Adaptação do discurso às competências dos interlocutores (2) e a Clarificação de papéis (1) são igualmente estratégias de comunicação associadas ao processo de intervenção, como se pode analisar no gráfico 11.

Estratégias de comunicação desenvolvidas em processos de resolução de conflito

Já no que diz respeito às estratégias específicas desenvolvidas com vista à resolução de conflitos, verificamos que, também neste domínio, o Acompanhamento da família foi a estratégia mais desenvolvida e referida em 17 entrevistas, seguido pela Intermediação entre utente e entidades (10), Negociação (7).

A intermediação é identificada como um processo de diálogo conducente ao entendimento entre as partes por exemplo, sobre o respeito mútuo pelas regras, sem desvalorizar a responsabilidade da tomada de decisão por parte das instituições, com refere o Técnico de Reinserção de um CRI:

"Eu reuni com a colega da associação, reuni com o utente e tivemos uma conversa os três que resultou no entendimento de que ele deve respeitar as regras, deve cumprir a parte dele, mas deve deixar aos responsáveis da instituição a organização por exemplo, na casa e respeitar os tempos das outras pessoas que também lá estão e ele compreendeu, compreendeu que ele era muito rigoroso nas limpezas e que as outras pessoas não eram tanto, mas que tinha que haver aqui um entendimento e quando foram para a casa a colega, ele e o outro indivíduo entenderam-se." (Técnico de Reinserção, CRI, C 08)

A negociação é considerado no âmbito desta pesquisa como um processo que permite colocar face a face os litigantes, no sentido de promover a compreensão dos argumentos aludidos, entendimento e reconciliação entre as partes envolvidas no conflito, de forma informal, como refere o técnico de reinserção de um CRI.

"Eu acho que foi importante, quer dizer, não diria que foi tudo porque as outras instâncias intervieram, mas julgo que foi fundamental ter chamado à mesma mesa pessoas que estavam em conflito e que a partir daí puderam perceber-se, entender-se e reconciliar-se de alguma forma" (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

Gráfico 12. Estratégias específicas de intervenção desenvolvidas para a resolução de conflitos (N=32)



podemos verificar no gráfico 12, foram referenciados nas entrevistas outros processos e estratégias comunicacionais menos relevantes, mas igualmente importantes no plano da compreensão da complexidade da intervenção, tais como: Intervenção com famílias, mediação familiar (6), Estabelecimento de relação de confiança, Consultas conjuntas com os familiares (5), Acompanhamento próximo a entidades parceiras (4), Aceitação incondicional positiva, Promoção da reflexão sobre as situações que provocaram o conflito e Aconselhamento (3), Promoção do espírito crítico e capacidade de reflexão (2) e outras estratégias de resolução de conflitos (3).

4.1.3. Análise do impacto da intervenção

De acordo com o gráfico 13, identificam-se 48 entrevistas com referências ao impacto da intervenção na comunicação, sendo que a quase totalidade (47) aponta para um impacto positivo e apenas 1 faz referência a impacto negativo. Em 6 entrevistas não foi mencionado qualquer impacto direto da intervenção do técnico de reinserção neste pilar.

O impacto positivo foi subdividido em 3 categorias-tipo, que organizam as categorias de acordo com o âmbito familiar (32), individual (34) e terapêutico (34).

Gráfico 13. Impacto da intervenção no pilar da comunicação (N=48)



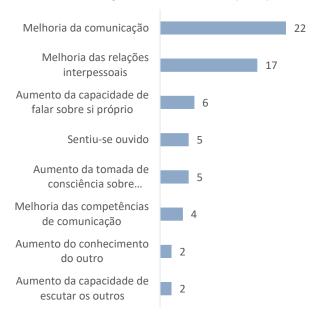
A Impacto positivo ao nível do indivíduo

A melhoria da comunicação (22) e a melhoria das relações interpessoais (17) destacam-se como áreas em que o impacto foi mais identificado. A **melhoria da comunicação** aparece por exemplo associada a uma maior proximidade entre os familiares e também a uma maior facilidade na expressão verbal resultante de relação de confiança, tal como é traduzido pelos relatos dos entrevistados:

"Agora que vivo sozinha, era só uma mensagem todos os dias. Raramente ligávamos. Poucas vezes estava com ela. Havia semanas em que a minha mãe estava bem, mas quando "descambava" era durante muito tempo. E eu já sabia. Eu ligava e se sentisse que a voz dela não estava bem, eu já nem ia, porque já sabia que me ia chatear. Ia ficar triste porque já sabia que ele tinha caído outra vez no vício. Quando estava com ela havia na mesma discussão. Eu chamava a atenção para não voltar a cair nesse vício e ela voltava a cair. Mas, agora está tudo muito diferente. Parece que, nos damos como irmãs. Estamos sempre a falar. Ela aprendeu a mexer no Facebook e agora está sempre a mandar-me vídeos. Está sempre a ligar-me. Estamos sempre a falar uma com a outra." (Familiar, CT, C 04) "Por exemplo eu até aqui tinha um bocado de receio de falar por exemplo com o Presidente da Câmara ou com um doutor

ou assim, com vá, um advogado ou assim. Uma pessoa agora fala pá mais aberto mais à vontade, se tiver alguma duvida ou assim ou alguma dificuldade, fala sem qualquer obstáculo nenhum, sem problema nenhum e até aqui era um bocado mais, diziam assim "então mas aquele gajo está a falar para mim e está... só o bafo dele, só de manhã e é aquilo. Não, aquele rapaz não interessa à sociedade humana." (Utente, CRI, C 07)

Gráfico 14. Impactos positivos da intervenção no pilar da comunicação - âmbito individual (N=32)



No que concerne às relações interpessoais, a melhoria traduz-se numa maior compreensão na comunicação com o outro e na aceitação da opinião de terceiros, sem exaltação.

"Tanto de parte a parte não nos dávamos a cem por cento, compreendermos, porque eu não estava bem e então interpretava as conversas de outra maneira e hoje não, com o tratamento compreendo melhor o que os outros me dizem.

Estou muito melhor. Melhor capacidade de entender as coisas como elas são e que antes não tinha capacidade de entender."

(Utente, CT, C 04)

"Foi o estar mais calmo, eu irritava-me com qualquer coisa.

Talvez derivado a sentir-me sozinho e com qualquer coisa
exaltava-me logo e respondia mal as pessoas. Não aceitava de
maneira alguma que me dissessem algo." (Utente, CRI, C 11)

Outras categorias tais como o aumento da capacidade de falar sobre si próprio (6), sentir-se ouvido (5), o aumento

da tomada de consciência sobre as dificuldades de comunicação (5) e a melhoria das competências de comunicação (4) também se apresentam como relevantes. O aumento da capacidade de falar sobre si próprio (6) e sobre os seus sentimentos, valorizando a partilha é igualmente assinalado, como se pode observar no relato de um utente da Comunidade Terapêutica.

"E a importância de falar dos sentimentos. Isso para mim é...
Falo muito, falo muito com a minha namorada, a minha
companheira que é hoje, atualmente, falo das coisas, eu vivi
muito, senti, tive uma grande experiência na comunidade e a
mim ensinaram-me a partilhar e a comunicar." (Utente, CT, C 09)

Foram ainda assinalados aspetos como o sentir-se ouvido (5), o aumento da tomada de consciência sobre as dificuldades de comunicação (5) e a melhoria das competências de comunicação (4).

Å Impacto positivo ao nível da família

No que diz respeito ao impacto positivo da intervenção ao nível da família e observando o gráfico 15, os dados mostram que foram identificados em 32 entrevistas.

O impacto mais expressivo é a melhoria das relações interpessoais com familiares e outras pessoas significativas, sendo referido em 28 entrevistas. De acordo com o utente de uma CT, houve uma aproximação de familiares e amigos que antes se encontravam afastados devido à situação de consumo de substâncias.

"Aumentou sim. Tinha casos que, derivado aos consumos, ficaram para trás e uma vez que, souberam que dei inicio ao tratamento aproximaram-se. Mais familiares, que só davam um olá por telefone, mas quando souberam que eu dei o passo, preocuparam-se em perguntar como eu estava.

Amigos também." (Utente, CT, C 04)

Outros impactos também mencionados são o aumento da confiança dentro da família (9), da rede de apoio familiar (7) e do suporte familiar (6) assim como o restabelecimento de laços familiares (7) e a melhoria da

comunicação com a família (4). No relato de um utente de um CRI, verificamos que a família adquiriu maior confiança e aproximação em virtude da intervenção desenvolvida.

"Na relação com a família também porque os meus pais ganharam mais confiança em mim, houve uma maior aproximação." (Utente, CRI, C 16)

Gráfico 15. Impacto positivo da intervenção no pilar da comunicação - âmbito familiar (N=32)



A Impacto positivo no âmbito terapêutico

Como podemos analisar no gráfico 16, o impacto positivo da intervenção relativamente ao âmbito terapêutico tem referências em 34 entrevistas, sendo de destacar pela sua maior expressividade os seus contributos ao nível do esclarecimento e informação (15), da maior adesão ao processo terapêutico (14) e da resolução de conflitos (12).

A intervenção do técnico de reinserção permitiu proporcionar ao utente mais informação e esclarecimentos nas várias situações, apontando soluções concretas para questões quotidianas, como podemos ver pelo relato de um utente da CT.

"Qualquer situação em que me encontrava no tratamento, fui muito bem ouvida/atendida pela Dra. Conselhos úteis para a minha vida, para o meu dia-a-dia, conselhos práticos." (Utente, CT, C 04)

Por outro lado, o reconhecimento por parte do utente da necessidade de aderir ao acompanhamento prestado na UIL permitiu reforçar o processo terapêutico e, consequentemente, o processo de reinserção.

"Perceber que era importante manter uma relação de maior proximidade com os técnicos que me podem apoiar no meu tratamento." (Utente, UA, C 15)

Importa ainda realçar as referências positivas ao aumento da confiança no processo terapêutico (7) e ao reforço da relação terapêutica (4) bem como o aumento da qualidade da comunicação com o técnico de reinserção que o acompanha.

Gráfico 16. Impacto positivos da intervenção no pilar da comunicação - âmbito terapêutico (N=34)



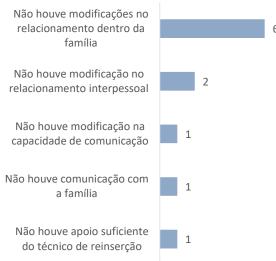
A Intervenção sem impacto no pilar da Comunicação

Observando o gráfico 17 percebemos que existem referências em 6 entrevistas à inexistência de impacto da intervenção do técnico no pilar da comunicação.

Apesar da intervenção desenvolvida, não houve reconhecimento de modificações no relacionamento dentro da família (6) e na comunicação com a mesma (1). De acordo com o técnico de reinserção de um CRI, apesar de ter sido transmitida informação sobre a problemática dos CAD aos familiares, isso não foi suficiente para melhorar o relacionamento no seio da família.

"Só se for mesmo na forma como olham hoje para a dependência, porque em termos relacionais não." (Técnico de Reinserção, CRI, C 07)

Gráfico 17. Intervenção sem impacto no pilar da comunicação (N=6)



Também um familiar refere que continua a existir incompreensão por parte de outros membros da família sobre a doença. Os excertos demonstram a dificuldade inerente à mudança, que nem sempre é conseguida.

"Não. A questão não está resolvida. Não entendem. Não entendem que isto é uma doença que tem que ser tratada.

Também tem que haver força de vontade da parte dele, é verdade!" (Familiar, CRI, C 02)

Também não foram verificadas melhorias no relacionamento interpessoal com outros, fora da família (2) e na capacidade de comunicação (1). Há ainda uma referência a que o técnico de reinserção não disponibilizou apoio suficiente.

Intervenção com impacto negativo no pilar da Comunicação

Por fim, foi ainda referida em uma entrevista a ocorrência de um impacto considerado negativo. Houve deterioração da relação com entidades parceiras, nomeadamente devido a uma situação de conflito que deixou uma marca negativa na relação com uma entidade parceira que estava a apoiar o utente.

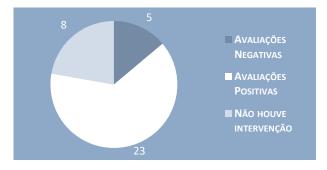
4.1.4. A avaliação da intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos

De acordo com o gráfico 18, observamos que existem referências à intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos em 30 entrevistas.

A avaliação é positiva na grande parte das entrevistas (23) e apenas há referências negativas em 6 entrevistas.

Em 8 entrevistas há referências à ausência de intervenção do técnico na resolução do conflito.

Gráfico 18. Avaliação da intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=30)



Avaliações positivas

A avaliação positiva da intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos tem referências em 23 entrevistas. De acordo com a leitura do gráfico 19 verificamos que estas avaliações positivas identificam os impactos diretos na resolução de conflitos, ou seja, permitiu a sua resolução (11), a sua diminuição (5) e que foi importante para a sua resolução (1).

A resolução do conflito implica geralmente uma intervenção junto da família ou de entidades parceiras, de forma a contextualizar a situação, analisar as eventuais motivações e acautelar as consequências do conflito, permitindo a contenção da situação e evitando consequências mais graves, conforme traduzido pelo relato de um técnico de reinserção de um CRI.

"Foi precisamente explicar a situação em que o utente ficava. Este corte com a mãe, com a família, o facto de estar num contexto diferente e não agudizar ainda mais a relação, já de si precária, dele. Não senti muita resistência, apesar de ficarem muito sentidos com a relação, perceberam. [...] A minha intervenção foi importante para não terem apresentado queixa." (Técnico de Reinserção, CRI, C 02)

Também a relação de confiança estabelecida com o utente é um fator fundamental para a resolução do conflito, que ocorre por intervenção do técnico de reinserção, a pedido da instituição parceira onde o utente se encontra integrado:

"Estávamos a falar de uma pessoa que habitava numa casa com outras pessoas com problemáticas semelhantes mas em estádios diferentes e havia muito conflito de fato, e a instituição não podendo tomar partido de A, B ou C, em determinada circunstância havia essa situação de canalizar para a técnica de reinserção porque [...] era alguém que nós sabíamos que o utente tinha em grande consideração e que uma palavra dela naquele momento poderia fazer toda a diferença para ele ver com outros olhos a situação." (Pessoa de Referência, CRI, C 08)

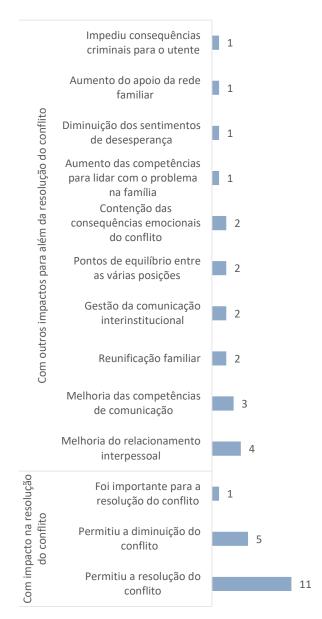
Para além destes aspetos e, com uma expressividade significativa, também realçam que a intervenção gera outros ganhos transversais e que ultrapassam a intervenção direta na resolução dos conflitos, pelo que são destacadas a melhoria do relacionamento interpessoal (4), a melhoria das competências de comunicação (3) ou a obtenção de **pontos de equilíbrio entre várias posições** (2).

"A mãe, numa determinada altura reconheceu que houve coisas que não tinha feito bem isto pode parecer uma coisa mínima mas do ponto de vista da mediação familiar é importantíssimo, assim como a utente ser capaz de reconhecer que apesar das inúmeras coisas que ela achava que a mãe tinha feito mal, que a tinha prejudicado, contudo noutras dimensões e noutras áreas, nomeadamente, o estar a tomar conta do filho, se a mãe não tomasse conta dele ele

tinha que ser institucionalizado haver aqui uma gratidão enorme e a capacidade de no meio deste conflito haver o reconhecimento desta competência da mãe para tomar conta do filho." (Técnico de Reinserção, CT, C 14)

No caso referenciado no excerto, a intervenção permitiu o reconhecimento de aspetos positivos e negativos por parte de membros da família, que levou ao reforço dos laços familiares e ao agradecimento da filha pelo papel da mãe.

Gráfico 19. Avaliações positivas à intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=23)



Avaliações negativas

Analisando o gráfico 20, verificamos que a avaliação negativa da intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos tem referências em 5 entrevistas.

Os dados indicam que estas referências negativas decorrem sobretudo da não resolução da conflitualidade familiar (3). Nem sempre é possível sensibilizar todos os membros da família para a problemática, capacitando-os para encontrarem as soluções mais adequadas ao sucesso do processo de tratamento e reinserção.

No relato de um familiar esta questão está presente, tendo sido considerada como a razão para não ter havido uma melhoria do relacionamento dentro da família e consequentemente para a manutenção do conflito.

"Não. Isso não melhorou nada. As outras pessoas não conseguem chegar onde eu cheguei. Não querem entender. Dizem que eu estou a superprotegê-lo e não concordam com as minhas atitudes. Não concordam que eu converse.

Não concordam que eu leve as coisas de maneira diferente.

A solução era eu pô-lo na rua." (Familiar, CRI, C 02)

Com menor expressão, é também referido que a intervenção não melhorou a comunicação familiar (1), houve dificuldade em intervir na resolução de conflitos que ocorrem no seio de outras instituições (1) e que a intervenção não atingiu os resultados pretendidos (1).

Gráfico 20. Avaliações negativas à intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=5)



A Razões para não ter havido intervenção do técnico de reinserção na resolução de conflitos

Em algumas situações, apesar de existir um diagnóstico de conflito, não foi possível realizar uma intervenção do técnico de reinserção dirigida a esta questão.

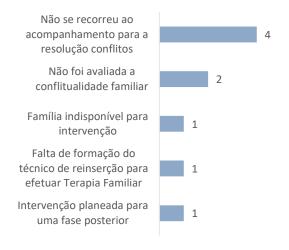
No gráfico 21 podem ser identificados os motivos apontados para a ausência de intervenção.

A razão mais referida é o facto de não se ter recorrido ao acompanhamento do técnico de reinserção para a resolução de conflitos (4) porque o problema não foi abordado nas consultas com o técnico de reinserção ou porque não houve condições para desenvolver uma intervenção.

A ausência de avaliação da conflitualidade familiar (2) e a indisponibilidade da família são outras das razões apontadas (1), assim como a falta de formação do técnico

de reinserção para efetuar terapia familiar (1) e o facto da intervenção ter sido planeada para uma fase posterior (1).

Gráfico 21. Razões para não ter havido intervenção do técnico de reinserção na resolução do conflito (N=8)



4.2. Pilar da Capacitação. Capacitação individual e coletiva dos atores envolvidos no processo de reinserção

"A capacitação individual e coletiva pressupõe a preparação para a aquisição de competências que permitam o reconhecimento e a solução de problemas. Na área dos CAD, este é um conceito fundamental na intervenção junto dos cidadãos, dos seus familiares e dos sistemas sociais, em que a sensibilização, formação e informação estão sempre presentes e assumem um caráter estratégico na promoção da mudança. Trata-se de desenvolver competências pessoais e sociais, orientadas para o indivíduo e suas famílias, de forma a contribuir para a mudança de atitudes e de comportamentos, ao nível mico, meso e macro".

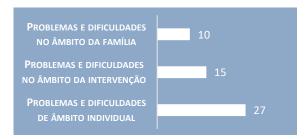
(Almeida e Carvalho et al., 2014, 28)

4.2.1. Análise do diagnóstico social efetuado

Foram identificados problemas relativos à capacitação em 31 entrevistas. (Gf. 22).

De acordo com as categorias-tipo criadas, grande parte dos problemas estão associados ao indivíduo (27), mas também existem problemas que se relacionam com a intervenção (15) e com a família (10).

Gráfico 22. Problemas diagnosticados no pilar da Capacitação (N=31)



A Problemas e dificuldades de âmbito individual

Em relação problemas e dificuldades que se referem ao indivíduo, observamos que estes decorrem maioritariamente da falta de competências pessoais, sociais e relacionais (15).

Estas competências, essenciais para o relacionamento interpessoal, são muitas vezes perdidas ao longo dos trajetos de vida associada ao consumo de drogas.

A falta de competências de assertividade na comunicação com os outros, por exemplo, provoca situações de conflito, tal como descrito:

"A própria utente tem muita dificuldade em refrear, em conter, em tolerar, em flexibilizar e rapidamente responde, reage e isso traz-lhe imensos conflitos na relação com os vizinhos." (Técnico de reinserção, C 04)

Também a fragilidade emocional e psicológica (6), a falta de qualificação profissional (5) e sentimento de incapacidade e incompetência (5) foram identificados como problemas relevantes ao nível individual. Os relatos revelam situações de grande fragilidade e incapacidade no momento do início do acompanhamento.

"Eu, quando entrei em comunidade, estava completamente de rastos — estava morta por dentro. Estava num estado tal que até me disseram que há mito tempo que não viam entrar alguém assim na comunidade. Era visível, mesmo fisicamente. Lembro-me de uma coisas que me marcou — as pessoas diziam-me: "endireita-te". Ouvi aquilo durante semanas, talvez dois meses. E eu tentava endireitar-me. Mas há um dia em que um residente colega me imitou — nunca mais me esqueço disso — eu até me endireitava, mas a minha

cabeça continuava a olhar para o chão. E fiquei impressionada." (Utente, CT, C 14)

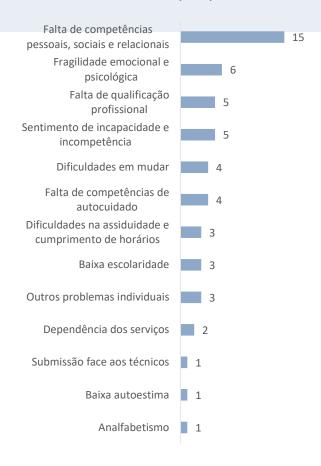
"Nomeadamente deixou de pagar a prestação da casa, deixou de pagar água, luz tudo o que era da dinâmica da vida familiar por alguma incapacidade de ele próprio, que eu acho que ele tinha a perceção de que não era capaz, sentia que não havia nada a fazer. Acho que ele próprio pensou que estava no fim da linha e que via muito pouco a fazer e colocou-se um bocadinho ao colo destas instituições."

(Técnico de Reinserção, CRI, C 16)

Foram ainda identificados outros problemas, tais como a dificuldade em mudar (4), a falta de competências de autocuidado (4) e outros de maior dispersão, referidos em 3 entrevistas cada um (dificuldades na assiduidade e cumprimento de horários, baixa escolaridade e outros problemas individuais), a dependência dos serviços é referida em 2 entrevistas.

A submissão aos técnicos, a baixa autoestima e o analfabetismo são referidos numa entrevista cada.

Gráfico 23. Problemas e dificuldades de âmbito individual (N=27)



A Problemas e dificuldades no âmbito da intervenção

Analisando o tipo de problemas e dificuldades que se referem à intervenção, observamos que se manifestam com maior expressão na falta de conhecimento sobre CAD (12), seguindo-se as dificuldades na manutenção da abstinência (3). (Gf. 24).

A falta de conhecimentos sobre a doença e a problemática dos comportamentos aditivos e dependências verifica-se nos familiares e parceiros, que têm dificuldades em compreender a intervenção que é desenvolvida e as características associadas ao consumo de substâncias.

"Existiu a dificuldade em lidar com esta situação e em mesmo compreender – mesmo com as explicações da minha psicóloga a tentar explicar o que é que é isto da adição, o que é este problema, que é uma doença, os meus pais não conseguem entender que realmente é uma doença. O que pensam é a pessoa que consome - faz porque quer e não deixa porque não quer e que é uma questão de força de vontade." (Utente, CT, C 14)

Gráfico 24. Problemas e dificuldades no âmbito da intervenção (N=15)



Problemas e dificuldades no âmbito da família

Relativamente aos problemas diagnosticados no âmbito da família, verificamos que existem referências a este tipo de problemas em 10 entrevistas.

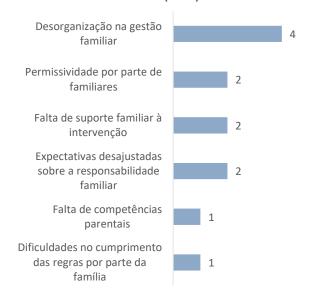
Neste âmbito, observamos que a desorganização na gestão familiar (4) é o problema que mais se evidencia. Este problema traduz-se, por exemplo, na incapacidade em lidar com situações de crise ou nas dificuldades de gestão da economia familiar, de acordo com os excertos.

"Contribuiu e muito porque eu estava a perder o equilíbrio de como lidar com o meu filho quando ele estava assim, quando ele acordava assim ou quando ele estava em momentos de mais ansiedade em que ele dizia tudo, que me ofendia e o Técnico de Reinserção ajudou-me a controlar esse desequilíbrio que estava a ter". (Familiar, CRI, C 06) "Havia uma grande desorganização em relação a toda a vida familiar e à gestão não só das rotinas como da economia familiar." (Técnico de Reinserção, UA, C 15)

A permissividade por parte de familiares (2), a falta de suporte familiar à intervenção (2), as expectativas

desajustadas sobre a responsabilidade familiar (2), a falta de competências parentais (1) e as dificuldades no cumprimento das regras por parte da família (1) são também problemas identificados e que se associam à necessidade de capacitar as famílias.

Gráfico 25. Problemas e dificuldades no âmbito da família (N=10)



4.2.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

Capacitar indivíduos e famílias com CAD é fundamental para a mudança de atitudes e comportamentos. É com a aquisição de novas competências que se consegue percecionar tanto a existência de problemas como as oportunidades da sua resolução. A capacitação promove o desenvolvimento de competências pessoais e sociais que permitem aos indivíduos e sistemas familiares onde estão inseridos, atuar com vista à mudança e quebrar ciclos que afetem o equilíbrio funcional dos mesmos. Os resultados colocam em evidência o desenvolvimento de estratégias de capacitação em 43 entrevistas, em quatro domínios: laboral e formação, família, terapêutico e institucional.

Como podemos verificar no gráfico 26, as estratégias de capacitação têm maior expressão nos domínios laboral e

de formação (27) e da família (20), sendo ainda de referir o uso de estratégias de capacitação nos domínios da intervenção terapêutica dirigidas ao utente (18) e no domínio institucional (12).

Gráfico 26. Estratégias de Intervenção no pilar da Capacitação individual e coletiva (N=43)



A Estratégias de capacitação no domínio laboral e de formação

O uso de estratégias de capacitação na esfera laboral e formação é identificado em 27 entrevistas, das quais 21 em situações relacionadas com a integração em cursos de Formação Profissional, por exemplo através do encaminhamento e do estabelecimento de contactos com o Centro de Emprego e/ou Centro de Formação Profissional, se possível aproveitando as motivações dos utentes. Desta forma, proporciona-se a aquisição de competências através da formação e criam-se condições para a sua certificação e aumento da escolaridade.

"Ele sempre gostou muito desta parte desta área da informática e na altura foi encaminhado. Fizemos os contactos com o Centro de Emprego e ele fez uma formação, porque ele veio com o 11º e terminou então um curso de formação na área da informática que lhe deu depois o certificado do 12º." (Técnico de Reinserção, CRI, C 17).

Como se pode verificar no gráfico 27, também existem evidências do uso de estratégias de capacitação em contexto de programas de emprego (12, dos quais 5 no Programa Vida-Emprego e 7 em outros programas). Neste domínio, o trabalho das autarquias pode ser relevante, acompanhando os utentes através de Contratos de Inserção e Emprego, após o *terminus* do Programa Vida-Emprego onde estiveram integrados, como refere o/a técnico de reinserção de um CRI.

"De tal forma que depois de ele ter acabado os três anos de

"Vida e Emprego", o utente nunca foi abandonado pela
própria autarquia. A autarquia não só o acompanhou depois
em CIE (Contratos de Inserção e Emprego), porque ele estava
a receber subsídios de desemprego, como depois no contrato
de trabalho eles abriram um concurso e o utente entrou
diretamente." (Técnico de Reinserção, CRI, C 17)

O Desenvolvimento de competências de empregabilidade é referenciado em 10 entrevistas e, neste processo, o apoio à elaboração do *curriculum vitae* e o aconselhamento, sem substituição do papel ativo do utente na procura de emprego, ganham destaque.

"Orientou-me aqui o Curriculum, explicou-me tudo o que é que devia fazer [...] os conselhos que ela me disse que devia fazer, eu lá tinha que ser eu, "Eu aqui encaminho-te, depois tenho que te deixar fazer as coisas sozinho", pronto, queria que eu fizesse as coisas sozinho e fiz. Alguma dúvida, ligava."

(Utente, CRI, C 09)

O processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências - RVCC/Centro Qualifica (5), o Voluntariado (4), a integração em Atividades ocupacionais de lazer e tempo livre (2), a Reaproximação a contextos educativos (2) e a Reorientação profissional (1) são igualmente identificadas como estratégias de capacitação no domínio laboral e de formação.

Gráfico 27. Estratégias de Intervenção no domínio laboral e formação (N=27)



A Estratégias de capacitação em intervenção terapêutica dirigidas ao utente

Os dados indicam o uso de estratégias de capacitação no domínio terapêutico em 18 entrevistas (Gf. 28).

O Desenvolvimento de competências no acompanhamento em consulta é a estratégia mais referida (12 entrevistas). Esta estratégia é desenvolvida no sentido de aumentar o questionamento sobre si próprio, as suas atitudes e comportamentos e promover o autoconhecimento por parte do utente, criando um espaço de co-construção de alternativas face ao reconhecimento dos problemas vivenciados.

"Em termos daquilo que era as competências relacionais, muitas dessas competências foram sendo trabalhadas aqui, (...)
o estar dele na relação, que questões é que ele poderia questionar de si ou não, que decisões ele poderia tomar ou não.
Falámos imensas vezes sobre esta atitude dele de isolamento quando estava nessas ações de lazer familiar, sugerindo-lhe alternativas para que ele de facto pudesse contornar este tipo de isolamento." (Técnico de Reinserção, UA, C 10)

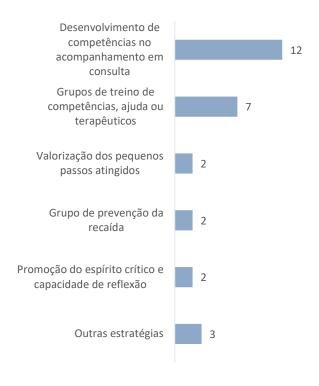
Com menos expressão surgem os Grupos de treino de competências, de ajuda ou grupos terapêuticos (7), a Valorização dos pequenos passos atingidos (2), os Grupos de prevenção de recaída (2), a Promoção do espírito crítico e a capacidade de reflexão (2) e Outras estratégias (3).

Trata-se de estratégias valorizadoras dos sujeitos e desenvolvidas em contexto de partilha, que são consideradas uma mais-valia no processo de reinserção dos utentes.

"Treinávamos conversas, quer em contexto individual, quer em grupo. De 15 em 15 dias, faço um grupo de reinserção e trabalho coisas comuns a todos. É uma mais-valia. É a partilha. [...] Com os vizinhos sempre foi assim. Era interessante, porque quando a utente voltava (muitas vezes foi capaz, muitas vezes não foi capaz) ficava feliz quando era capaz. Ficava mais forte, mais convicta, mais confiante."

(Técnico de Reinserção, CT, C 04)

Gráfico 28. Estratégias de Intervenção terapêutica dirigidas ao utente (N=18)



A Estratégias de capacitação nos domínios da família e das instituições

O uso de estratégias de capacitação no domínio da família e das instituições foi explicitado respetivamente em 20 e em 11 entrevistas (Gf. 29).

Da análise do gráfico decorre a identificação de estratégias de Sensibilização e Formação em CAD às famílias e às instituições como as mais referidas pelos técnicos de reinserção, respetivamente em 11 e 11 entrevistas.

No âmbito da família, o trabalho desenvolvido pelos técnicos de reinserção pretende aumentar os conhecimentos sobre CAD, desconstruir mitos e crenças sobre as substâncias e o seu consumo, de forma a criar

esperança na recuperação e favorecer a participação ativa no processo, tal como é referido pelos/as técnicos de reinserção de um CRI e de uma UA:

"Eu acho que foi a desconstrução de alguns mitos e de algumas ideias pré-definidas relativamente ao mundo das drogas, ao mundo do tratamento das drogas. Foi essa desconstrução e a construção de um discurso de esperança e participação. Foi ele que esteve no foco da vinda desta capacidade de reconverter a realidade que foi conseguida pela família." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06) "A esposa veio cá durante o internamento, a mais do que uma entrevista social, onde participou igualmente com os filhos; entrevistas essas onde de alguma forma tentámos desmontar os mitos que a própria família tinha relativamente às questões do consumo do álcool. A própria conceção de dependência que a família tinha deste problema. Desmistificar um bocadinho este problema da dependência." (Técnico de Reinserção, UA, C 10)

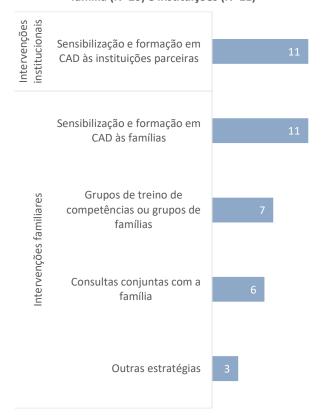
Ainda no domínio da família há a considerar outras estratégias tais como a criação e ativação de Grupos de Treino de Competências ou Grupos de Famílias (7), Consultas conjuntas com a família (6) e outras (3).

No que concerne às estratégias de capacitação junto das instituições, elas são referidas em 11 entrevistas. Neste domínio, a estratégia utilizada é a Sensibilização e formação em CAD junto das instituições parceiras (11), quando se torna necessário explicar tanto os objetivos da intervenção como a essência do conceito de comportamentos aditivos e dependências, explorando o

seu sentido, durante a preparação do encaminhamento para garantir a receção dos utentes.

"Por exemplo, quando pedimos ajuda para alojar o utente tivemos que reunir com as colegas e explicar o que é que pretendíamos, explicar o que era isto dos comportamentos aditivos e dependências. Todo este processo tem que ser sempre muito bem trabalhado antes de encaminhar a pessoa porque se as instituições não tiverem recetivas também não recebem bem o indivíduo." (Técnico de reinserção, CRI, C 08)

Gráfico 29. Estratégias de capacitação nos domínios da família (N=20) e instituições (N=11)



4.2.3. Análise do impacto da intervenção

Relativamente ao impacto da intervenção desenvolvida no pilar da Capacitação, registam-se 50 entrevistas com referências a efeitos da intervenção nas competências e nos conhecimentos ao nível da pessoa com CAD e do seu sistema relacional/familiar, assim como ao nível do seu sistema social.

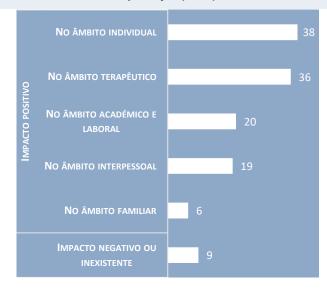
De acordo com as Linhas Orientadoras, a capacitação individual e coletiva pressupõem a preparação para a aquisição de competência que permitam o reconhecimento e a solução de problemas. Na área dos CAD, este é um conceito fundamental na intervenção junto dos cidadãos, dos seus familiares e dos sistemas sociais, em que a sensibilização, a formação e informação estão

sempre presentes e assumem um carácter estratégico na promoção da mudança. Trata-se de desenvolver competências pessoais e sociais, orientadas para o indivíduo e suas famílias, de forma a contribuir para a mudança de atitudes e de comportamentos, ao nível micro, meso e macro. (Almeida e Carvalho et al, 2014:29).

De acordo com o gráfico 30, as entrevistas referenciam com maior expressividade um impacto positivo da intervenção no âmbito da capacitação, sendo que só há 9 entrevistas com referências a impacto negativo ou à inexistência de qualquer impacto sentido da intervenção desenvolvida.

Relativamente ao impacto positivo podemos verificar que este foi referido a vários níveis e foram criadas categoriastipo para a análise dos impactos verificados. Houve, assim, impacto ao nível individual (38), terapêutico (36), académico e laboral (20), interpessoal (19) e familiar (6)

Gráfico 30. Impacto da intervenção no pilar da Capacitação (N=50)



A Impacto positivo no âmbito individual

O impacto positivo da intervenção no pilar da capacitação no âmbito individual é referenciado em 38 entrevistas, com um número muito elevado de categorias que exprimem as diferentes competências que foram adquiridas e que resultaram da intervenção desenvolvida (Gf. 31).

Sabendo que as competências pessoais e sociais incluem variáveis tais como a assertividade, a capacidade para resolver problemas e a autoestima e que analisando o gráfico 25 percebemos que a confiança em si próprio e assertividade (20), autoestima (17) e a compreensão e aceitação (16) foram as categorias mais mencionadas nas entrevistas, podemos afirmar que segundo os entrevistados a intervenção deu um contributo muito relevante para a melhoria da sua vida e do seu crescimento pessoal. Este crescimento exprime-se pela maior competência na resolução de problemas, que resulta num maior sentimento de autoeficácia, utilidade e valorização pessoal, como é transmitido pelo utente de uma CT no excerto:

"Alteraram para melhor. Antes, qualquer coisa que tinha que resolver, eu fazia uma situação problemática. Já estava a dizer que era um problema, sem saber qual era a questão primeiro. Digamos assim, um bicho de sete cabeças. E agora, encaro as coisas com mais tranquilidade, com mais facilidade, oriento-me, sinto-me útil. Consigo. Não tão rápido quanto queria, mas vou conseguindo. E vou-me valorizando. Coisa que eu não conseguia fazer." (Utente, CT, C 04)

A capacidade para afirmar a sua opinião sem receios, de forma assertiva e no respeito pelo outro também foram competências desenvolvidas, conforme é patente no discurso de um utente de um CRI.

"Tem-me ensinado que não devo ficar com as coisas cá dentro. E devo ser assertiva com as pessoas. Quando é não é não e quando é sim é sim. E eu não conseguia fazer isso. E quero trabalhar isso ainda mais. Porque, sei que preciso."

(Utente, CRI, C 01)

Por outro lado, a compreensão e aceitação são também competências valorizadas, uma vez que permitem aceitar com tranquilidade e maior tolerância os outros, com maior

capacidade de lidar com as emoções e de resolver eficientemente os problemas, conforme explicado por um utente de uma CT ao referir-se às mudanças que ocorreram.

"Sim, muito! Mudei, cresci muito como pessoa. Porque isto é uma doença que está relacionada com os sentimentos. Com a dificuldade em lidar com as nossas emoções, a nossa incapacidade, portanto, cresci muito como pessoa. O que me tornou também uma pessoa muito sensível aos outros. A compreender as outras pessoas, não julgar, a tolerar e a conseguir ser muito mais assertiva. Conseguir lidar com situações, às vezes, de grande stress, com muita pressão, momentos muito difíceis, voltei a ser a pessoa positiva que eu já era." (Utente, CT, C 14)

Foram referidos outros impactos positivos tais como a responsabilidade (9), reflexão e sentido crítico (7), otimismo e positividade (6) e capacidade para resolver problemas (6), que se apresentam como referências preponderantes num processo de capacitação. A consciencialização individual para a mudança (4), a capacidade de pedir ajuda (3), a calma e paciência (5), o autocuidado (3), a afetividade (3), o autocontrolo e controlo da impulsividade (2), a capacidade de resistência à frustração (2) e o aumento da perceção sobre as suas limitações (1) são também competências extremamente relevantes para a vida em sociedade. Outras categorias apontadas neste âmbito foram o cumprimento das regras (3), aumento das competências para realizar tarefas (2) e capacidade de se projetar no futuro (2), ainda que com referências em menos entrevistas. O que importa destacar

é o elevado número de competências reconhecidas por parte dos entrevistados como tendo sido adquiridas.

Gráfico 31. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito individual (N=38)



A Impacto positivo no âmbito terapêutico

No que diz respeito ao impacto positivo da intervenção no âmbito terapêutico, a maioria das referências apontam como muito significativo o aumento de competências para lidar com pessoas com CAD (32) bem como o aumento de conhecimento sobre CAD (18). (Gf. 32)

É através do acompanhamento pelo técnico de reinserção que os familiares são esclarecidos sobre a problemática dos CAD e sobre como devem agir para apoiar o seu familiar, sendo que estas competências são essenciais para o sucesso do processo de reinserção, como fica patente nos excertos seguintes:

"Foi muito importante, o facto de a minha mãe ter vindo às consultas e o meu cunhado ajudaram muito a que eles percebessem como me podem ajudar e qual a melhor forma de o fazer." (Utente, CRI, C 13)

"Já sei lidar melhor com este problema. Achei que, realmente era por falta de vontade dela não querer deixar o álcool, mas aqui percebi que isto é mesmo um problema e não é só por falta de vontade. Mesmo não querendo consumir, havia muitas coisas envolvidas." (Familiar, CT, C 04)

Podemos ainda observar que aspetos como a prevenção da recaída (2) e a estabilização (2) são mencionados e revelam ter impacto positivo para o processo terapêutico.

Gráfico 32. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito terapêutico (N=36)



A Impacto positivo no âmbito académico e laboral

No âmbito académico e laboral e, como podemos ver no gráfico 33, o impacto positivo da intervenção apresenta bastante relevância e é referido em 20 entrevistas.

Aspetos tais como o aumento de conhecimentos (9) e do nível de escolaridade (7), assim como a criação de rotinas de trabalho (7) são identificados como mais significativos. O aumento de conhecimentos, que muitas vezes resulta também no aumento de escolaridade, pode ser conseguido através da frequência de cursos de formação profissional, que para além das aprendizagens, proporcionam também oportunidades de convívio muito valorizadas, como podemos ler no relato de um utente de um CRI:

"As formações tiveram muita importância (...) dá para a gente portanto abrir mais o cérebro, tem muita importância para aprender muita coisa, para conviver com as pessoas, para poder ganhar conhecimentos. Para tudo. Tudo. Porque a gente está sempre a aprender." U., C 08.

A criação de rotinas de trabalho, associada a experiências de integração laboral, permitem capacitar os utentes para um desempenho adequado no local de trabalho, resultante de uma consciencialização de direitos e deveres, conforme fica patente nos excertos:

"Sem dúvida, ajudaram-me a perceber quais eram os meus direitos e os meus deveres, ajudaram-me a pensar e a perceber que num trabalho tem que se chegar a horas, temos que ter algumas regras." (Utente, CRI, C 12)
"O nosso trabalho foi também ao nível do controlo dos impulsos, era e é ainda bastante impulsivo, portanto, nós tivemos de trabalhar com ele esta necessidade e foi a partir daí que eu acho que ele foi capaz, como está a ser, por exemplo passar a cumprir as horas de trabalho comunitário (das nove às cinco da tarde) de uma forma absolutamente responsável e direitinho até hoje." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

É de assinalar ainda as referências ao aumento de competências de informática (2), ao aumento da atividade e foco (2) e bem como ao aumento de competências profissionais para desempenhar funções (1).

Gráfico 33. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito académico e laboral (N=20)



A Impacto positivo no âmbito interpessoal

Observando o gráfico 34, podemos perceber que foram referenciados impactos positivos no âmbito interpessoal em 19 entrevistas, sendo de destacar as referências ao aumento de competências relacionais (12). A importância destas competências na relação com o outro, tais como a capacidade de escuta, o respeito pelo outro, a capacidade de partilhar sentimentos, entre outros, é destacada por um utente de uma CT.

"O saber ouvir, saber escutar, responder só no fim de ouvir o outro. Falar de sentimentos. Ouvir o problema do outro e depois responder. Ser verdadeiro connosco próprio. E a partilha e a comunicação. Sim isso para mim foi fundamental para mim e para hoje pôr em prática lá fora. E para relacionar com as pessoas não é? (Utente, CT, C 09)

Também o respeito pelos outros (5) e a humildade e disponibilidade para ajudar os outros (5) são apontados como resultados atingidos no processo de mudança.

Ainda que com menor expressão, a capacidade de se afastar de situações problemáticas (1), aliada à desvalorização de influências negativas (1), assim como o reforço do sentimento de pertença (1) também são mencionadas.

Gráfico 34. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito interpessoal (N=19)



A Impacto positivo no âmbito familiar

Relativamente ao impacto verificado na dimensão familiar, observando o gráfico 35 identificamos apenas 6 entrevistas com referências a estes resultados, que se traduzem na valorização do afeto familiar (3) e no aumento de competências da família (3).

A intervenção desenvolvida permite, como já foi referido, aumentar os conhecimentos dos familiares sobre os CAD, sensibilizando-os para esta problemática. As famílias ficam, assim, mais capacitadas para lidar com o seu familiar, sabendo como agir de uma forma adequada face aos objetivos estabelecidos no âmbito do tratamento, como fica patente do relato de uma mãe:

"Desta vez estou com outra forma de ver as coisas, diferente. Vou explicar porquê. Eu tenho sido um bocado culpada por o meu filho não ter feito um programa completo, das duas vezes que esteve internado. Quando ele me pede para voltar para casa, eu deixo-o voltar para casa. Não devia ser assim. Eu devia dizer não. Ele devia chegar ao fim do processo. E a atitude que eu vou ter desta vez é fazer com que o meu filho chegue ao fim." (Familiar, CRI, C 02)

Gráfico 35. Impacto positivo da intervenção no pilar da Capacitação - âmbito familiar (N=6)



limpacto negativo ou inexistente

Apesar dos resultados atingidos pela intervenção, traduzidos pelas perceções aqui apresentadas sobre os impactos, em 9 entrevistas foram encontradas referências ao facto da intervenção não ter produzido as mudanças esperadas ou não sido possível avaliar a aquisição de competências. (Gf. 36)

principal razão para a não existência de referências ao impacto da intervenção prende-se com a dificuldade em lembrar ou ter a certeza se foram adquiridas competências. Esta situação verificou-se em 4 entrevistas.

As outras razões para não terem sido atingidos os resultados pretendidos relacionam-se com o utente, sempre que não houve adesão a proposta formativa ou ocupacional (2), houve manutenção de consumos de álcool (1) e houve abandono do projeto formativo ou de promoção de competências (1); ou com a intervenção, sendo que estas categorias revelam falhas na intervenção desenvolvida: não houve capacitação sobre CAD (2), não houve utilidade na participação em iniciativas de desenvolvimento de competências (1), não houve informação sobre recursos terapêuticos (1), houve uma desadequação da resposta escolhida (1) e não houve capacitação da família por falta de formação do técnico (1).

De acordo com o relato de um familiar, a intervenção não cumpriu as expetativas e não permitiu capacitar o familiar sobre a problemática dos CAD. "Não. Aqui não. Onde realmente eu conheci melhor este problema foi quando ele esteve internado, e a terapeuta falava comigo que, era aquilo que eu esperava daqui.

(Familiar, CRI, C 02)

Gráfico 36. Impacto negativo ou inexistente no pilar da Capacitação (N=9)



4.3. Pilar da Valorização. Valorização da interação dos sistemas e mobilização de recursos

"A valorização da interação dos sistemas remete-nos para o conceito de trabalho em rede, fundamental para a concretização dos objetivos estabelecidos em reinserção. É um processo que potencia um intercâmbio dinâmico entre diferentes atores sociais de forma a gerar sinergias que permitam a criação de alternativas sociais, ou seja, novos caminhos para a reinserção. Assenta na necessidade de criação e manutenção de laços sociais, que se espelham na família e na comunidade, através da mobilização de recursos sociais e de saúde que permitam a construção de uma rede de parceiros com uma cultura de trabalho integrado".

(Almeida e Carvalho et al., 2014, 28)

4.3.1. Análise do diagnóstico social efetuado

Da análise das categorias identificadas no pilar da valorização (Gf. 37), foram criadas 4 categorias-tipo, de forma a agregar as categorias, de acordo com o âmbito a que se referem. Foram identificados problemas em 34 entrevistas.

Foram identificados problemas de âmbito social (26), problemas de âmbito individual e interpessoal (24), problemas no âmbito da articulação interinstitucional (9) e problemas de âmbito familiar (8).

Gráfico 37. Problemas diagnosticados no pilar da Valorização (N=34)



A Problemas de âmbito social

Analisando com detalhe os problemas de âmbito social (Gf. 38), observamos que estes decorrem, principalmente, da falta de habitação (17), do desemprego (15), de necessidades básicas ou de subsistência (13) e da falta de recursos na comunidade (7).

A falta de habitação é o problema mais sentido e que resulta, muitas vezes, em situações de sem-abrigo.

"Tive uma situação, que está a fazer agora dois anos. Infelizmente eu fui para a rua. Estive quase um ano a viver na rua." (Utente, CRI, C 02)

"Em termos de alojamento, continua a ser a grande questão. Não temos que falar em alojamento, temos que falar em habitação. O alojamento é temporário. E nós não queremos para o P., como não queremos para os outros P. todos, um alojamento temporário para o resto da vida." (Técnico de Reinserção, CRI, C 03)

Também o desemprego é apontado como um problema de difícil resolução, agravado pela idade avançada de alguns utentes e pelas más condições de trabalho que existem no mercado.

"Enfim, eu preciso literalmente de arranjar que fazer para me ocupar e sair deste limbo que me atormenta." (Utente, C 03)

"Tenho o meu problema de dependência, já tenho a idade que tenho e as coisas tornam-se complicadas e o mercado de trabalho está muito difícil. Já tentei trabalhar num restaurante doze horas seguidas e não aguentei." (Utente, C 05)

Para além do emprego proporcionar meios de subsistência indispensáveis para qualquer cidadão, proporciona também uma ocupação, um sentimento de utilidade e uma rotina diária, aspetos que são da máxima importância para o processo de reinserção.

São ainda mencionados outros problemas como a falta de recursos económicos (4), a falta de transporte (4) e o endividamento (3).

Por outro lado, são também identificados problemas que se referem ao contexto e não diretamente aos cidadãos com CAD: a falta de respostas na comunidade, referida em 7 entrevistas. Esta categoria refere-se sobretudo à carência de alojamento adequado (4) e à falta de respostas de integração profissional (3). A dificuldade em conseguir um alojamento ou habitação é dos problemas mais referenciados, como relatado pelo/a técnico de reinserção de um CRI:

"Agora, há uma dificuldade extrema em encontrar habitações aqui na zona. Principalmente, para pessoas que nem dinheiro tem para as pagar. E não há forma de se dar a volta ao texto." (Técnico de Reinserção, CRI, CO3).

São também referidos os recursos insuficientes, a falta de programas de emprego protegido, a falta de programas de certificação de competências e a falta de grupos ou outras iniciativas de treino de competências.

Gráfico 38. Problemas de âmbito social (N=26)



A Problemas de âmbito individual e interpessoal

Os problemas que podem ser associados ao indivíduo e/ou às suas relações interpessoais foram identificados em 24 entrevistas (Gf. 39).

A **solidão e o isolamento** são os problemas com maior expressão (12) e traduzem situações desafiantes para a intervenção, nas quais não existe nenhum elemento na rede familiar ou social de suporte.

"Era a única pessoa. Não tinha mais ninguém. Ele pernoitava na casa dela." (Técnico de Reinserção, CRI, C 03) "Eu sempre fui um bocado solitário. Deixei de frequentar os cafés que frequentava, para não ser tentado, digamos assim. Na maior parte do tempo eu passo só, de resto não tenho outro laço." (Utente, CRI, C 03)

"O utente foi um indivíduo que quando pediu ajuda estava sem emprego, estava a consumir na altura álcool, vivia num carro abandonado com outro indivíduo alcoólico e portanto não tinha contacto, nem telemóvel e havia aqui uma grande precariedade vivencial deste indivíduo sem qualquer laço com a sociedade." (Técnico de Reinserção, CRI, C 08)

Também os problemas de saúde apresentam uma expressão significativa (6).

O diagnóstico identificou que em algumas situações, a falta de competências sociais é um entrave à entrada no mercado de trabalho e é necessário acionar programas de emprego protegido, experiências apoiadas que permitam a capacitação prévia do utente, tendo como objetivo a preparação da integração profissional.

"Falamos de emprego protegido. Esta mulher já não trabalhava há dez anos. Embora ela adira rapidamente, a verdade é que, ponderamos, isto teve muito peso, ela é muito boa a fazer, mas ela tem imensas dificuldades na relação com o outro, nomeadamente com os pares."

(Técnico de Reinserção, CT, C 04)

"Agora está muito centrado na área laboral e em fazer alguma coisa. Há cerca de um ano voltou a interessar-se ele percebeu que não conseguia arranjar trabalho pelo mercado normal de emprego, que tem que ser por um programa apoiado que lhe de inicialmente algumas competências que ele já desaprendeu há algum tempo e só voltando por estes projetos de emprego apoiado é que ele vai conseguir novamente voltar ao mercado normal de emprego." (Técnico de Reinserção, CRI, C 13)

A existência de uma rede pessoal limitada às relações de consumo (3), de problemas judiciais (2), de uma rede pessoal pobre e a falta de ocupação (1) são outros dos problemas observados.

Interpessoal (N=24)

Solidão e isolamento

Problemas de saúde

Necessidade de emprego protegido

Rede pessoal limitada às relações de consumo

Problemas judiciais

2

Rede pessoal pobre

2

Falta de ocupação

Gráfico 39. Problemas de âmbito individual e

A Problemas no âmbito da articulação interinstitucional

Os problemas que se relacionam com a articulação efetuada com entidades parceiras, essenciais à satisfação das necessidades identificadas, verificaram-se em 9 entrevistas (Gf. 40).

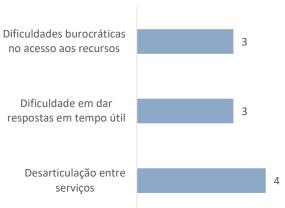
A desarticulação entre serviços (4), a dificuldade em dar resposta em tempo útil (3) e as dificuldades burocráticas no acesso aos recursos (3) são os problemas observados no âmbito da articulação interinstitucional. A comunicação entre os vários serviços prestadores de cuidados é fundamental e quando ela não é fluída, geram-se dificuldades na articulação interinstitucional.

"Tenho algum receio após a saída. Tenho o cuidado de ir telefonando para ver como as coisas estão a correr, mas na saída, acabou, vai embora e o utente terá que regressar." (Técnico de Reinserção, CRI, C 01) "Ninguém nos dizia que ele tinha saído." (Técnico de Reinserção, CRI, C 03)

Outra dificuldade relatada e que também se relaciona com a articulação interinstitucional é a incapacidade sentida pelos serviços em dar resposta atempada a todos os pedidos que chegam. "As dificuldades são em via de norma questões absurdamente formais, porque é difícil a gente responder com a celeridade que os outros pedem, porque não temos possibilidade." (Técnico de Reinserção, UA, C 10)

Os excertos denotam fragilidades na articulação das intervenções com outras entidades parceiras e dificuldades na comunicação e na passagem de informação. Por outro lado, o número elevado de solicitações não permite dar uma resposta com a rapidez necessária, seja por parte da UIL, seja pelas entidades parceiras.

Gráfico 40. Problemas no âmbito da articulação interinstitucional (N=9)



Problemas de âmbito familiar

No que se refere aos problemas associados à família, estão presentes em 8 entrevistas (Gf. 41).

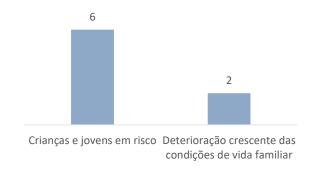
Os problemas relacionados com as crianças e jovens em risco (6) são aqueles com maior expressão no âmbito da família, sendo observada também a deterioração crescente das condições de vida familiar (2).

No que se refere à identificação de crianças e menores em risco, a intervenção pretende criar condições para o exercício das responsabilidades parentais e, simultaneamente, garantir a proteção da criança ou jovem.

"Tenho um objetivo, que é ir buscar o meu menino que está numa instituição. Dependo muito do meu menino e ele de mim. Preciso mesmo de um trabalho. Preciso mesmo de trabalhar. Quero muito trabalhar. E quero com essa finalidade, de ir buscar o meu menino." (Utente, CT, C 04)

"Outro trabalho foi muito com a escola, tínhamos muita
noção que o menor estava em risco porque o utente quando
está bem é grande cuidador deste menor, a mulher está
muito ausente por causa do trabalho. Ele é muito cuidador
leva o miúdo a todas as atividades, quando está
desorganizado leva mas vai alcoolizado, conduz alcoolizado
pronto faz estes disparates todos." (Técnico de Reinserção,
UA, C 15)

Gráfico 41. Problemas de âmbito familiar (N=8)



4.3.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

As estratégias de valorização da interação dos sistemas representam um aporte significativo e fundamental no trabalho em rede, e reservam a adoção de um papel ativo por parte de indivíduos e famílias na concretização de objetivos que contribuam para a sua reinserção. O gráfico 42 especifica a diversidade destas estratégias em 37 entrevistas.

Neste universo, as estratégias de valorização da interação dos sistemas a nível institucional surgem como as mais identificadas (35). Com menor expressão registam-se as Estratégias a nível familiar (12), a nível Social (10) e a nível Laboral (9).

Gráfico 42. Estratégias de Valorização da Interação dos Sistemas (N=37)



Estratégias de valorização da interação dos sistemas a nível institucional

A importância da articulação nos processos de reinserção de indivíduos e famílias com CAD é bem patente na análise do gráfico 43, onde se assinala a prevalência de três estratégias de valorização a nível institucional - Articulação com parceiros da comunidade (33), Passagem de informação a outras equipas (12) e Acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos (12). Tratam-se de estratégias de consolidação do trabalho em rede para a melhoria das respostas oferecidas aos indivíduos e famílias.

No que concerne à articulação com parceiros da comunidade, ela aplica-se em situações de grande vulnerabilidade, como é referenciado por um utente em situação de sem-abrigo. Nestes casos, a satisfação de necessidades básicas exige contactos e conhecimento de recursos que precisam de ser mobilizados na comunidade, como está visível no excerto.

"Infelizmente eu fui para a rua. Estive quase um ano a viver na rua. Nessa altura, o técnico de reinserção ajudou-me e indicou-me sítios para comer, para ter a higiene pessoal. Ajudou-me também, nessa mesma altura, recordo-me que estávamos a tratar de um pedido de financiamento para um quarto, que se conseguiu, foi bem tratado" (Utente, CRI, C 02)

A passagem de informação a outras equipas é igualmente relevante ao prosseguimento da valorização da interação dos sistemas a nível comunitário. A identificação das necessidades e dos recursos a mobilizar é seguida por um processo de contacto formal a nível pessoal e por escrito com a Segurança Social e com a coordenadora do Instituto de Emprego e Formação, explicando as caraterísticas pessoais do utente e da procura social efetuada, como refere o técnico de reinserção de um CRI neste excerto.

"Bom, o trabalho eu começo sempre por identificar as necessidades e todas as instituições são escolhidas para aquela pessoa. A minha forma de atuar é sempre um contacto pessoal, por telefone com a instituição e sempre tudo colocado por escrito, com a Segurança Social a ficha de

ligação, com o Instituto de Emprego um e-mail à coordenadora e fazer descer ao técnico da oferta de emprego sempre explicando quem é aquela pessoa e o que é que pretendemos para que haja esclarecimento de todo o processo" (Técnico de Reinserção, CRI, C 08)

Existem outras estratégias que são referidas com menos frequência, mas que ainda assim importam ser referidas, designadamente: Prevenção da desinserção (4), Acompanhamento próximo durante a intervenção e Negociação de condições mais favoráveis (3), Apoio ao cumprimento de medidas judiciais, Agendamento de entrevistas para o utente e Acompanhamento do utente a reuniões com parceiros (2). Outras estratégias surge percecionada por 3 ocasiões.

Gráfico 43. Estratégias de valorização da interação dos sistemas a nível Institucional (N=35)



A Estratégias de valorização da interação dos sistemas a nível familiar e social

A leitura do gráfico 44 coloca em evidência as estratégias utilizadas a nível familiar e social, respetivamente em 12 e 10 entrevistas.

A nível familiar é referida a importância do Envolvimento de elementos da rede primária em 11 entrevistas e em 2 entrevistas a Articulação com a escola.

O envolvimento de elementos da rede primária de suporte, a par da utilização dos recursos disponíveis na sociedade, constitui uma exigência de garantia para se atingir a justeza e a melhoria das respostas dadas aos indivíduos e famílias com CAD. O envolvimento colaborativo de outro elemento da rede familiar, pode ser ativado em momentos, contextos e diligências diversas, tais como consultas e visitas a locais de trabalho, valorizando e mobilizando desse modo a rede de apoio existente, como se depreende dos excertos apresentados.

"No início e a determinada altura a pessoa de referência era a filha. Mas, a filha passou por algumas mudanças profissionais e de alguma instabilidade, tivemos que pedir a colaboração de outro familiar, que rapidamente aderiu."

(Técnico de Reinserção CT, C 04)

"E foi através de um conjunto, sobretudo, de consultas

realizadas aqui na ET e até de visitas ao local de trabalho da tia, onde nós fomos numa altura de crise falar com ela, e toda a articulação ao nível da rede, foram as estratégias e as ações que nós implementamos." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

Já a nível da utilização de recursos disponíveis na sociedade, verificamos um equilíbrio entre duas direções concretas: Orientação para acesso a recursos (4) e Busca de alternativas criativas de apoio (3). Quando todo o processo e os factos parecem anunciar a ausência de solução dentro do limite imposto, utilizam-se por vezes

brechas de informação e recursos alternativos, que superem respostas estandardizadas e pré-definidas, como se verifica no discurso de um técnico de reinserção de um CRI aqui transcrito.

"Dá-me sempre outro horizonte, quando pensas que é preciso fundos para arranjar, mas estou bloqueado porque não vai ser atribuído. Há um limite imposto. Tenho que arranjar uma solução dentro desse limite. Tenho um instrumento que utilizo muito, o OLX, o Custo Justo, vejo com eles os contactos, para arranjar outro tipo de soluções que não o estandardizado de ir a uma pensão ver quanto é."

(Técnico de Reinserção, CRI, C 02)

A utilização de Outras estratégias não especificadas surge em 4 entrevistas.

Gráfico 44. Estratégias de valorização da interação a nível familiar (N=12) e social (N=10)



Estratégias de valorização da interação de sistemas a nível Laboral

Igualmente importantes são as estratégias de valorização a nível laboral (Gf. 45).

A Procura ativa de emprego é referida em 5 entrevistas e traduz-se num trabalho de pesquisa de recursos a nível laboral e de elucidação sobre as possíveis dificuldades a encontrar pelo utente. Este trabalho é feito de forma concomitante com a articulação com redes de emprego e reuniões interinstitucionais com entidades empregadoras.

"Trabalho de pesquisa para ver o que se consegue arranjar para o utente contatar essas empresas, pô-las ao corrente das dificuldades que o utente possa ter, [...] mediando as dificuldades que ele sente no dia-a-dia. Também tem havido uma grande articulação com a Rede Emprego [...], sendo mais um suporte na procura de emprego. Reuniões interinstitucionais com [...], com entidades empregadoras."

(Técnico de Reinserção, CRI, C 12)

A estratégia de articulação com a entidade patronal é referenciada em 4 entrevistas enquanto a Angariação de entidades empregadoras e a Avaliação das condições de integração profissional na entidade parceira é, cada uma delas, referenciada em 1 entrevista.

A articulação com a entidade patronal passa pelo estabelecimento de planos personalizados de intervenção conjunta, adequados à situação concreta, sendo mesmo uma estratégia que permite a consolidação do processo de tratamento e a garantia da continuidade dos cuidados, tal como é referido por um técnico de reinserção de um CRI.

"Desde sempre a entidade patronal está muito atenta e fizemos um plano muito específico. Quando o utente saiu do internamento em termos das tomas da medicação eles asseguravam no trabalho" (Técnico de Reinserção, UA, C 15)

Gráfico 45. Estratégias de valorização da interação de sistemas a nível Laboral (N=9)



4.3.3. Análise do impacto da intervenção

Em relação ao impacto da intervenção desenvolvida ao nível da valorização da rede, da interação dos sistemas sociais, tem como objetivo a identificação dos recursos disponíveis e dos fatores que podem condicionar o acesso aos mesmos, promovendo o intercâmbio dinâmico entre vários atores.

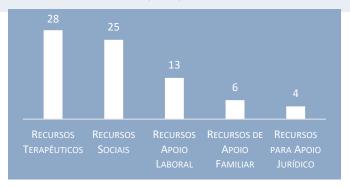
Previamente à análise dos impactos percecionados a este nível, são apresentados os recursos que foram mobilizados pela intervenção, a nível da mediação social e comunitária. Parte da intervenção reside na articulação, quer com os recursos disponíveis na comunidade, quer na mobilização e levantamento dos mesmos, de acordo com as necessidades dos intervenientes.

Mobilização de Recursos

Esta intervenção permitiu disponibilizar os mais variados recursos, referenciados em 39 entrevistas e que foram distribuídos por 5 categorias-tipo, conforme gráfico 46.

De acordo com o gráfico, e no que concerne aos recursos mobilizados, constata-se que em 28 entrevistas há alusões a recursos terapêuticos, ou seja, associados ao processo de tratamento, sendo estes os recursos mais frequentes. Registaram-se ainda a disponibilização de recursos sociais (25), laborais (13), familiares (6) e de apoio jurídico (4).

Gráfico 46. Tipo de recursos que foram mobilizados (N=39)



Recursos Terapêuticos

Gráfico 47. Recursos terapêuticos (N=28)



Considerando os recursos diretamente relacionados com o processo de tratamento e ligados à área da saúde, foram referenciados em 28 entrevistas, de acordo com o gráfico 47:

Verifica-se que a Comunidade Terapêutica foi o recurso mais acionado (20), acompanhado da Unidade de Desabituação (10).

Estes dois recursos são fundamentais para a estabilização do cidadão com CAD, conforme traduzido pelos relatos de um utente e de um técnico de reinserção:

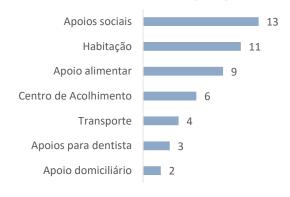
"Na altura eu estava bastante mal e foi a técnica de reinserção que me ajudou a recuperar na Comunidade Terapêutica. Estive lá três meses." (Utente, UA, C 05)
"O resultado da articulação foi que nós conseguimos tirar da rua o utente, numa primeira fase com internamento na unidade de desabituação, depois passou por uma

comunidade terapêutica, inicialmente, e depois saiu e voltou a ser internado, voltámos com a família a iniciar um novo internamento e foi através desta dinâmica que nós conseguimos estabilizá-lo. Não foi fácil, mas havia um processo com recuos e com avanços como é normal, mas que os resultados foram positivos." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

Outros recursos tais como Cuidados de Saúde (5), Medicação (3), Comunidade de Inserção (2) e Equipa de Rua (2) foram também mobilizados, ainda que com menor expressão.

Recursos Sociais

Gráfico 48. Recursos sociais (N=25)



Os recursos sociais, identificados em 25 entrevistas, foram mobilizados para satisfazer necessidades básicas associadas à própria sobrevivência da pessoa com CAD, assim como outras que permitem estabelecer um patamar

mínimo de vida, para o exercício da sua condição de cidadão com dignidade (Gf. 48).

Assim, os recursos sociais mais importantes no processo de reinserção de pessoas com CAD são os apoios sociais disponibilizados pela Segurança Social e que permitem fazer face a despesas essenciais, relacionadas com o próprio processo de tratamento ou com o Rendimento Social de Inserção, por exemplo.

"Tive o apoio da Segurança Social, sim. Porque não paguei o internamento. Não tinha possibilidades para isso. Recebi apoio para a renda. Ajuda também. A minha filha é que ficou a tomar contas das despesas todas em casa. Através da Técnica de reinserção, tive esses apoios. Uma vez que vim para cá ficou suspenso o Rendimento de Inserção, mas tive ajudas para a renda." (Utente, CT, C 04)

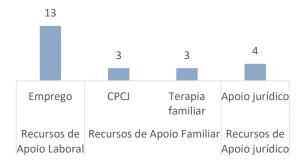
Os recursos que permitiram o acesso a uma habitação são também fortemente referenciados (11) e assumem uma importância crucial, já que possibilitaram corrigir situações de enorme fragilidade e devolver a dignidade ao cidadão com CAD.

"Há cerca de dois anos com o apoio da técnica de reinserção, do meu cunhado, do meu sobrinho foi possível ter uma casa com condições, com banheira e sem bichos." (Utente, CRI, C 13)

Com menor expressão foi também assegurado apoio alimentar (9), acesso a centro de acolhimento (6), transporte (4), apoio para dentista (3) e, por último, apoio domiciliário (2).

Recursos de apoio laboral, familiar e jurídico

Gráfico 49. Recursos de apoio laboral (N=13), familiar (N=6) e jurídico (N=4)



Relativamente aos demais recursos que foram acionados, destacam-se os recursos de apoio laboral, referidos em 13 entrevistas, nomeadamente o emprego (Gf. 49).

A procura de emprego é uma das áreas que é desenvolvida pelos técnicos de reinserção, sempre que a empregabilidade é uma opção exequível no âmbito dos Planos Individuais de Inserção. O acesso ao mercado de trabalho pode ser difícil e a manutenção de um emprego exige dos cidadãos com CAD o exercício de competências que muitas vezes foram perdidas durante os anos de consumo, como consta do relato do técnico de reinserção de um CRI.

"Trabalhou em várias áreas e estando atualmente desempregado continua numa procura ativa de emprego.

Uma pessoa de etnia cigana e culturalmente associada á venda ambulante conseguiu apesar das dificuldades que foram surgindo trabalhar cumprindo algumas regras e horários, tentando sempre integrar-se." (Técnico de Reinserção, C 12)

No âmbito da família, foram referenciados recursos em 6 entrevistas, relacionados com o acesso a terapia familiar e à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). A intervenção articulada com a CPCJ é muito importante sempre que existam crianças e jovens no agregado familiar, de forma a desenvolver medidas que permitam protegê-los.

"Foi com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Ele, o meu filho mais novo, faltava muito às aulas e a técnica de reinserção teve que mediar com as instituições: escola e CPCI." (Utente, CRI, C 12)

Por fim, foram ainda mobilizados recursos de apoio jurídico, que permitiram fazer face a situações relacionadas com a justiça. Muitas vezes o acesso a estes recursos passa também pelo apoio da Segurança Social.

"Foi por mim aconselhado a fazer um pedido de aconselhamento jurídico e foi feito à Segurança Social, para atribuição de um advogado e foi atribuído. E foi resolvido. Foi declarada insolvência." (Técnico de Reinserção, CRI, C 02)

Áreas de impacto positivo e negativo

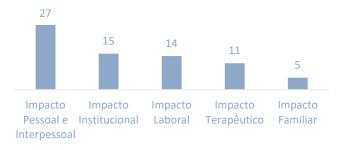
Da análise do gráfico 50 pode-se constatar que num total de 38 entrevistas onde existem referências a esta valorização, 34 referem ter ocorrido um impacto positivo e em 10 este impacto foi negativo ou inexistente.

Gráfico 50. Impacto da intervenção no pilar da Valorização (N=38)



Impactos positivos

Gráfico 51. Impacto positivo da intervenção no pilar da Valorização (N=34)



Os impactos positivos identificados foram subdivididos de acordo com o âmbito dos resultados atingidos: impacto pessoal e interpessoal (27), impacto institucional (15), impacto terapêutico (11), impacto laboral (14) e impacto familiar (5). (Gf. 51)

Impacto pessoal e interpessoal

Gráfico 52. Impacto pessoal e interpessoal (N=27)



O impacto relacionado com o indivíduo e as suas relações com os outros verificou-se em 27 entrevistas (Gf. 52).

O principal impacto traduziu-se no aumento da rede de relações, com 23 entrevistas a apresentarem referências neste âmbito. Os relatos traduzem um aumento da rede por via do restabelecimento de laços dentro da família ou através do convívio com novos relacionamentos, sentidos como positivos, e que permitiram ampliar a rede de contactos e de apoio do utente.

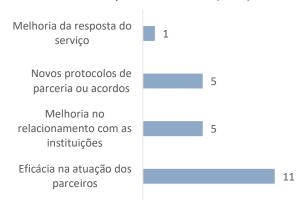
"Aumentou imenso, desde logo pela família que tinha uma
"rede" que é fundamental e que estava de certa forma
partida e com alguns laços partidos. E desde logo porque,
depois a nível das instituições, de saúde, de cuidados
primários, de consultas especialidade, quer dizer, nós
montamos uma rede muito mais efetiva, claro." (Técnico de
Reinserção, CRI, C 06)

"Muita muita coisa. Experiência, como já lhe disse conhecimentos e conviver com as pessoas, pessoas que a gente não conhecia e conviver, sempre convivi com toda a gente nunca houve problemas, saio das formações, toda a gente toda a gente quando saio abraça-se a mim, não vás embora e pá temos que ir um para cada lado, eu quando vejo as pessoas na rua, que a maior parte são daqui da zona, toda a gente me fala, eu às vezes até vou distraído e elas oh amigo e coiso a chamar por mim. [...] Muito muito muito restabeleci, vou-lhe dizer pessoas que eu nem sonhava. Nem sonhava. Que também me ajudaram." (Utente, CRI, C 08)

Houve ainda referências positivas sobre a resolução de questões judiciais (3), o acesso a rendimentos e o estabelecimento de novas rotinas, ambos verificados em duas entrevistas. Foi também possível prevenir a desagregação dos laços sociais e manter a rede de suporte existente (2).

Impacto institucional

Gráfico 53. Impacto institucional (N=15)



Numa análise mais detalhada ao Gráfico 53, verifica-se que em 15 entrevistas surgem referências a impacto positivo referente às instituições parceiras.

A eficácia na atuação dos parceiros, referenciada em 11 entrevistas, foi a categoria mais significativa e reflete-se na capacidade de resolução das situações de crise através de uma intervenção articulada, que permitiu acionar os recursos necessários, conforme podemos ler no relato de um técnico de reinserção de um CRI.

"O resultado foi que nós conseguimos, de facto, estabilizar o utente, retirá-lo da rua, desabituá-lo e colocá-lo livre de drogas que era o nosso grande objetivo. Parar o consumo, dar uma habitação ao utente e isso foi conseguido também.

E, portanto, foi um trabalho conjunto." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

Também se verificaram melhorias no relacionamento com as instituições, resultantes do processo de reinserção de pessoas com CAD (5). A experiência da articulação demonstrou fragilidades na comunicação entre instituições, mas foi possível resolver estas dificuldades e melhorar o relacionamento interinstitucional, conforme o excerto:

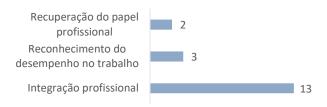
"Foi com o utente que tudo começou. Antes não existia. O Serviço Social não era informado das saídas e abandonos dos utentes. Neste momento somos informadas das saídas e abandonos dos nossos utentes. [...] E na primeira vez que ele sai, porque bebeu, foi feito o contacto. Dizem-nos que não podem aceitar pessoas com consumos, até porque põem em causa as boas regras do outro grupo. Eu percebo. Tento ver com a instituição o melhor para os utentes." (Técnico de Reinserção, CRI, C 03)

A experiência da articulação interinstitucional nos casos em estudo permitiu ainda gerar novos protocolos de parceria ou acordos, que vão beneficiar outros cidadãos com CAD no seu processo de reinserção. No caso do exemplo selecionado, o técnico de reinserção refere a obtenção de um acordo com as autarquias, que permitiu disponibilizar novos recursos para apoiar os processos de inserção.

"E também podemos aqui dizer que [...] conseguimos que grande parte das autarquias participassem no processo de tratamento dos utentes que necessitavam de internamento em comunidade terapêutica, coisa que não acontece no resto do país e acho que foi uma mais-valia que o nosso trabalho acabou por resultar em apoio final para o utente que precisava desse apoio não só de internamentos mas também de apoio a transportes para virem às consultas, de apoio para os exames. Tivemos de facto uma construção crescente de abertura de novos recursos que não tínhamos no início não é." (Técnico de Reinserção, CRI, C 18)

Impacto laboral

Gráfico 54. Impacto Laboral (N=14)



Também na área laboral e do trabalho foi conseguido impacto positivo, nomeadamente em 14 entrevistas foram encontradas referências a resultados ao nível desta área tão importante para a reinserção social (Gf. 54).

A integração profissional foi referenciada em 13 entrevistas e é a categoria com maior expressão neste âmbito. O recurso a programas de emprego tais como o Programa Vida-Emprego e o Contrato Inserção-Emprego são estratégias promotoras da integração profissional, ao permitirem experiências mais protegidas de trabalho. Nos casos relatados pelos técnicos de reinserção, estas experiências foram avaliadas positivamente e resultaram em novas oportunidades de emprego para os cidadãos com CAD.

"De tal forma que depois de ele ter acabado os três anos de "Vida-Emprego", o utente nunca foi abandonado pela própria autarquia. A autarquia não só o acompanhou depois em CIE (Contratos de Inserção e Emprego), porque ele estava a receber subsídios de desemprego, como depois no contrato de trabalho eles abriram um concurso e o utente entrou diretamente." (Técnico de Reinserção, CRI, C 17) "Teve um bom desempenho, vamos dar-lhe outra oportunidade, porque ele era visto lá por todo o lado a cair sempre muito alcoolizado e quando fez o primeiro programa as pessoas ficaram muito surpreendidas, depois continuou a ser beneficiário do RSI e nós pedimos para lhe darem outra oportunidade e arranjamos com a Câmara outro programa porque não havia concursos e na verdade consequimos outro programa. Conseguimos que fizesse mais um contrato de um ano." (Técnico de Reinserção, CRI, C 11)

O reconhecimento do desempenho no trabalho e a recuperação do papel profissional são também impactos positivos que foram sentidos, ainda que com menor expressão.

Impacto terapêutico

Gráfico 55. Impacto terapêutico (N=11)



O impacto da intervenção desenvolvida no pilar da valorização teve também resultados positivos no âmbito do próprio processo de tratamento. Este impacto verificou-se em 11 entrevistas (Gf. 55).

Estes impactos traduziram-se, sobretudo, na contenção de situações de crise (5) e na prevenção de situações de desinserção (4).

No relato do técnico de reinserção de uma UA é possível observar como a intervenção desenvolvida permitiu reorganizar a vida familiar, protegendo uma criança ou jovem em risco.

"Depois na sequência disso ele aceitou que houvesse uma intervenção com a Equipa da Escola e de uma Associação que faria um trabalho específico com a família em termos domiciliários. Foi feita uma reunião na escola do filho com a diretora de turma e a referida Associação. Esta situação ajudou-nos nesta fase, fazendo aqui alguma contenção."

(Técnico de Reinserção, UA, C 15)

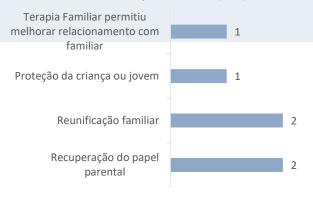
A intervenção do técnico de reinserção permitiu também prevenir o fim do programa de emprego e a cessação do rendimento social de inserção, trabalhando de forma articulada com o responsável do programa:

"Houve outros conflitos. No primeiro Contrato Inserção-Emprego+, ele não concluiu porque teve recaída. Ele tinha faltas injustificadas, pedia-me ajuda. Tive que contatar o responsável do programa que ele estava a frequentar e chegamos à conclusão que teria que entregar baixa médica, por incapacidade temporária, para evitar a cessação do RSI durante dois anos, pois era considerado abandono do programa." (Técnico de Reinserção, UA, C 05)

Outros resultados atingidos vieram também beneficiar o processo terapêutico em curso, tais como a diminuição da rede de relações de consumo (4), a manutenção da abstinência (3) assim como a autonomização (2).

Impacto familiar

Gráfico 56. Impacto familiar (N=5)



Por fim, importa ainda referir os impactos sentidos no âmbito familiar. Com uma expressão mais reduzida, foram importantes em 5 entrevistas (Gf. 56).

O impacto na dimensão familiar traduz-se, sobretudo, pela recuperação do papel parental e reunificação familiar, aspetos fundamentais para o funcionamento adequado da família. De acordo com o relato de um/a técnico de reinserção da CT, com o evoluir do processo de reinserção, os laços familiares são restabelecidos e a criança volta a estar presente na vida do utente:

"Penso que ao longo do processo de acompanhamento foi melhorando significativamente, como já referido o filho da utente começou a visitar a mãe na Comunidade Terapêutica." (Técnico de Reinserção, CT, C 14)

Outro exemplo presente no relato de um utente de um CRI, que volta a viver com a sua mãe, coisa que seria impossível de acontecer antes da intervenção.

"Foi, foi, claro que foi. Era impensável para mim, há 5 anos ou 6, estar a viver com a minha mãe. Impensável." (Utente, CRI, C 06)

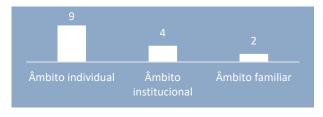
Quanto à proteção da criança ou jovem aparece, apenas em (1), assim com em relação à terapia familiar, permitiu melhorar o relacionamento familiar.

A Impactos negativos ou inexistentes

No gráfico 57 apresentam-se os impactos negativos ou a inexistência de qualquer impacto sentido da intervenção.

V erifica-se que num total de 10 entrevistas, registaram-se 9 cujos impactos se referem estritamente ao indivíduo. O âmbito institucional e familiar são também categorias onde se verificou impacto negativo ou nenhum impacto.

Gráfico 57. Tipo de impacto negativo ou inexistente da intervenção do pilar da Valorização (N=10)



Impactos negativos de âmbito individual

Gráfico 58. Impacto negativo de âmbito individual (N=9)



De acordo com o gráfico 58, em 7 entrevistas foi referenciado não ter ocorrido qualquer impacto na rede de relações e de suporte social.

Efetivamente, para alguns utentes a situação não se alterou substantivamente, apesar dos esforços desenvolvidos, mantendo-se uma situação de isolamento e empobrecimento da rede de suporte, tal como verificado nos excertos.

"Para dizer a verdade as melhorias não foram assim relevantes." (Utente, CRI, C 03)

"Eu não tenho amizades." (Utente, CRI, C 18)

Igualmente é referido numa entrevista a perda de contacto com pessoas significativas, a falta de confiança na Comunidade Terapêutica e o abandono da Comunidade, situações que poderão ter tido algum impacto a nível da reabilitação.

• Impacto negativo de âmbito institucional

Gráfico 59.Impacto negativo de âmbito institucional (N=4)



A parceria institucional é uma componente importante das intervenções, em quase todos os momentos, pois só com um apoio global a intervenção pode ser, muitas vezes, conseguida. Apesar desta área ser muito investida, houve referências a impactos negativos na articulação com instituições parceiras em 4 entrevistas. (Gf. 59)

De acordo com a opinião dos entrevistados, quando a intervenção sofre algum revés e não decorre como previsto, podem advir consequências negativas no relacionamento com as instituições que disponibilizaram apoios, conforme relato de utente e técnico de um CRI.

"Acho que a partir do momento em que aconteceu aquela situação do quarto, acho que fiquei numa lista negra. É a sensação com que fico. Na altura que isso aconteceu, fui a uma consulta com o técnico de reinserção. E ele ficou chateado, porque fez de tudo para conseguir aquele apoio e

eu falhei. A partir daí nunca mais pedi nada." (Utente, CRI, C

"A nossa relação com a Segurança Social é difícil, a articulação é difícil. E esse facto só por si marca muitos passos. Sabiam que utilizou o dinheiro para consumir outra coisa qualquer e por isso estava fora de questão apoio para transporte." (Técnico de Reinserção, CRI, C 02)

Há ainda a assinalar o sentimento de injustiça por parte dos entrevistados com a não atribuição de apoios sociais (1) e com a perceção da existência de apoios mal distribuídos (1).

• Impacto negativo familiar

Por fim, são referidos ainda alguns impactos negativos com reflexo na família, ainda que com muito pequena expressão (2 entrevistas). O abandono do processo terapêutico por dinâmicas familiares é uma das referências, que está relacionada com a ocorrência de uma situação-problema na família que motivou o abandono da CT. Por outro lado, foi ainda registada a alusão à deterioração do relacionamento familiar, que se refere ao mau relacionamento do utente com o pai, que provoca a saída de casa, conforme podemos observar no relato do técnico de reinserção de um CRI:

"Entretanto, pelas questões relacionadas com os consumos e por esta relação muito conflituosa com o pai, ficou sem essa retaguarda, digamos que materializada de não estar em casa, não ter as condições. Ele muitas vezes comunicava que, apesar de não estar em casa, falava com a mãe todos os dias e que a mãe lhe dava dinheiro e que se encontrava com ele no café." (Técnico de Reinserção, CRI, C 02)

4.3.4. Avaliação da articulação interinstitucional

Tabela 4. Entidades parceiras referenciadas no discurso dos entrevistados (N=46)

Entidades parceiras	Entrevistas	Referências
Parceiro não especificado	34	170
Segurança Social	21	41
Autarquias	18	57
Comunidades Terapêuticas	15	39
Centro de Emprego	12	22
Empresas	11	16
Escolas e Entidades Formadoras	8	23
Centros de Acolhimento ou Lares de Apoio Residencial	8	32
Hospitais	7	11
Centros de Saúde ou Médicos de Família	6	16
Equipas de Rua	5	16
Instâncias judiciais	4	7
Santa Casa da Misericórdia	4	13
Unidades de Desabituação	4	5
Cantinas Sociais	3	5
Comissões de Proteção de Crianças e Jovens	3	4
Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais	2	4
Instituto de Reinserção Social	1	1
Outras instituições de apoio social	1	5

Considerando que a intervenção na reinserção de cidadãos com CAD implica a mobilização de diversas entidades parceiras de diferentes áreas de atividade, tal como traduzido no subcapítulo anterior, procurou-se conhecer de que forma é avaliada a articulação que é desenvolvida com estas entidades parceiras, fundamentais para a exequibilidade dos processos de reinserção.

Da análise do discurso dos entrevistados, foram mencionadas entidades parceiras em 46 entrevistas, num total de 487 referências. Estes excertos do discurso dos entrevistados assinalam os principais parceiros que fizeram parte da intervenção desenvolvida nos 18 casos em estudo (Tabela 4).

Em 34 entrevistas houve referências a entidades parceiras, mas não foram especificadas quais as entidades. Nesta categoria encontramos a maior parte das referências. Quando o discurso identificou as entidades parceiras, verifica-se uma diversidade muito grande de instituições envolvidas, abrangendo áreas como: saúde, social, judicial, educativa/formativa e laboral. As entidades parceiras mais referenciadas são a Segurança Social (21), as Autarquias (18), as Comunidades Terapêuticas (15), os Centros de Emprego (12) e as Empresas (11).

Relativamente a estas entidades parceiras, foram identificadas apreciações sobre a articulação interinstitucional desenvolvida em 37 entrevistas, conforme gráfico 60:

Gráfico 60. Avaliação da articulação interinstitucional (N=37)

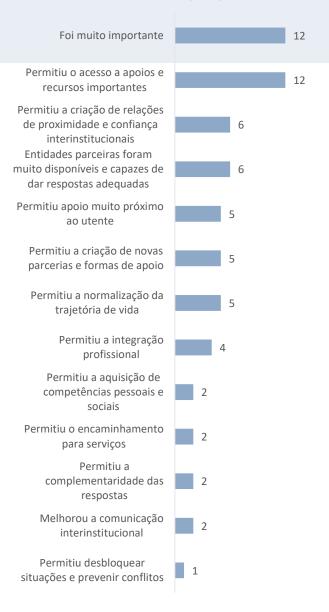


Em 35 entrevistas foram identificados aspetos de carácter positivo relativos à articulação com parceiros. As apreciações são sobretudo positivas, sendo que apenas foram identificadas apreciações negativas em 10 entrevistas².

118

²² A mesma entrevista pode conter apreciações positivas e negativas, o que explica o facto do total de entrevistas contabilizadas seja inferior à soma das entrevistas referenciadas em cada categoria.

Gráfico 61. Avaliação positiva da articulação interinstitucional (N=35)



A categoria mais referida é pouco específica e acentua a importância da articulação desenvolvida (12). Na opinião de um utente da UA, a articulação com um conjunto de parceiros relevantes para a sua vida permitiram dar confiança e motivação.

"São sempre importantes, saber que podemos contar com técnicos que estão disponíveis para nos ouvir e esclarecer dúvidas e é fundamental a relação que a Dra. tem com a Assistente Social do meu serviço, com a Psicóloga da escola do meu filho, no passado com a CPCJ, o que me dá muita confiança e me motiva para continuar o tratamento."

(Utente, UA, C15)

Com a mesma expressão (12) é assinalado o acesso a apoios e recursos que foram importantes para o processo. De acordo com o técnico de reinserção de um CRI, foi graças à articulação interinstitucional e ao trabalho conjunto que foi desenvolvido que foi possível atingir os resultados pretendidos.

"O resultado desta articulação foi que nós conseguimos, de facto, estabilizar o utente, retirá-lo da rua, desabituá-lo e colocá-lo livre de drogas que era o nosso grande objetivo. Parar o consumo, dar uma habitação ao utente e isso foi conseguido também. E, portanto, foi um trabalho conjunto." T.R., C 06

Por outro lado, a articulação permitiu a criação de relações de proximidade e confiança interinstitucionais (6), foi acentuada a capacidade das entidades parceiras em demonstrar disponibilidade e proporcionar as respostas mais adequadas a cada situação (6) e ainda o acompanhamento muito próximo ao utente (5). Também permitiu a normalização da trajetória de vida (5) e a criação de novas parcerias ou formas de apoio (5).

Foram ainda identificados outros ganhos que não teriam sido possíveis sem a intervenção de parceiros, tais como: a integração profissional (4); a aquisição de competências pessoais e sociais (2); o encaminhamento para outros serviços (2); entre outros.

Do ponto de vista negativo, foram identificadas referências em 10 entrevistas, conforme apresentado no gráfico 62.

Do ponto de vista negativo, os entrevistados acentuam as dificuldades de comunicação com os parceiros, o que se verificou em 6 entrevistas. Entidades com menor experiência e *know-how* no âmbito dos CAD podem apresentar dificuldades acrescidas na comunicação interinstitucional, conforme relato do técnico de um CRI.

"Às vezes tenho dificuldades de comunicação com algumas entidades que não estão tão sensibilizadas para estas questões, nomeadamente o comportamento dos tribunais."

(Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

A burocracia e a morosidade da articulação (3), a falta de competências dos parceiros para intervir no âmbito dos CAD (3), as dificuldades no acesso às respostas ou a desadequação das respostas (2) foram os demais aspetos assinalados. Os problemas associados à burocracia e morosidade podem significar desmotivação por parte dos utentes, que deixam de acreditar que podem ter acesso a um determinado recurso.

"É tanta burocracia, tanta coisa, que chego à conclusão que é uma perda de tempo." (Utente, CRI, C 02)

Gráfico 62. Avaliação negativa da articulação interinstitucional (N=10) Dificuldades de comunicação com os parceiros Burocracia e morosidade da articulação Parceiros não foram capacitados para a problemática dos CAD e... Dificuldades no acesso a respostas ou desadequação

das respostas

4.4. Pilar da Participação. Promoção da participação e responsabilização de todos os atores

"A participação, promotora da cooperação e co-construção de alternativas sociais é a ação que assenta no estabelecimento e na operacionalização de compromissos no âmbito da cidadania e que pressupõe o envolvimento e a responsabilização de todos os atores. Trata-se de uma co-construção, em que o próprio e os sistemas envolventes se mobilizam mutuamente. Ao nível individual, é o processo de co-construção que permite o exercício da cidadania. Ao nível macro, a mobilização dos atores político-económicos envolvidos permite a gestão dos riscos sociais e a tomada de decisão conjunta".

(Almeida e Carvalho et al., 2014, 28)

4.4.1. Análise do diagnóstico social efetuado

Nas entrevistas realizadas (51), foram identificados problemas associados à Participação em 20 entrevistas (Gf. 63). As categorias identificadas foram agrupadas em problemas de âmbito individual (14) e de âmbito familiar (13).

A falta de envolvimento no processo terapêutico (9) surge como o problema com maior expressão no âmbito individual. Os avanços e recuos e a motivação oscilante que caracterizam estes processos constituem-se como dificuldades que é necessário ultrapassar no acompanhamento aos utentes e aos seus familiares.

"Se você não quiser ajuda, ninguém o pode ajudar e eu quando cheguei aqui, é o que eu lhe digo, cheguei aqui sem nenhum objetivo, foi para que a minha mãe, a minha tia ou seja quem fosse me largasse da mão entende?" (Utente, CRI, C 03)

"Porque eu fico mesmo estafadinha, eu perdi muito trabalho para vir andar aqui com ele às consultas, umas vezes estava outras vezes não estava, eu sem ele não podia fazer nada, muitas vezes ia de volta." (Familiar, CRI, C 18)

Outros problemas no âmbito da participação são a **dificuldade de manutenção de compromissos**, que muitas vezes resulta no abandono de atividades ou na recusa de propostas que são apresentadas ao utente.

"O utente compromete-se connosco com um conjunto de tarefas que inicialmente cumpre, mas com o passar do tempo não consegue manter este compromisso." (Técnico de Reinserção., C 13)

A participação exprime-se ainda do ponto de vista da família. A intervenção procura sempre o envolvimento do sistema familiar de forma a apoiar o processo e dar

sustentabilidade às mudanças pretendidas. Também a este nível foram identificadas fragilidades, tais como a falta de apoio da família (8) e em outras categorias que traduzem dificuldades na adesão e envolvimento da família no processo de reinserção do seu familiar.

"Não traz laços familiares, portanto o utente é de etnia

cigana, tem uma família bastante numerosa, mas não mantém laços com os pais. Neste momento não mantém laços com os filhos, a nível familiar é muito precária."

(Técnico de Reinserção, CRI, C 08)
"Eu recordo-me que inicialmente, principalmente com os pais havia pouca comunicação. Aliás eu acho que eles nem nunca ligavam para cá para saber do utente. " (Técnico de Reinserção, CT, C 09)

Participação (N=20) Não houve adesão familiar à 1 intervenção Pai recusa acompanhamento Desesperança familiar Rompimento da confiança de familiares Falta de apoio da família Abandono de atividades **Ambito** individual Dificuldades na manutenção de compromissos Falta de adesão às propostas Falta de envolvimento no

Gráfico 63. Problemas diagnosticados no pilar da

4.4.2. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

As estratégias no pilar da *Participação* visam promover a cooperação e co-construção de alternativas sociais e são referidas em 38 entrevistas. Integram ações que assentam "no estabelecimento e na operacionalização de compromissos no âmbito da cidadania e que pressupõe o envolvimento e a responsabilização de todos os atores" (Almeida e Carvalho et al, 2018:53).

Constatamos através do gráfico 64 uma valorização destas estratégias a nível terapêutico referidas em 37 de 38 entrevistas, ao passo que as Estratégias de participação promovidas a nível familiar são referidas em 13 entrevistas e as Estratégias de participação a nível institucional são objetivadas em 12 entrevistas, sendo ambas menos relevantes.

Nos gráficos seguintes procuraremos detalhar de forma mais precisa as estratégias utilizadas neste pilar, de acordo com as categorias de análise criadas.

processo terapêutico

Gráfico 64. Estratégias de Intervenção desenvolvidas no pilar da Participação (N=38)



A Estratégias de promoção da participação a nível terapêutico

Gráfico 65. Estratégias de participação a nível terapêutico (N=37)



No que respeita à análise detalhada das estratégias de participação a nível terapêutico, discriminadas em 37 entrevistas, o gráfico 65 coloca em evidência a Monitorização e Avaliação Participada dos Resultados Atingidos, referida em 19 entrevistas e a Definição de Objetivos em Conjunto com utente, em 16 entrevistas, o que reforça a ideia de co-construção de um conceito de cidadania responsável.

A monitorização e avaliação participada dos resultados atingidos é percebida por familiares e por técnicos como uma estratégia de seguir um percurso traçado em conjunto e de sinalizar e reforçar aspetos positivos de pequenas conquistas efetuadas pelos utentes, como expressam os excertos.

"Falamos, às vezes porque eu sinto necessidade de dizer às
Dras. que estou muito contente com o caminho que o meu
filho está a seguir e sinto que temos tido aqui grande ajuda."

(Familiar, CRI, C 12)

"Penso que também foi muito importante ir sinalizando sempre as coisas positivas que ele ia conquistando, enfatizando de alguma forma estes ganhos que iam surgindo" (Técnico de Reinserção, CRI, C 12)

A definição de objetivos em conjunto decorre de um trabalho dialogante em que se coloca em análise as expetativas, as metas a atingir, as mudanças que é necessário efetuar, as vivências e formas de sentir em relação à família, num processo contínuo de aproximação entre utente e técnico de reinserção, como se pode ver no excerto transcrito.

"Ah sim, falei, falei de tudo. O que é que eu queria, o que é que pretendia, o que tinha que mudar, o que é que eu sentia em relação à família, sim" (Utente, CT, C 09)

Os Planos Individuais de Inserção (13) e a Informação sobre Direitos e Deveres (11) são igualmente estratégias de participação referidas e com relevância.

A definição de um PII ou de outros planos participados pelos utentes permite um maior envolvimento e comprometimento de todas as partes, preparando de forma detalhada determinados eventos importantes, como é descrito pelo técnico de reinserção da CT.

"Mais ou menos, por volta dos três meses, que é a fase da reinserção, começamos então por definir um projeto de vida, com objetivos. [...] Faço um plano sempre que os residentes saem. Fazemos um plano ocupacional da semana. Este plano está detalhado. É importante detalhar, por tarefas, por momentos do dia." (Técnico de Reinserção, CT, C 04)

A informação sobre direitos e deveres permite dar as informações necessárias para que os utentes possam compreender o que motiva e condiciona as instituições, ajustar as expetativas no relacionamento com estas instituições e assim contruir uma cidadania mais responsável.

"Sim, informa-me em tudo porque a gente não sabe tudo, porque há sempre uma lei, não é, agora sei que quando estiver para a prova para darem a reforma, essa lei [...]. E a técnica de reinserção está-me sempre a dizer quando venho às consultas, "oh Sr. olhe que saiu isto ou aquilo"." (Utente, CRI, C 08)

Ao inverso constatamos uma menor importância na discussão de caso em equipa (2), nas negociações de condições com o utente para o acesso aos recursos e no acompanhamento regular em follow-up (2).

A Estratégias de promoção da participação a nível familiar

Gráfico 66. Estratégias de participação a nível familiar (N=13)



No gráfico 66, relativo às estratégias de participação a nível familiar, destacam-se o contacto com familiar ou pessoa significativa (12) e o estabelecimento de compromissos familiares (5), evidenciando uma necessidade de implicar a família como aliada no processo de reinserção, promovendo a sua coresponsabilização e de elementos significativos nesse processo.

O contacto com familiar(es) ou pessoa(s) significativa(s) revela-se importante em diversas situações, designadamente tanto para apoiar o utente como o

familiar e avaliar o processo desenvolvido, de modo compreensível e com discurso acessível, com o objetivo de promover a sua participação, como refere o técnico de reinserção no excerto aqui partilhado.

"A companheira é uma pessoa com muitas dificuldades cognitivas, sempre muito apelativa, bastante doente mas sempre tentando apoiar o marido e percebe que tem havido muitos ganhos ao longo destes anos. Acho que apesar de dificuldades de compreensão de algumas situações tentámos sempre chegar a ela utilizando um discurso que facilitasse a sua compreensão e fosse promotor da sua participação" (Técnico de Reinserção, CRI, C 12)

O estabelecimento de compromisso familiar escrito constitui uma estratégia de vinculação do membro da família ao processo de reinserção como agente terapêutico.

"Isto é feito desde o primeiro momento que, estabelecemos um compromisso escrito com a família. Fazemos mesmo um compromisso, do que esperamos. Chama-se mesmo compromisso familiar." (Técnico de Reinserção, CT, C 04)

A Estratégias de promoção da participação a nível institucional

O envolvimento da comunidade e designadamente das instituições na tomada de decisões constitui uma das referências da análise de estratégias interventivas no pilar da participação. É neste contexto que se podem promover respostas integradas territoriais e fomentar uma cultura de partilha de informação e de recursos. O gráfico 67 identifica 5 estratégias complementares.

Em evidência salientamos que o estabelecimento de objetivos e o acompanhamento em conjunto com parceiros são importantes e referidos respetivamente em 7 e 4 entrevistas. Os objetivos associados à satisfação de necessidades na área da habitação, proteção social e do emprego são, regra geral, os primeiros a ser contratualizados. Neste processo é necessário envolver a(s) entidade(s) parceira(s) e o utente na avaliação dessas necessidades.

Gráfico 67. Estratégias de promoção da participação a nível institucional (N=12)



No caso a que respeita o excerto aqui transcrito, o contrato respeitava o compromisso de comparecer nas consultas e cumprir o acordado tanto com os técnicos de reinserção da Equipa de Tratamento como com os técnicos da entidade parceira envolvida.

"Numa fase inicial contratualizámos alguns objetivos que se prenderam com necessidades na área da habitação, da proteção social e do emprego. O utente e o seu agregado familiar eram beneficiários do RSI e o acordo que estabelecemos foi em paralelo com a entidade parceira para que as necessidades identificadas pudessem ser avaliadas em conjunto para e com o utente. O utente comparecia sempre às consultas e tentava cumprir com o acordado quer com os técnicos da ET quer com os da entidade parceira" (Técnico de Reinserção, CRI, C 12)

O acompanhamento do processo com parceiros permite a elaboração de um plano personalizado e específico para a situação diagnosticada, de forma integrada e evitando a duplicação de planos, como se expressa no excerto identificado.

"Assinámos o Acordo de Inserção e estava em consonância com o PII, nunca fizeram o Acordo de Inserção sem discutirem connosco (técnicas do RSI) até porque estava a questão do tratamento implícita no acordo, ele manter-se em acompanhamento connosco." (Técnico de Reinserção,

A partilha de informação com outras instituições e utente e o contacto direto com profissionais das entidades parceiras também são estratégias de promoção da participação a nível institucional, em 3 entrevistas cada uma delas, bem como o follow-up em 2 entrevistas

A Falhas nas Estratégias de Promoção da Participação

Gráfico 68. Falhas nas Estratégias de promoção da participação (N=12)



Apesar de o uso de estratégias de participação ser considerado relevante, foram identificadas algumas dificuldades na sua operacionalização em 12 entrevistas (Gf. 68).

A contratualização constitui-se como um processo relevante na reinserção social das pessoas com CAD, mas a contratualização de planos individuais de inserção e a avaliação dos resultados atingidos pelo utente e pela família mereceram reparos em 12 entrevistas.

O excerto aqui apresentado espelha esta realidade.

"Não sei responder a isso, porque nunca aconteceu. Nunca fiz planos com o técnico de reinserção." (Utente, CRI, C 02)

A ausência de elaboração conjunta de um plano individual de reinserção constitui um obstáculo à avaliação do processo, como refere um utente de um CRI, ou a incapacidade de avaliar a evolução da sua situação por ainda não ter ocorrido um momento de comunicação para esse efeito.

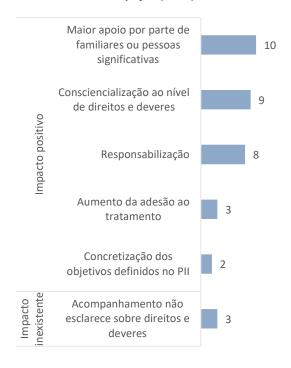
"Não, não tive oportunidade... o que é muito mau, da minha parte.... Porque quando foi preciso foi quem moveu "céu e terra" para ajudar e agora para levar os "louros" ninguém ligou a dizer "olhe, parabéns por o seu desempenho

enquanto profissional" e deveria ter sido feito e contra mim falo." (Pessoa de Referência, CRI, C 16)

Neste excerto é patente não ter ocorrido um momento para a realização de uma avaliação dos resultados, o que é reconhecido pela pessoa de referência, apesar de valorizar todo o trabalho desenvolvido pelo técnico de reinserção.

4.4.3. Análise do impacto da intervenção

Gráfico 69. Impacto da intervenção no pilar da Participação (N=24)



A intervenção dos técnicos de reinserção procura, a todo o momento, promover o envolvimento de todos os atores no processo de reinserção, para que este seja participado e sustentável. O cidadão com CAD, enquanto ator do seu próprio processo de mudança, deve construir o seu itinerário, com o apoio do técnico de reinserção. Os familiares ou outras pessoas que sejam significativas têm aqui um papel fundamental, pelo que a sua participação e colaboração é desejada e promovida.

Neste âmbito, foram verificadas referências a melhorias relevantes no âmbito da participação em 24 entrevistas, sendo que apenas em uma houve referências à inexistência de impacto. (Gf. 69)

Os resultados positivos traduziram-se essencialmente por um maior apoio por parte de familiares ou outras pessoas significativas (10), tal como relatado nos excertos onde a participação de familiares é valorizada e tida como essencial para dar suporte ao processo.

"Aumentou, desde que a minha mãe ficou doente e apareceu o meu cunhado sentiu um grande suporte e disponibilidade para me ajudar, bem como o meu filho e o meu sobrinho."

(Utente, CRI, C 13)

"Principalmente o pai, fez muitos contactos a partir daí.

Estava a conhecer quais eram as dificuldades. Antes não tinha conhecido o pai. Nunca veio às consultas. A partir daí já o acompanhou mais às consultas, acompanhou no processo de integração noutra comunidade." (Técnico de Reinserção, UA, C 05)

O aumento do envolvimento do utente no seu próprio processo de reinserção é também referenciado: mais consciência ao nível de direitos e deveres (9), maior responsabilidade (8), adesão ao tratamento (3) e concretização dos objetivos definidos no Plano Individual de Inserção (2).

Este envolvimento traduz-se no sentimento de maior cidadania, ou por exemplo de maior responsabilização pelas mudanças esperadas e contratualizadas com o técnico de reinserção.

"Ensinaram-me a ter voz ativa naquilo que eram os meus direitos, que eu falasse, que eu contestasse, isto fez-me um ser humano mais esclarecido." (Utente, CRI, C 12)
"Tenho tentado cumprir o combinado com a técnica de reinserção, pois tenho total confiança no seu trabalho e sei

que me quer apoiar. Tenho estado sempre presente nas consultas, vou sempre às entrevistas que a técnica de reinserção marca, sei que tem que ser um trabalho conjunto, eu também tenho que querer mudar a minha situação."

(Utente, CRI, C 13)

Relativamente à inexistência de impacto, esta verificou-se nas situações em que não foi conseguido o esclarecimento sobre direitos e deveres, como resultado do acompanhamento realizado (3).

4.4.4. Avaliação da participação de familiares

Em simultâneo ao acompanhamento individual das pessoas com CAD em processo de reinserção, é fundamental que ocorra o acompanhamento da família (familiares ou sempre que não existam, outras pessoas que sejam significativas para o cidadão com CAD). Esta intervenção junto dos familiares permite, através de um acompanhamento próximo, conhecer o funcionamento da família, apoiando-a na criação de estratégias de superação de dificuldades em cada momento do processo e implicando-a na recuperação do familiar. É importante que a família conheça e aceite as dificuldades associadas à reabilitação, e que adquira competências para melhor gerir e acompanhar todo o processo.

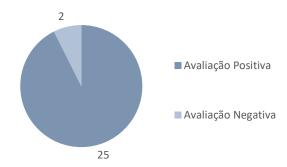
De acordo com o MIR "(...) não basta intervir com o indivíduo, é fundamental que o sistema familiar acompanhe as mudanças em curso e que ele próprio se disponha a mudar, e saiba como fazê-lo"³.

Neste âmbito, os técnicos procuram efetuar um acompanhamento dos elementos da família, seja em consulta individual, seja em visita domiciliária, de forma a proporcionar mais conhecimentos sobre o processo de tratamento do seu familiar, envolvendo-os neste processo, estimulando a comunicação na família e intervindo, sempre que necessário, na resolução de conflitos.

No âmbito desta investigação e da escolha dos casos a estudar, procurou-se incluir casos onde houvesse envolvimento da família, de forma a podermos conhecer a intervenção desenvolvida no nível Meso. Assim, as entrevistas realizadas procuraram avaliar a perceção dos entrevistados sobre a participação dos familiares, sejam os técnicos, os utentes ou os próprios familiares.

Foram obtidas perceções sobre a participação da família em 26 entrevistas, conforme gráfico 70:

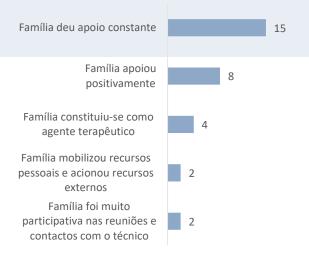
Gráfico 70. Avaliação da participação de familiares no processo (N=26)



A avaliação da participação de familiares no processo de reinserção é absolutamente positiva, apenas em duas entrevistas foram referidas apreciações de carácter negativo (mas apenas em uma entrevista existiu avaliação negativa em exclusivo).

³³ In Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009), Linhas Orientadoras para a Intervenção Social – Modelo de Intervenção em Reinserção, Lisboa, p. 12.

Gráfico 71. Avaliações positivas da participação dos familiares (N=25)



Relativamente às apreciações positivas (Gf. 71), verifica-se que a família prestou um apoio constante (15) e considerado como muito positivo (8). Os utentes transmitem estas ideias nos seus relatos, realçando a importância de terem o apoio da família.

"Bom acompanhamento. A minha mãe está sempre comigo.

Ajuda-me em tudo, acompanha-me em tudo. Percebe a
minha doença. É uma boa relação." (Utente, CRI, C 01)

"Muito importante se não fosse a minha mãe no início, o
meu cunhado, o meu sobrinho e mesmo o meu filho que vive
em XXX eu não sei como estaria." (Utente, CRI, C 13)

Em algumas situações, a família constituiu-se como agente terapêutico (4 entrevistas), o que vem demonstrar a importância desta participação para o sucesso do processo de tratamento e reinserção. O apoio na toma da medicação e o acompanhamento nas consultas, assegurando a presença do utente, são alguns dos exemplos deste papel desempenhado pela família, conforme excertos:

"A minha esposa tem-me ajudado muito vem comigo às consultas, telefona à Dra. sempre que tem dúvida é ela quem me dá a medicação." (Utente, UA, C 15)

"Ele próprio veio procurar o apoio, depois para ele vir às consultas, ele marcava e não comparecia, foi assim que

comecei a vir, vinha com ele. [...] vinha tarde, fugia-me, mas vinha e daí foi assim que eu comecei a vir, a andar mais em cima, vir cá e andar com ele." (Familiar, CRI, C 18)

Por outro lado, através desta participação foi possível mobilizar recursos na própria família e acionar outros recursos no exterior (2). Foi ainda assinalado o carácter participativo da família nos contactos e reuniões com o técnico de reinserção (2).

Por fim, importa referir as reduzidas **apreciações negativas** à participação da família. Foram referidas 3 categorias: o desgaste familiar; as dificuldades no acompanhamento dos familiares devido à idade avançada ou devido à distância geográfica que separa o domicílio das instalações da UIL. Estas categorias são de referência única.

Quando os familiares têm idade avançada, o acompanhamento torna-se mais desafiante, pois pode existir uma maior dificuldade em compreender a situação e a problemática dos CAD, tal como é referido pelo técnico de reinserção de um CRI. Também as deslocações ao acompanhamento podem ser problemáticas nesta situação.

"Eu acho que a maior dificuldade aqui desta situação, tinha muito a ver com esta questão da idade dos pais. A forma de entender as coisas de uma maneira diferente." (Técnico de Reinserção, CRI, C 17)

O desgaste familiar traduz-se no cansaço sentido pelo tempo investido nos sucessivos acompanhamentos, que acabam por não atingir os resultados esperados, de acordo com o relato de um familiar:

"Sinto que quando vem cá a coisa vai correr bem e que tem aquele apoio mas ele vem tudo bem dá-lhe aquele apoio fica tudo muito bem, mas volta com mais coisas, eu digo; "Eu acabo por já não ir a lado nenhum e faz a vida que quiseres".

Porque eu fico mesmo estafadinha, eu perdi muito trabalho para vir andar aqui com ele às consultas, umas vezes estava outras vezes não estava eu sem ele não podia fazer nada, muitas vezes ia de volta." (Familiar, CRI, C 18)

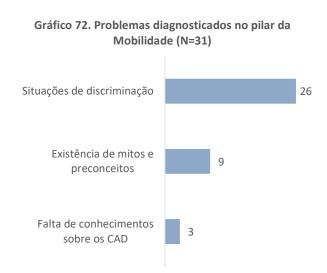
4.5. Pilar da Mobilidade. Alteração das representações associadas aos CAD e a mobilidade dos sistemas sociais

"O fim último da intervenção é atingir a mobilidade dos sistemas sociais. Este conceito, neste contexto, assenta num movimento de transição entre a mudança individual e a mudança coletiva com vista à alteração das representações associadas aos CAD. De acordo com o MIR, os sistemas sociais carecem de acompanhamento e de intervenção continuada tendo em vista uma atitude menos preconceituosa em relação aos consumidores de substâncias psicoactivas em recuperação e a potenciação das experiencias de inserção (IDT, 2009a:11-12). Os preconceitos e tabus face ao fenómeno das dependências de substâncias psicoativas, particularmente as ilícitas, constituem um forte entrave ao surgimento de oportunidades e às possibilidades de inserção. A desmistificação de mitos face aos CAD e a alteração das representações negativas das instituições, entidades empregadoras, comunidade em geral é fundamental para a construção de uma cultura de responsabilidade social e participação na procura de soluções para os problemas comunitários. Trata-se, a este nível, da desmontagem de estereótipos perpetuadores de situações de exclusão, numa lógica de mobilidade social (LÓ, 2011:54)". (Almeida e Carvalho et al., 2014, 28)

4.5.1. Análise do diagnóstico social efetuado

Foram identificadas referências a problemas relacionados com a existência de preconceitos sobre os CAD e sobre as pessoas que consomem drogas em 31 das 51 entrevistas (Gf. 72). Em 10 entrevistas foi expressamente referido que não existiram problemas nesta área.

Os entrevistados assinalam sobretudo situações de discriminação (26), assim como a existência de mitos e preconceitos (9) e a falta de conhecimentos sobre os comportamentos aditivos e as dependências (3). De seguida são analisadas com mais detalhe.



Caracterização das situações de discriminação por contexto

Da caracterização das situações de discriminação (Gf. 73), é possível verificar que estas se distribuem pelo contexto institucional (4), o laboral 4), o familiar (5) e o comunitário (20), sendo este último o contexto mais relevante para a ocorrência destas situações.

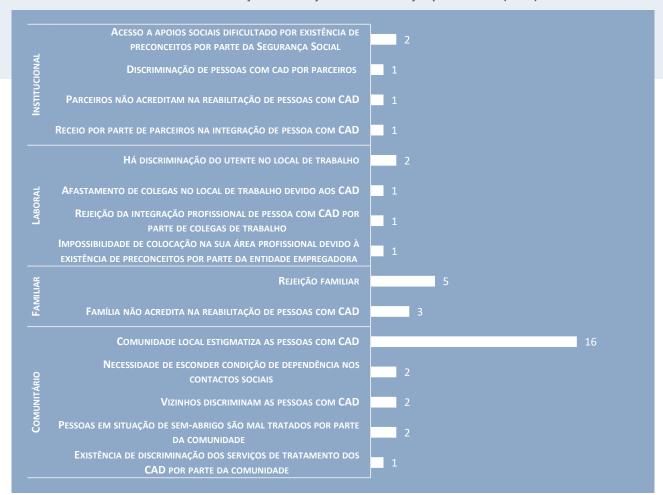


Gráfico 73. Caracterização das situações de discriminação por contexto (N=26)

• Contexto comunitário

Neste contexto, a estigmatização das pessoas com CAD (16) por parte da comunidade local é o problema com mais relevância. Os relatos demonstram que esta problemática não é aceite pela comunidade e que há discriminação por parte de vizinhos, conhecidos e desconhecidos.

"A opinião é negativa. Muito negativa, principalmente no meio onde nós vivemos. [...] Discriminam. Inclusive a própria família." (Familiar, CRI, C 01)

"Sim. Por exemplo, ir ao supermercado comprar um pacote de vinho e não mo quererem vender. Esse tipo de coisas. E na rua, sentir a chacota: olha os bêbados! Esse tipo de questões, assim." (Utente, CRI, C 03)

Podem observar-se outras situações como a necessidade de esconder a condição de dependência nos contactos sociais (2), os vizinhos que discriminam as pessoas com CAD (2), pessoas em situação de sem-abrigo que são maltratadas por parte da comunidade (2). Também os serviços de tratamento dos CAD são alvo de discriminação por parte da comunidade (1).

Contexto familiar

No contexto familiar são identificadas situações de rejeição familiar (5) e situações em que a família não acredita na reabilitação de pessoas com CAD (3).

"Há um tempo atrás quando a minha filha foi internada, tentei recorrer aos familiares para pedir dinheiro, a duas tias, à minha outra filha e eles respondiam: ela que beba água. Não se preocupam saber, telefonar. Perguntar pela minha filha. Não se preocupam em telefonar para mim, para saber como ela está. Não há compreensão nesta situação.

Não há." (Familiar, CRI, C 01)

"A ideia que ela tem é que se quiserem sair da adição, conseguem largar as drogas. Ela também tem outra ideia, parece que é uma doença que se pega. Eu lembro-me quando fui para a rua, no início fui buscar a minha roupa e perguntei-lhe se me dava boleia (ela estava de carro, estava a sair) ela foi buscar à mala uma toalha pôs no banco da frente para eu me sentar." (Utente, CRI, C 02)

Contexto institucional

Neste contexto, observam-se situações de discriminação no acesso a apoios sociais por existência de preconceitos por parte da Segurança Social (2). Pode observar-se ainda, a discriminação de pessoas com CAD por parceiros (1), parceiros que não acreditam na reabilitação de pessoas com CAD (1) e o receio por parte dos parceiros na integração de pessoas com CAD (1).

"Por isso, digo que é muito difícil trabalhar com a Segurança Social, precisamente pela perspetiva punitiva que a mesma tem das respostas que dão." (Técnico de Reinserção, CRI, C 02) "Em algumas situações o advocacy era a arma, arma de numa fase inicial ser quase a defesa da pessoa. Íamos acompanhar para não ser maltratado, para ser bem recebido, como se ele sozinho não tivesse o direito de ser bem tratado mas isso acontecia muitas e muitas vezes precisamente para irmos quebrando o gelo com as instituições que não estavam, pronto de certa maneira, não estavam preparadas." (Técnico de Reinserção, C 18)

Contexto laboral

A discriminação do utente no seu local de trabalho (2), o afastamento de colegas no local de trabalho devido aos CAD, a rejeição da integração profissional de pessoa com CAD por parte de colegas de trabalho, a impossibilidade de colocação na sua área profissional devido à existência de preconceitos por parte da entidade empregadora, são situações de discriminação observadas no contexto laboral.

"Ainda hoje na Câmara há pessoas que têm isso em conta e têm uma ideia errada das pessoas, rotulam as pessoas. No espírito de equipa, não trabalho com colegas meus porque eu sei que eles fazem uma diferenciação por mais que eu me adapte e cumpra as minhas obrigações." (Utente, CRI, C 17)

Caracterização das situações onde existem mitos e preconceitos

Os problemas associados ao pilar da mobilidade manifestam-se também pela existência de mitos e preconceitos, que muitas vezes condicionam as atitudes e os comportamentos das pessoas, conduzindo a situações de efetiva discriminação (Gf. 74).

Existem mitos e preconceitos sobre a comunidade cigana (5), sobre as pessoas com CAD (4) e sobre as pessoas em situação de sem-abrigo (1). De acordo com os relatos dos entrevistados, estes preconceitos manifestam-se, por exemplo, quando é necessário ativar um recurso e articular com uma entidade parceira.

Gráfico 74. Caracterização das situações onde existem mitos e preconceitos



"A única modificação talvez que eu possa frisar é que houve alguma fricção quando me apresentei como sendo do serviço de tratamento e dependências. Portanto, ainda há aqui o fantasma do toxicodependente." (Técnico de Reinserção, CRI, C 08)

"Havia sempre muitas também e muitos preconceitos externos. E esse também foi um trabalho que fomos conquistando ao longo do tempo e na altura apesar de se explicar toda a situação, que o utente precisava só de um pouco para ajudar ao subsídio de desemprego para poder fazer um tratamento, houve muitos obstáculos que ocorreram." (Técnico de Reinserção, CRI, C 18)

A Falta de conhecimentos sobre os CAD

No subcapítulo referente à capacitação, o desconhecimento da problemática associada aos comportamentos aditivos e dependências já foi abordado. Foi identificado este desconhecimento nos familiares e entidades parceiras. Nesta categoria pretende-se representar este mesmo desconhecimento, mas manifestada por membros da comunidade.

"Na minha maneira de ver, isto devia de ser exposto, as pessoas deviam de saber, de falar sobre isto mais. Mostrar que há conhecimentos e há sítios onde se tratar. É que há muita gente escondida aí, que sabe Deus o que se passa em casa." (Familiar, UA, C 10)

A falta de conhecimentos sobre os CAD a nível da comunidade, manifestado em 3 entrevistas, traduz-se no desconhecimento geral sobre a doença, mas também sobre os recursos existentes ao nível do tratamento dos CAD.

4.5.2. Perceções dos entrevistados sobre os CAD

Mesmo não sendo a avaliação das perceções sobre os comportamentos aditivos e dependências um objetivo definido à partida, o discurso dos técnicos de reinserção, dos utentes e dos familiares entrevistados deixou transparecer as perceções dos intervenientes no processo de reinserção sobre a problemática dos CAD. As referências encontradas no discurso têm relação com as perceções dos próprios entrevistados, mas também dos demais atores que, de alguma forma, fazem parte do contexto onde se enquadram os casos em estudo. Por exemplo, vizinhos, políticos, pessoas conhecidas, a própria comunidade como um todo são referidos neste âmbito.

Para efeitos de análise das diferentes perspetivas sobre os CAD, foram criadas duas categorias que dividem as opiniões de acordo com a sua adequabilidade ou não face à compreensão da problemática.

Foram registadas perceções sobre os CAD em 28 entrevistas, de um total de 51 (Gf. 75).

Gráfico 75. Perceções sobre os CAD (N=28)

Percepções
desadequadas à
compreensão da
problemática

19 Percepções
adequadas à
compreensão da

problemática

Assim, de acordo com os entrevistados, as perspetivas existentes sobre os CAD são sobretudo desadequadas à compreensão da problemática (56%). Isto significa que em grande parte das perceções existem preconceitos sobre os CAD, mitos e crenças ou ainda a falta de compreensão do problema como uma doença.

No gráfico 76 são apresentadas em pormenor estas perceções, que se verificaram em 19 entrevistas:

Gráfico 76. Perceções desadequadas à compreensão da problemática (N=19)



Verificamos que a problemática dos CAD mantém-se associada ao estigma e produz nas pessoas um conjunto de preconceitos associados (11). Esta questão é salientada pelo técnico de reinserção de uma CT, referindo-se à sua experiência de articulação com entidades parceiras.

"Na articulação com algumas instituições ainda existe muito estigma, muito mesmo. Muito estigma, muitos equívocos.

Muitas questões morais. Tento sempre nesta minha articulação, passar a mensagem de que as pessoas não consumem porque querem. Isto é uma doença. As pessoas precisam de ser ajudadas." (Técnico de Reinserção, CT, C 04)

Há ainda falta de compreensão do problema como uma doença (6), tal como é referido pelo utente de um CRI:

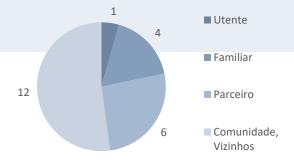
"Muitas pessoas acham que nós consumimos porque queremos, que o problema é nosso e que não têm que ser elas a pagar para os nossos vícios." (Utente, CRI, C 13) A falta de conhecimentos e compreensão sobre a problemática dos CAD faz com que existam preconceitos sobre as pessoas que consomem drogas (5). Por exemplo, são consideradas cobardes, fracas, incapazes, "malandras", conforme observamos no relato da utente de uma CT, referindo-se ao que ela própria achava no passado sobre as pessoas que consomem drogas ou ainda no relato do utente de um CRI.

"Quando era adolescente era contra as drogas. As minhas amigas dessa altura nem querem acreditar. Diria que isto nunca me iria acontecer. Consegui perceber agora que tenho esta doença. [...] Na minha adolescência zangava-me com um primo que consumia drogas (agora toma metadona) – eu tinha ideia que as pessoas que tomavam drogas eram cobardes, fracas." (Utente, CT, C 14)
"Por vezes falo com um conhecido que é polícia e penso que existe uma mentalidade quase dividida entre aqueles gajos que não querem trabalhar [...] malandros e aqueles é pá meteram-se naquilo, primeiro começaram com um charro e quando deram por eles já estavam na lama." (Utente, CRI, C 13)

Foram ainda reportadas outras perspetivas, que se prendem com a desvalorização de consumos de álcool e medicamentos ou de comportamentos de jogo (3), que não são vistos da mesma forma como o consumo de substâncias ilícitas, a falta de informação sobre os CAD na comunidade (2) ou negação da existência da problemática no local (1).

De forma a melhor compreender a ocorrência de perceções desadequadas, procurou-se perceber a sua origem através da identificação da referência do discurso. No discurso dos entrevistados é possível identificar os diferentes atores envolvidos no processo, tais como os utentes, as famílias, os parceiros e a comunidade (onde se incluem as redes de vizinhança). No gráfico 77 apresentam-se a distribuição das perceções desadequadas de acordo com os diferentes atores referenciados:

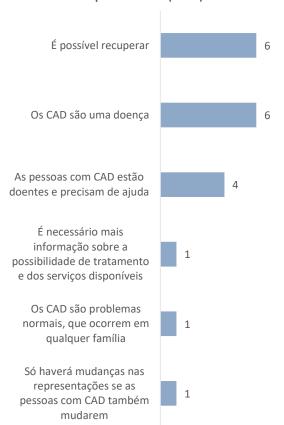
Gráfico 77. Perceções desadequadas à compreensão da problemática, por referência do discurso (N=19)



É na rede comunitária e de vizinhança que se encontram grande parte das perceções desadequadas sobre os CAD, identificadas em 12 entrevistas. As entidades parceiras também são referenciadas como detentoras de perceções desadequadas (6), assim como a família (4).

No que se refere às perspetivas tidas como adequadas à compreensão da problemática, estas surgem referidas em 15 entrevistas e apresentam-se no gráfico 78:

Gráfico 78. Perceções adequadas à compreensão da problemática (N=15)



Considera-se que os CAD são uma doença (6), da qual é possível recuperar (6), desde que as pessoas com CAD obtenham a ajuda necessária (4). No entanto, é necessário mais informação sobre a possibilidade de tratamento e sobre os serviços disponíveis (1). Outras perceções apontam para o encarar do problema com algo normal (1) e para o reconhecimento de que a mudança nas representações das pessoas só poderá ocorrer se também houver mudança por parte das pessoas com CAD (1). Na opinião do técnico de reinserção de um CRI, o exemplo proporcionado pelos resultados positivos atingidos permite criar uma visão mais positiva por parte da comunidade sobre as pessoas que consomem drogas, mostrando que é possível recuperar.

"Eu acho que quando, enfim, o trabalho tem resultados positivos e eu acho que isso tem uma visão positiva também pela parte da comunidade, e esses exemplos acabam por reforçar a ideia que independentemente dos problemas específicos que esta população tem, enfim, de todo o estigma que muitas vezes encerra toda esta dimensão eu acho que é possível que estes exemplos traduzam, de facto, numa visão mais positiva, numa atitude mais criativa.

(Técnico, CRI, C 06)

"Quando conheci o Carlos, quase que não era humano [...]
andava a vegetar e cheguei à conclusão que desde que estes
indivíduos tenham familiares a ajudá-los e com suporte
técnico, eles seguem em frente, fazem um caminho normal.
Se não for agora é daqui a um ano ou dois, o que é certo é
que eles vêm do fundo de um poço até cá acima lentamente
se tiverem alguém que esteja interessado em percorrer este
caminho longo e difícil com o próprio." (Familiar, CRI, C 13)

Como fica evidente deste último excerto do discurso de um familiar, a existência de perceções adequadas sobre os CAD não é alheia a todo o trabalho desenvolvido no acompanhamento do utente e da sua família. A modificação das perceções sobre os CAD e sobre as pessoas que consomem drogas resulta de um maior conhecimento sobre a problemática e da capacitação que vai sendo conseguida ao longo do processo de acompanhamento pelo técnico de reinserção.

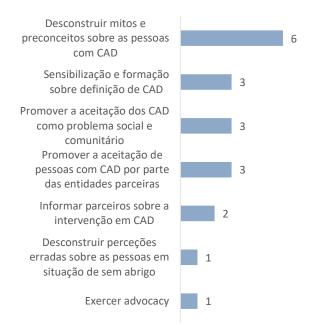
4.5.3. Análise dos processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

Estratégias de promoção da alteração de representações associadas aos CAD (pilar da Mobilidade)

O conceito de Mobilidade "assenta num movimento de transição entre a mudança individual e a coletiva com vista à alteração das representações associadas aos CAD" (Almeida e Carvalho et al, 2018:53). É neste contexto que se pretende valorizar os processos de reinserção, garantir a continuidade das respostas e através de uma intervenção sistemática de desmitificação de mitos e crenças em torno dos CAD, aliás "o fim último da intervenção é atingir a MOBILIDADE dos sistemas sociais" (Almeida e Carvalho et al, 2018:53).

No gráfico 79, no que diz respeito às Estratégias de Intervenção desenvolvidas no pilar da Mobilidade, podemos verificar que esta temática foi abordada em 8 entrevistas, destacando-se a problemática da desconstrução de mitos e preconceitos sobre as pessoas com CAD (6).

Gráfico 79. Estratégias de Intervenção desenvolvidas no pilar da Mobilidade (N=8)



De acordo com os relatos dos técnicos de reinserção, este trabalho de desmistificação de questões associadas aos CAD é efetuado através da comunicação próxima com entidades parceiras, fornecendo toda a informação necessária sobre a problemática de forma a diminuir a carga negativa e motivar para uma participação efetiva no processo. Esta é uma condição necessária para que as pessoas com CAD possam ter acesso a um tratamento justo e equitativo por parte das instituições, na opinião de um dos técnicos de reinserção.

"Enfim, foram essas as estratégias que nós desenvolvemos, sobretudo, estabelecer uma comunicação com estas entidades que permitisse a aceitação e quebrar aqui alguns mitos e algumas crenças, falsas crenças e alguns preconceitos que são sempre um obstáculo. [...] Eu quis a comunidade e a instituição em questão de alguma forma fosse capaz de olhar para este utente, como olha para qualquer um dos outros funcionários. No fundo, foi desdramatizar esta, enfim, este estigma que muitas vezes ocorre, que é naturalmente um obstáculo." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

"Foi autarquias, as empresas [...] este trabalho, numa primeira fase existe, pode-se até dizer que há a sedução a outros técnicos e outras instituições, é na base da sedução mesmo, para esta importância para a mobilização conjunta, acaba-se por, nós técnicos que trabalhamos nas dependências temos quase o dobro da exigência de passar aos outros esta sedução para a nossa problemática, nossa população precisamente para elas estarem mais envolvidas para poder depois em conjunto então apoiar as pessoas da melhor maneira e para que as pessoas possam ser tratadas com igualdade, com respeito, com a dignidade que merecem." (Técnico de Reinserção, CRI, C 18)

Foram ainda sinalizadas outras estratégias associadas a esta questão, tais como a sensibilização e formação sobre definição de CAD, a promoção da aceitação dos CAD com problema social e comunitário e a promoção da aceitação de pessoas com CAD por parte das entidades parceiras.

Também é notada a existência de preconceitos sobre as pessoas em situação de sem-abrigo e são desenvolvidas estratégias para a sua desconstrução. O exercício da *Advocacy* é mencionado apenas em uma entrevista.

4.5.4. Análise do impacto da intervenção

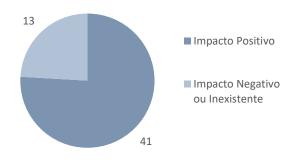
Relativamente ao impacto da intervenção desenvolvida no pilar da Mobilidade, registam-se 42 entrevistas com referências a efeitos da intervenção na alteração das representações associadas aos comportamentos aditivos e dependências (CAD).

Sabemos que a existência de preconceitos e tabus face ao fenómeno das dependências de substâncias psicoativas, particularmente as ilícitas, constituem um forte entrave ao surgimento de oportunidades e às possibilidades de inserção, pelo que as mudanças verificadas a este nível são sinais extremamente importantes.

De acordo com o MIR, os sistemas sociais carecem de acompanhamento e de intervenção continuada tendo em vista uma atitude menos preconceituosa em relação aos consumidores de substâncias psicoactivas em recuperação e a potenciação das experiências de inserção (IDT, 2009a:11-12).

De acordo com o gráfico 80, 76% das entrevistas referenciam um impacto positivo, sendo que em 24% das entrevistas há referências à inexistência de qualquer impacto.

Gráfico 80. Impacto no pilar da Mobilidade (N=42)



Relativamente ao impacto positivo (41 entrevistas), as categorias foram organizadas por dimensões: familiar, comunitária e institucional (Gf. 81).

Gráfico 81. Impacto positivo no pilar da Mobilidade (N=41)



limpacto positivo na dimensão familiar

O impacto positivo da intervenção no pilar da mobilidade incide sobretudo na dimensão familiar, já que 26 das entrevistas apresentam referências neste âmbito (Gf. 82).

De acordo com o gráfico 82, verifica-se a alteração das representações dos familiares sobre CAD (21), o que significa que a intervenção desenvolvida permitiu desmistificar mitos e crenças sobre as substâncias e o seu consumo, contribuindo para uma visão mais ajustada sobre a problemática e, consequentemente para a alteração de comportamentos na relação com o seu familiar. Esta alteração na visão sobre o problema é observada no discurso de um familiar:

"Eu achava que a droga não era uma doença, que era um vício que eles poderiam controlá-lo, dizer não. Bastava dizer que não, não quero. Está-me a fazer mal, não quero. Eu ao longo destes tempos eu aprendi que a droga além de ser um vício, uma adição, que vira uma doença e que é importante tratá-la como qualquer outra doença, não é? Sendo esta, também uma doença grave." (Familiar, CRI, C 06)

Por outro lado, é assinalado ainda como impacto positivo o aumento da confiança por parte da família (2), assim como o reconhecimento das mudanças atingidas pelo seu familiar (2), entre outras categorias de referência única.

Gráfico 82. Impacto familiar (N=26)



A Impacto positivo na dimensão comunitária

O impacto positivo ao nível comunitário apresenta também uma expressão relevante em termos de número de entrevistas que o referenciaram (23).

De acordo com o gráfico 83, a categoria mais mencionada (em 14 entrevistas) foi a alteração das representações de membros da comunidade.

À semelhança do referido a respeito da família, também ao nível comunitário existe mais informação sobre os comportamentos aditivos, o que permite a mudança de representações sobre esta matéria por parte de pessoas que integram a comunidade. Esta alteração traduz-se na melhoria do relacionamento com estas pessoas, assim como em mais oportunidades ao nível do emprego, por exemplo, tal como é relatado pelo utente de um CRI:

"Em tudo. No ambiente de trabalho, em pessoas que eu lido no dia-a-dia, outros conhecimentos que tive entretanto. [...] Não teria essa reação nem teria esses objetivos, nem outros trabalhos que me aparecem. Se calhar as pessoas nessa altura não me procuravam e agora já me procuram." (Utente, CRI, C 11)

Também é salientada a valorização do utente pelo seu percurso de sucesso (8), sendo que este reconhecimento inspira outras pessoas com CAD a procurar ajuda (3). Este aspeto é referido por um utente de uma CT, que considera que os vizinhos alteraram as suas representações sobre os CAD devido ao seu exemplo de mudança.

"Sim mudou. Eu vejo isso nos meus vizinhos, mais uma vez. Com o meu exemplo. O facto de estar cá internada e chegar lá e ver que a minha vida é completamente diferente." (U., CT, C 04)

Outro efeito relevante da intervenção que se verifica ao nível da comunidade é a alteração de comportamentos face às pessoas com CAD, podendo ter sido resultado da mudança ocorrida nas representações destes membros da comunidade. Por exemplo, o facto de o cidadão com CAD assumir o seu papel de plenos direitos e deveres, estando integrado profissionalmente, fez com que a comunidade o reconhecesse, o valorizasse.

"Nem são as pessoas mais próximas, no geral todas as pessoas sabem que eu trabalho, estou a contribuir para o bem-estar da sociedade. Há uma valorização nem sequer é da parte das pessoas mais chegadas, é a nível mais geral."

(Utente, CRI, C 17)

Também o conhecimento existente na comunidade sobre os CAD e sobre os serviços especializados aumentou (3).

Gráfico 83. Impacto comunitário (N=23)



la Impacto positivo na dimensão institucional

Gráfico 84. Impacto institucional (N=14)



Por fim, verifica-se ainda impacto institucional, relativo a mudanças que ocorreram dentro das instituições parceiras e referenciado em 14 entrevistas (Gf. 84).

Com efeito, na opinião dos entrevistados, as entidades parceiras demonstraram-se mais informadas sobre a

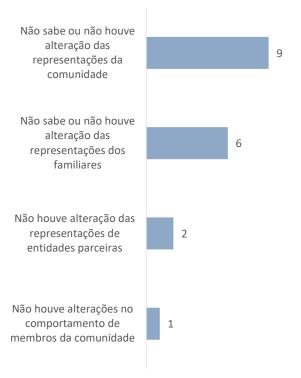
problemática e com atitudes menos preconceituosas face às pessoas com CAD, tal como é referido por um técnico de reinserção de um CRI:

"Sim, eu acho que houve, de facto, a perceção de que em determinadas alturas o trabalho desenvolvido, os conhecimentos e as competências adquiridas ajudaram as instituições a ter uma atitude mais assertiva perante o utente. [...] através da comunicação e das competências que a entidade foi desenvolvendo que foram integradas de uma forma não preconceituosa e de alguma forma descontaminadas de uma certa desconfiança face a este tipo de população." (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)

Outros resultados atingidos foram a melhoria do relacionamento da pessoa com CAD com as entidades parceiras (2), a valorização da articulação institucional (1) e o aumento de conhecimentos sobre os serviços especializados em CAD (1).

Impacto inexistente

Gráfico 85. Impacto inexistente no pilar da Mobilidade (N=13)



Apesar dos resultados atingidos neste pilar da mobilidade serem muito prevalentes nas entrevistas realizadas, também foram identificadas referências à inexistência de resultados da intervenção desenvolvida, nomeadamente em 13 entrevistas (Gf. 85).

Em 9 entrevistas foram identificadas referências ao facto da intervenção não ter conseguido produzir mudanças nas representações das pessoas da comunidade envolvente face aos CAD e às pessoas que consomem drogas. Este facto é referido por um utente de um CRI, que sente que as pessoas da comunidade continuam a vê-lo de forma negativa e preconceituosa, apesar da mudança ocorrida na sua vida.

"Não influenciou, não influenciou porque as pessoas pensam sempre assim "ah é um coitadinho, um parasita." (Utente, CRI, C 06)

Também relativamente aos familiares, em 6 entrevistas, foi referido não terem ocorrido alterações a este nível.

Trata-se de avaliar a mudança de atitudes, comportamentos e representações sobre os CAD, o que nem sempre é possível aferir com rigor. Por esta razão, alguns dos entrevistados apresentam uma posição cautelosa relativamente às mudanças ocorridas, referindo que não sabem se houve alterações nas representações de familiares ou de membros da comunidade. Situação semelhante é referida pela utente de uma CT, que refere não sentir mudanças na forma como é tratada pelas suas vizinhas, apesar de ter a certeza que é vista de forma diferente agora que está em tratamento.

"As vizinhas já me vêm de maneira diferente, vêm, mas continuam à minha frente a olhar-me de maneira igual, para eu me sentir [...] não sei se está a perceber!? Elas já se aperceberam que eu melhorei, mas perante mim, quando passam por mim vêm-me na mesma como aquela coitadinha, para eu me sentir inferiorizada." (Utente, CT, C 04)

5. O papel dos parceiros na reinserção de pessoas com CAD

Foram recolhidos 21 questionários a entidades parceiras que participaram e estiveram envolvidas nos processos de reinserção dos 18 casos em estudo. A sua caracterização foi apresentada no capítulo 2.5 (pág. 46). Apresenta-se de seguida a análise das restantes variáveis do questionário, divididas em 5 grandes grupos: a caracterização da pessoa responsável pelo acompanhamento; a caracterização do acompanhamento que foi efetuado ao utente; a caracterização da articulação interinstitucional que foi estabelecida; a caracterização da participação do utente e a caracterização da participação da entidade parceira no processo de reinserção.

5.1. Caracterização do responsável pelo acompanhamento

• Formação académica, função na instituição e área de formação

As pessoas que, em cada entidade parceira, foram responsáveis pelo acompanhamento que foi realizado ao longo do processo de reinserção desempenham, na sua maioria, funções de técnico (90,5%). Apenas dois destes elementos tinham funções de dirigente (tabela 5).

Relativamente à formação académica, verifica-se que quase todos os responsáveis pelo acompanhamento têm uma licenciatura ou um mestrado (95,2%).

Tabela 5. Função e formação académica dos responsáveis pelo acompanhamento (N=21)

Função na entidade					
Formação académica	Técnico	Dirigente	Total %		
Licenciatura	12	1	13 61,9%		
Mestrado	6	1	7 33,3%		
NR	1		1 4,8%		
Total	19	2	21 100%		
%	90,5%	9,5%	100%		

Relativamente à área de formação, obtiveram-se apenas 14 respostas (2/3 dos questionários entregues). Destas, salienta-se que os responsáveis pelo acompanhamento são formados na área das ciências humanas e sociais, sendo 33,3% da área da Psicologia e 28,6% da área do Serviço Social (tabela 6).

Deste modo, a maioria dos inquiridos desempenha funções de técnico e possui licenciatura, na sua totalidade, na área das ciências sociais e humanas.

Tabela 6.Área de formação dos responsáveis pelo acompanhamento (N=21)

ÁREA DE FORMAÇÃO	TOTAL	%
Psicologia	7	33,3%
Serviço Social	6	28,6%
Educação Social	1	4,8%
NR	7	33,3%
Total	21	100%

5.2. Caracterização do Acompanhamento

5.2.1. Início do processo de acompanhamento do utente na organização

No sentido de perceber qual a origem do encaminhamento que deu início à articulação interinstitucional e ao acompanhamento do utente na entidade parceira, foi colocada a questão "Como se iniciou o acompanhamento do utente na organização" (tabela 7).

Quase metade das respostas obtidas a esta questão referem que a iniciativa do encaminhamento foi do técnico de reinserção do CRI, UA ou CT que estava a acompanhar o utente no seu processo de reinserção (47,6%).

No entanto, os encaminhamentos também ocorrem por iniciativa do próprio utente (14,3%), de outra instituição (9,5%), de terceiros (9,5%) ou da própria instituição (9,5%).

Tabela 7. Como se iniciou o acompanhamento por natureza da entidade (N=21)

	NATUREZA DA ENTIDADE			
Como se iniciou o acompanhamento	Entidade privada		Total	%
Encaminhamento por técnico do CRI/UA/CT	5	5	10	47,6%
Encaminhamento por outra instituição	1	1	2	9,5%
Através do próprio utente	2	1	3	14,3%
A pedido de terceiros	2		2	9,5%
Por iniciativa da própria organização	1	1	2	9,5%
Outro	1	1	2	9,5%
Total	12	9	21	100%

5.2.2. Periodicidade do acompanhamento prestado ao utente

No que se refere à periocidade do acompanhamento dos utentes (tabela 8), verificamos que as duas categorias mais assinaladas são os acompanhamentos diários (38,1%) e os acompanhamentos ocasionais (33,3%). Se analisarmos estes resultados segundo a natureza da entidade onde é prestado o acompanhamento, verificamos que em 7 entidades privadas (58,3%) os acompanhamentos têm uma periodicidade diária, enquanto nas entidades públicas os acompanhamentos ocasionais são os mais referidos.

Estes resultados podem indicar que o acompanhamento que é realizado nas entidades privadas é, de alguma forma, mais próximo, por ser mais frequente.

Tabela 8. Periodicidade do acompanhamento por natureza da entidade (N=21)

N ATUREZA DA ENTIDADE				
Periodicidade do acompanhamento	Entidade privada	Entidade pública	Total	%
Diário	7	1	. 8	38,1%
Semanal	1	2	3	14,3%
Mensal		2	. 2	9,5%
Ocasional	3	4	7	33,3%
Acompanhamento sistemático adequado às necessidades	1		1	4,8%
Total	12	9	21	100%

5.2.3. Participação das entidades no processo de reinserção do utente

Relativamente à participação das entidades no processo de reinserção social do utente, foram identificadas as áreas de intervenção em que se verificou uma atuação das entidades (tabela 9).

Dentro das diversas opções de escolha, destacam-se a ação social e o apoio a nível de alimentação, vestuário e/ou higiene (ambas com 17,9%). Segue-se a intervenção através de uma oportunidade de emprego e de atribuição de uma habitação ou alojamento (ambas com 12,8%), podendo considerar-se desta forma que estas quatro áreas, sendo as principais à sobrevivência de um indivíduo na nossa sociedade, são também as que mais se procurou ter asseguradas.

Também são referidas as áreas da formação profissional (10,3%), do treino de competências sociais (7,7%) e da saúde (7,7%), e com valores menos significativos, as atividades ocupacionais (5,1%), a redução de riscos e minimização de danos, a educação e a área judicial, tendo os últimos 3 apenas 1 resposta cada.

Tabela 9. Áreas de intervenção em que a entidade participou (N=39)

ÁREAS DE PARTICIPAÇÃO	TOTAL	%
Ação social	7	17,9%
Alimentação, vestuário, higiene	7	17,9%
Área judicial	1	2,6%
Atividades ocupacionais	2	5,1%
Educação	1	2,6%
Emprego	5	12,8%
Formação profissional	4	10,3%
Habitação/alojamento	5	12,8%
Treino de competências sociais	3	7,7%
Redução de Riscos e Minimização de Danos	1	2,6%
Saúde	3	7,7%
Total	39	100%

Ainda relativamente à participação das entidades no processo de reinserção social do utente, os dados mostram uma diversidade de abordagens. Há casos em que a intervenção para suprir necessidades do indivíduo passa apenas pela mobilização de recursos específicos numa única área (habitação/alojamento, ação social, etc.) até uma abordagem multifacetada, com uma mesma entidade a suprir diversas necessidades do indivíduo, intervindo simultaneamente em várias áreas (tabela 10).

Esta abrangência é mais visível nas entidades privadas; das 10 categorias referentes às áreas de intervenção apresentadas no questionário, as entidades privadas inserem-se em metade. Numa análise mais detalhada, é possível observar que a maioria das entidades trabalhou com o utente em apenas um âmbito da sua reinserção (57,1%), situação onde se encaixa a maioria das entidades públicas (7/9).

Tabela 10. Número de áreas de intervenção por natureza da entidade (N=21)

	Natureza da entidade					
Número de áreas de intervenção	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
1	5	7	12	57,1%		
2	3		3	14,3%		
3	2	2	4	19,0%		
4	1		1	4,8%		
5	1		1	4,8%		
Total	12	9	21	100%		

5.2.4. Contributo das entidades para o processo de reinserção do utente

No que diz respeito aos contributos das diversas entidades envolvidas no processo de reinserção dos respetivos utentes, os resultados são muito diversos e encontram-se organizados na tabela seguinte (tabela 11).

Salienta-se a intervenção ao nível da satisfação de necessidades básicas, habitação, apoio psicossocial e integração profissional, cada uma das categorias com 13,5% das respostas. Estas percentagens ganham maior expressão se tivermos em consideração o facto de que cada questionário enquadra respostas múltiplas. Neste caso, quase um quarto das instituições produzem serviços que intervêm ao nível da satisfação das necessidades identificadas. Destaca-se ainda a intervenção ao nível do apoio financeiro e do encaminhamento para outros serviços, ambos com 10,8% das respostas consideradas.

Tabela 11. Contributos das entidades para o processo de reinserção

CONTRIBUTOS DAS ENTIDADES	TOTAL	% N=37	% N=21
Satisfação de necessidades básicas	5	13,5%	23,8%
Alimentação e higiene	2	5,4%	
Alimentação	1	2,7%	
Satisfação de necessidades básicas de toda a família	1	2,7%	
Distribuição de medicação	1	2,7%	
Habitação	5	13,5%	23,8%
Alojamento temporário	2	5,4%	
Alojamento fixo	3	8,1%	
Apoio ao exercício da cidadania	3	8,1%	14,3%
Apoio ao exercício da cidadania	1	2,7%	
Promoção da integração escolar, profissional e comunitária e da participação enquanto cidadão	1	2,7%	
Voluntariado	1	2,7%	
Apoio sociojurídico	2	5,4%	9,5%
Apoio jurídico	1	2,7%	
Assessoria ao Tribunal de Família e Menores de Lisboa no âmbito de Processos de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens	1	2,7%	
Apoio Psicossocial	5	13,5%	23,8%
Apoio Psicossocial	4	11%	
Treino de competências sociais	1	2,7%	
Apoio financeiro	4	10,8%	19,0%
Atribuição de apoios financeiros a empresas para a contratação	1	2,7%	
Apoio financeiro	3	8,1%	
Integração profissional	5	13,5%	23,8%
Capacitação para a empregabilidade	1	2,7%	
Emprego através do Programa CEI+	2	5,4%	
Integração profissional	2	5,4%	
Integração em comunidade terapêutica	2	5,4%	9,5%
Motivação para a integração em comunidade terapêutica	1	2,7%	
Internamento em comunidade terapêutica	1	2,7%	
Encaminhamento para outros serviços	4	10,8%	19,0%
Acompanhamento	2	5,4%	9,5%
Total	37	100%	

5.2.5. Perceção sobre o decorrer do acompanhamento ao utente

No que se refere à perceção dos inquiridos sobre a forma como decorreu o acompanhamento do utente na entidade parceira (tabela 12), verifica-se que existe uma perceção positiva que passa pelo reconhecimento de um processo que correu bem, sem incidentes e com boa adesão por parte do utente (57,1%), com um acompanhamento de grande proximidade (28,8%). Apenas em duas situações foi referido que o processo correu com altos e baixos, ou se registaram problemas que provocaram a interrupção do apoio.

Tabela 12. Perceções sobre como decorreu o acompanhamento ao utente (N=21)

PERCEÇÕES SOBRE COMO DECORREU O ACOMPANHAMENTO AO UTENTE	TOTAL	%
Correu bem, sem incidentes, boa adesão do utente	12	57,1%
Acompanhamento de grande proximidade	6	28,8%
Decorreu normalmente, com altos e baixos	1	4,8%
Houve problemas que provocaram a interrupção do apoio	1	4,8%
NR	1	4,8%
Total	21	100%

5.2.6. Alcance dos objetivos da intervenção

Tendo como objetivo avaliar a perceção sobre o alcance dos objetivos da intervenção e do sucesso do processo de reinserção do utente, foi colocada a questão "Classifique em que medida os objetivos da sua intervenção foram atingidos", sendo a resposta assinalada numa escala de 1 a 5, em que 1 significa que os objetivos não foram atingidos e 5 que os objetivos foram totalmente atingidos (tabela 12).

As respostas obtidas nesta questão traduzem uma apreciação francamente positiva, não existindo respostas negativas e com a maioria das respostas a incidir no número 4 da escala (48%).

Analisando as respostas de acordo com a natureza da entidade, é possível observar uma avaliação mais satisfatória entre as entidades privadas, com 83,3% das respostas (10) a pontuarem o alcance dos objetivos com 4 e 5. Já nas entidades públicas, com a mesma pontuação, houve 66,7% de respostas (6).

Tabela 13. Nível de alcance dos objetivos por natureza da entidade (N=21)

NATUREZA DA ENTIDADE				
Nível de alcance dos objetivos	Entidade privada	Entidade pública	Total	%
1 (Não atingidos)			0	0%
2			0	0%
3	2	3	5	23,8%
4	6	4	10	44,6%
5 (Totalmente atingidos)	4	2	6	28,6%
Total	12	9	21	100%

5.2.7. Importância atribuída ao contributo da entidade para o processo de reinserção do utente

Relativamente à perspetiva do responsável pelo acompanhamento sobre a importância que atribui ao papel da sua entidade no processo de reinserção do utente, numa escala de 1 (nada importante) a 5 (muito importante), encontraram-se os seguintes resultados (tabela 14):

Em 90,5% das situações é referida grande importância do contributo destas entidades para os processos de reinserção (níveis 4 e 5) e apenas 9,5% dos casos pontuaram abaixo do número 4.

Verifica-se ainda que 2/3 dos responsáveis pelo acompanhamento nas entidades públicas consideram que a sua organização teve uma importância máxima no processo de reinserção do utente (6/9) e apenas em 1/3

das entidades privadas é apresentado o mesmo tipo de avaliação (4/12).

Tabela 14. Importância atribuída ao contributo da entidade segundo a sua natureza (N=21)

Natureza da entidade					
Importância do contributo da entidade	Entidade privada	Entidade pública	Total	%	
1 (Nada importante)			0	0%	
2			0	0%	
3	1	1	2	9,5%	
4	7	2	9	42,9%	
5 (Muito importante)	4	6	10	47,6%	
Total	12	9	21	100%	

5.2.8. Existência de conflitos durante o acompanhamento

Relativamente à forma como decorreu o processo de acompanhamento e a integração do utente nas entidades parceiras, os dados indicam o seguinte (tabela 15):

A larga maioria das respostas traduzem que não existiram quaisquer divergências durante o processo de reinserção (81%). Contudo, verifica-se que 4 entidades reportam a ocorrência de conflitos (19%). Relativamente à natureza da entidade, 75% dos conflitos ocorreram em entidades privadas.

Tabela 15. Existência de conflitos por natureza da entidade (N=21)

N ATUREZA DA ENTIDADE						
Existência de conflitos	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
Não	9	8	17	81,0%		
Sim	3	1	4	19,0%		
Total	12	9	21	100%		

Da reduzida percentagem de inquiridos que reportou a existência de conflitos durante o acompanhamento do utente (19%), identificaram-se diferentes situações (tabela 16): conflitos interpessoais com os pares e familiares, a realização de um furto na instituição pelo utente, a ocorrência de pequenos conflitos diretos com colegas de trabalho, e uma recaída nos consumos. A cada um destes conflitos corresponde um caso único.

Tabela 16. Tipo de conflitos reportados (N=21)

TIPO DE CONFLITOS	TOTAL	%
Conflitos interpessoais com os pares e familiares	1	4,8%
Furto realizado pelo utente na instituição	1	4,8%
Pequenos conflitos diretos com colegas de trabalho	1	4,8%
Recaída	1	4,8%
NA	17	81,0%
Total	21	100%

5.2.9. Participação e importância atribuída ao contributo dos técnicos de reinserção do CRI/UA/CT na resolução dos conflitos ocorridos

Em relação à participação dos técnicos na resolução dos conflitos ocorridos, das quatro situações descritas, houve intervenção do técnico em três das situações. Relativamente à avaliação que foi efetuada dessa intervenção (tabela 17), a mesma foi avaliada como relevante e positiva. Efetivamente, na maioria das situações (numa escala em que 1 representa nada importante e 5 muito importante) a participação do técnico obteve pontuação 5 (66,7%) e a classificação mais baixa foi 4, ou seja, importante (atribuída por apenas 1 caso de uma entidade privada).

Tabela 17. Avaliação da participação do técnico de reinserção na resolução do conflito por natureza da entidade (N=3)

N ATUREZA DA ENTIDADE							
Avaliação da participação do técnico de reinserção	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
1 (Nada importante)			0	0%			
2			0	0%			
3			0	0%			
4	1	-	1	33,3%			
5 (Muito importante)	1	. 1	L 2	66,7%			
Total	2	! 1	L 3	100%			

5.3. Caracterização da articulação interinstitucional

5.3.1. Meios de contacto utilizados na articulação com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT

No que diz respeito aos meios de contacto utilizados para a articulação entre o técnico de reinserção do CRI/UA/CT e o responsável pelo acompanhamento na entidade (tabela 18), destaca-se o contacto telefónico, sendo este o principal meio de comunicação identificado como o mais utilizado por 81% dos inquiridos. O segundo meio de contacto mais referenciado é o correio eletrónico (42,9%) e o terceiro é o contacto presencial (23,8%).

Desta forma, é possível concluir que existe uma preferência por um contacto mais indireto com o técnico de reinserção, uma vez que o contacto presencial é apenas assinalado como a forma mais relevante de contacto em 3 casos (14,3%).

Tabela 18. Meios de contacto utilizados (N=21)

				MEIOS I	DE CONTACTO				
Ordenação da utilização dos meios de contacto	Presencial	%	Correio eletrónico	%	Telefónico	%	NR	%	Total
1º Meio de contacto mais utilizado	3	14,3%	1	4,8%	17	81,0%	0	-	21 100%
2º Meio de contacto mais utilizado	3	14,3%	9	42,9%	3	14,3%	6	28,6%	21 100%
3º Meio de contacto mais utilizado	5	23,8%	4	19,0%	0	-	12	57,1%	21 100%

5.3.2. Frequência do contacto com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT e sua adequabilidade

No que se refere à frequência com que a comunicação interinstitucional foi realizada, ou com que os meios de contacto foram utilizados (tabela 19), uma grande parte dos responsáveis pelo acompanhamento na entidade contactou mensalmente (38,1%) e quinzenalmente (23,8%) com os técnicos de reinserção do CRI/UA/CT, sendo que 19% apenas contactou semestralmente. Por outro lado, o contacto bimensal (9,5%) e semanal (4,8%) representam as categorias com menor expressão.

Relativamente à perceção da adequabilidade da frequência desses contactos, quase a totalidade dos inquiridos afirmam que estiveram ajustados às necessidades existentes (tabela 20).

A única resposta negativa advém de uma entidade privada, contudo, destaca que o motivo não pode ser imputado ao CRI/CT/UA de referência.

Tabela 19. Frequência do contacto por natureza da entidade (N=21)

	N ATUREZA DA ENTIDADE						
Frequência do contacto	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Semanal	1		1	4,8%			
Quinzenal	2	3	5	23,8%			
Mensal	4	4	8	38,1%			
Bimensal	1	1	2	9,5%			
Semestral	3	1	4	19,0%			
NR	1		1	4,8%			
Total	12	9	21	100%			

Tabela 20. Adequação da frequência do contacto por natureza da entidade (N=21)

	Natureza da entidade						
Adequação da frequência do contacto	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Sim	11	9	20	95,2%			
Não	1		1	4,8%			
Total	12	9	21	100%			

5.3.3. Articulação com outras estruturas

Para melhor conhecer o acompanhamento que foi efetuado ao utente, foi questionado se existiu contacto com outras estruturas relativamente ao utente em questão, ou seja, se houve encaminhamentos ou articulações com outras entidades tendo como objetivo a obtenção de respostas adequadas às necessidades (tabela 21).

Na maioria das situações (57%), não foram realizados contactos com outras estruturas. No entanto, em 9 casos estes contactos ocorreram, sendo que se verificaram sobretudo nas entidades privadas (6 casos), em detrimento das entidades públicas (3 casos).

Aos inquiridos que articularam com outras estruturas, foi solicitado que descrevessem o trabalho desenvolvido, numa pergunta aberta. As respostas obtidas encontramse na tabela 22 e é possível perceber que houve articulações com outras entidades que provavelmente permitiram mobilizar recursos relevantes para os processos de reinserção dos utentes.

As áreas de intervenção referidas foram a saúde e os comportamentos aditivos e dependências (4 referências), o emprego e formação profissional (3 referências), o Rendimento Social de Inserção (2 referências) e outras áreas e/ou serviços (2 referências).

Tabela 21. Existência de contacto com outras estruturas por natureza da entidade (N=21)

	NATUREZA DA ENTIDADE						
Contacto com outras estruturas relativo ao utente	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Não	6	6	12	57,1%			
Sim	6	3	9	42,9%			
Total	12	9	21	100%			

Tabela 22. Descrição da articulação efetuada com outras estruturas (N=21)

Descrição da articulação efetuada	TOTAL	%
Articulação com o CRI	1	4,8%
Articulação com outras estruturas ligadas aos comportamentos aditivos e dependências	1	4,8%
Articulação com outros serviços na área da saúde, para obtenção de refeições, abertura de conta no banco e documentos oficiais e RSI.	1	4,8%
Articulação com projeto na área da saúde e com outros serviços	1	4,8%
Articulação na área da formação profissional	1	4,8%
Articulação na área do Emprego	1	4,8%
Articulação no âmbito do RSI (contrato de inserção)	1	4,8%
Articulação no âmbito do RSI, articulação com entidades ligadas ao emprego e formação	1	4,8%
NR	1	4,8%
NA NA	12	57,1%
Total	21	100%

5.3.4. Importância atribuída à relação com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT

Tendo como objetivo conhecer melhor a relação que foi estabelecida com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT, foi solicitado aos inquiridos que avaliassem a sua relação com o técnico (tabela 22).

A resposta foi expressa através de três opções fechadas: impeditiva para o sucesso do processo, indiferente para o sucesso do processo e indispensável para o sucesso do processo.

Em 95,2% das respostas a relação com o técnico do CRI foi considerada indispensável para o sucesso do processo de reinserção.

Tabela 23. Importância atribuída à relação com o técnico de reinserção do CRI/CT/UA por natureza da entidade (N=21)

	NATUREZA DA ENTIDADE					
Relação com o técnico de reinserção do CRI/UA/CT	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
Indispensável para o sucesso do processo	12	8	20	95,2%		
NR		1	1	4,8%		
Total	12	9	21	100%		

5.3.5. Importância do trabalho conjunto com o técnico do CRI/UA/CT

Relativamente ao trabalho desenvolvido em articulação com o técnico de reinserção do CRI/CT/UA (tabela 24), as avaliações obtidas são também bastante positivas, não se situando abaixo do número 4 e posicionando-se maioritariamente no valor mais alto da escala (85,7%), numa escala de 1 a 5 (em que 1 representa nada importante e 5 muito importante).

Tabela 24. Importância do trabalho conjunto por natureza da entidade (N=21)

Natureza da entidade						
Importância do trabalho conjunto com o técnico de reinserção	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
1 (Nada importante)			0	0%		
2			0	0%		
3			0	0%		
4	2	1	3	14,3%		
5 (Muito importante)	10	8	18	85,7%		
Total	12	9	21	100%		

5.4. Caracterização da participação do utente

A participação e o envolvimento do utente no seu próprio processo é fundamental para o sucesso e a efetividade da reinserção. Neste sentido, questionou-se as entidades parceiras sobre se houve participação ativa do utente nas decisões tomadas acerca do seu processo de reinserção (tabela 25). A larga maioria dos inquiridos referem ter ocorrido uma participação ativa do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reinserção (85,7%), sendo que em 3 casos esta participação não ocorreu (14,3%).

Tabela 25. Participação ativa do utente nas decisões tomadas por natureza da entidade (N=21)

	NATUREZA DA ENTIDADE					
Participação ativa do utente nas decisões tomadas	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
Sim	11	7	18	85,7%		
Não	1	2	3	14,3%		
Total	12	9	21	100%		

Relativamente aos inquiridos que identificaram a existência de uma participação ativa, foi questionado, de modo aberto, em que termos ocorreu essa participação (tabela 26). As respostas obtidas remetem para uma participação ativa de colaboração nas ações propostas e cumprimento dos objetivos (9 referências), mas também pelo envolvimento na tomada de decisão, na tomada de iniciativas ou pela consideração dos interesses do utente (6 referências). São ainda referidas outras formas de participação, por via de envolvimento em atividades de orientação vocacional e profissional ou grupos terapêuticos (2 referências).

Relativamente aos inquiridos que identificaram a inexistência de uma participação ativa, foi questionado, de modo aberto, qual a razão para a não participação. As razões apontadas foram: "o utente não mostrou condições para participar" (66,7%) e "a presença do utente tem um carácter coercivo" (33,3%).

Tabela 26. Formas de participação do utente no seu processo de reinserção (N=21)

FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DO UTENTE NO SEU PROCESSO DE REINSERÇÃO	TOTAL	%
Colaboração nas ações propostas	7	33,2%
Colaboração nas ações propostas, tomada de iniciativas	1	4,8%
Cumprimento dos objetivos com assiduidade e interesse	1	4,8%
Definição de projeto de vida	1	4,8%
Escuta das motivações e interesses do utente	1	4,8%
Participação do utente nas decisões tomadas	2	9,5%
Participação em atividades de orientação vocacional e profissional	1	4,8%
Participação em grupos terapêuticos	1	4,8%
Tomada de iniciativas	1	4,8%
NR	2	9,5%
NA	3	14,2%
Total	21	100%

5.5. Caracterização da participação do parceiro

5.5.1. Necessidade, possibilidade e importância de atualização de conhecimentos em relação aos CAD

As entidades foram questionadas se, em algum momento do processo de acompanhamento, sentiram necessidade de atualizar conhecimentos em relação aos CAD. Os dados apresentados tabela 27 mostram aue. maioritariamente, não existiu uma necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre esta área (57,1%). Este facto poderá explicar-se pela elevada taxa de escolaridade dos inquiridos, ou até pelas áreas de formação, que como já foi referido, são na totalidade das ciências sociais e humanas. Dos 42,9% dos inquiridos que referem a necessidade de atualizar conhecimentos sobre os comportamentos aditivos e as dependências, 66,7% trabalham em entidades privadas.

Tabela 27. Necessidade de atualização de conhecimentos por natureza da entidade (N=21)

N ATUREZA DA ENTIDADE							
Necessidade de atualização de conhecimentos sobre CAD	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Não	6	6 6		57,1%			
Sim	6	3	9	42,9%			
Total	12	9	21	100%			

Dos 9 parceiros que sentiram essa necessidade de conhecimentos adicionais, 66,7% tiveram a oportunidade de adquirir os conhecimentos necessários ao longo do processo de acompanhamento – um resultado positivo, tendo em conta que ultrapassa mais de metade dos casos (tabela 28). Contudo, dos 42,9% dos inquiridos que sentiram necessidade de atualização de conhecimentos, 100% dos que trabalham no setor público tiveram oportunidade de o fazer, enquanto no setor privado essa percentagem passa para 50%.

Tabela 28. Oportunidade de aquisição de conhecimentos por natureza da entidade (N=9)

	Natureza da entidade						
Oportunidade de adquirir os	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
conhecimentos	<u> </u>	<u> </u>					
Sim	3	3	6	66,7%			
Não	2		2	22,2%			
Parcialmente	1		1	11,1%			
Total	6	3	9	100%			

Os inquiridos foram ainda questionados sobre a importância desta aquisição de conhecimentos para o processo de reinserção do utente (tabela 29). Todos consideram que essa atualização foi bastante positiva para o processo de reinserção do utente, estando as respostas distribuídas entre a classificação 4 e 5, com um valor médio de 4,6.

Tabela 29. Importância da atualização de conhecimentos para o processo de reinserção do utente por natureza da entidade (N=7)

	Natureza d	DA ENTIDA	DE		
Importância da atualização de conhecimentos para o processo de reinserção do utente	Entidade privada	Entida públio		Total	%
1 (Nada importante)				0	0%
2				0	0%
3				0	0%
4	2	2	1	3	42,9%
5 (Muito importante)	2	2	2	4	57,1%
Total	4	1	3	7	100%

5.5.2. Modificação de perceções sobre os comportamentos aditivos e as dependências (CAD)

A participação de uma entidade parceira num processo de reinserção de pessoas com CAD permite evidenciar um conjunto de características associadas a esta problemática que, muitas vezes, são desconhecidas. No sentido de perceber se esta experiência provocou alguma alteração nas perceções sobre CAD, colocou-se a questão: "Considera que este acompanhamento influenciou a opinião que tem sobre as pessoas com comportamentos aditivos e dependências?" A análise dos resultados obtidos encontra-se na tabela 30.

Tabela 30. Alteração da opinião sobre as pessoas com CAD por natureza da entidade (N=21)

NATUREZA DA ENTIDADE							
Acompanhamento influenciou a opinião sobre pessoas com CAD	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Não	6	5	11	52,4%			
Sim	6	4	10	47,6%			
Total	12	9	21	100%			

Verifica-se que, para 52,4% dos inquiridos, não houve alterações na sua opinião que tenham resultado da sua participação neste processo. No entanto, houve alterações em 10 dos casos (47,6%). A justificação da resposta anterior é apresentada na tabela Relativamente aos inquiridos que consideraram que o acompanhamento em causa influenciou a sua opinião sobre pessoas com CAD, reportaram que melhoraram a compreensão e conhecimento problemática (4 referências). Existem ainda inquiridos que referem terem começado a acreditar na recuperação dos utentes com CAD e a valorizar o acompanhamento pelos serviços especializados em CAD (ambos com uma referência). Por outro lado, os inquiridos que consideraram que não se alterou a sua opinião sobre pessoas com CAD, apenas 14% justificaram a sua opinião: 2 inquiridos consideram que cada situação deve ser considerada individualmente, não sendo possível generalizar e 1 inquirido afirma que mantém a opinião de que a recuperação do utente depende da sua força de vontade.

Tabela 31. Razões para a mudança/não mudança de perceções sobre os CAD (N=21)

Razões para a mudança/não mudança de perceções sobre CAD	TOTAL	%
Sim	6	28,6%
Sim, Melhorou a compreensão e o conhecimento sobre a problemática	4	19,0%
Sim, Passou a acreditar que é possível recuperar	1	4,8%
Sim, Passou a considerar como muito importante o acompanhamento pelos serviços especializados em CAD.	1	4,8%
Não	3	14,3%
Não, cada situação é única, sendo impossível generalizar.	2	9,5%
Não, Mantém a opinião que a recuperação depende da vontade do utente para mudar a sua condição	1	4,8%
NR	12	57,1%
Total	21	100%

5.5.3. Situações de discriminação na entidade

O último capítulo do questionário pretende conhecer se ocorreram situações de discriminação do utente por ter comportamentos aditivos e dependências.

Tabela 32. Existência de diferenças no tratamento do utente dentro da entidade pelo facto de ter CAD (N=21)

Natureza da entidade						
Diferenças no tratamento do utente dentro da entidade pelo facto de ter CAD	Entidade privada	Entidade pública	Total	%		
Não	10	4	14	66,4%		
Não tenho conhecimento	1	2	3	14,3%		
Sim, foi alvo de proteção	1	2	3	14,3%		
Sim, foi alvo de discriminação		1	1	4,8%		
Total	12	9	21	100%		

As respostas obtidas, apresentadas na tabela 32, traduzem que na maioria das situações (66,4%), a perceção dos inquiridos é de que não existiram situações nem de discriminação, nem de proteção. Tendo ainda em conta que 14,3% dos inquiridos referem não ter conhecimento da ocorrência de qualquer situação, 80,7% das respostas demonstram uma tendência clara para a não discriminação do utente pelo facto de ter CAD.

No entanto, cerca de 19,1% referem terem ocorrido situações em que os utentes foram tratados de forma diferente por terem CAD, sendo que 14,3% das respostas referem-se a situações de proteção e apenas 4,8% (uma resposta) refere que o utente foi alvo de discriminação (correspondente a uma entidade pública).

Foi ainda solicitado aos inquiridos que justificassem a sua resposta. A análise dos resultados obtidos encontra-se na tabela 33.

Relativamente à situação em que o inquirido considera que o utente foi alvo de discriminação, a justificação focase no facto de terem existido dificuldades de aceitação do mesmo por alguns elementos da organização, dada a sua dependência de substâncias ilícitas.

Noutra perspetiva, os 3 inquiridos que acreditam que o utente foi alvo de proteção justificam a sua opinião por ter existido uma flexibilidade na aplicação de regras quando o utente as infringiu; porque foi protegido pelo facto de estar integrado numa estrutura de Redução de Danos; porque houve um tratamento protetor por parte das chefias no local de trabalho.

Tabela 33. Justificações para a ocorrência de discriminação na entidade (N=4)

Justificação	TOTAL	%
Sim, foi alvo de discriminação	1	25%
Dificuldade na aceitação do utente por parte de alguns elementos da organização, pelo facto de existir uma dependência de substâncias ilícitas.	1	25%
Sim, foi alvo de proteção	3	75%
Flexibilidade na aplicação de regras quando se verificaram incumprimentos.	1	25%
Por estar integrado numa estrutura de RRMD	1	25%
Tratamento protetor por parte das chefias no local de trabalho	1	25%
Total	4	100%

5.5.4. Situações de discriminação na comunidade/meio envolvente

As entidades foram ainda questionadas sobre a possibilidade de terem ocorrido situações de discriminação do utente na comunidade, ou seja no seu meio envolvente.

Tabela 34. Existência de diferenças no tratamento do utente na comunidade/meio envolvente por ter CAD (N=21)

Natureza da entidade							
Diferenças no tratamento do utente na comunidade/meio envolvente por ter CAD	Entidade privada	Entidade pública	Total	%			
Não houve discriminação	3	1	4	19,0%			
Sim, foi alvo de discriminação	3	3	6	28,6%			
Sim, foi alvo de discriminação e de proteção	1		1	4,8%			
Não tenho conhecimento	5	5	10	42,9%			
Total	12	9	21	100%			

Pela análise da tabela 34, é possível observar que cerca de metade dos inquiridos (48%) não têm conhecimento de terem existido diferenças no tratamento ao utente pelo facto de possuir comportamentos aditivos e/ou dependências. As respostas negativas à perceção da existência de diferenças no tratamento do utente pela

comunidade ou meio têm uma expressão pouco significativa (19% das respostas). No entanto, quando agregadas à resposta *Não tenho conhecimento*, verificamos que 2/3 do total de respostas segue uma tendência de não discriminação, à semelhança do verificado na questão anterior.

Em 28,6% dos casos, as respostas obtidas indicam que os utentes foram alvo de discriminação e 4,8% de discriminação e de proteção, em simultâneo. Foi solicitado aos inquiridos a justificação para esta resposta e os resultados apresentam-se na tabela 35.

As justificações atribuídas pelos inquiridos que consideraram que os utentes foram discriminados (3 casos) prendem-se com: o facto da comunidade apelidar o utente de "drogado" e "ex-drogado"; o utente ter demonstrado comportamentos inadequados e violentos para a sociedade; e pela criação de um estigma em relação ao utente, face aos seus comportamentos anteriores.

No caso em que ocorreram situações de discriminação e proteção, em simultâneo, o inquirido refere que enquanto o utente se encontrava numa fase ativa de dependência tinha menos oportunidades de inserção profissional. No entanto, com a paragem do consumo, resultou uma situação de proteção, ao ser integrado numa medida de emprego.

Tabela 35. Justificações para a ocorrência de situações de discriminação na comunidade (N=4)

Justificação	TOTAL	%
Sim, foi alvo de discriminação	3	75%
Comunidade apelidava-o de "drogado" e "ex-drogado".	1	25%
O utente demonstrou comportamentos inadequados e violentos para a sociedade.	1	25%
Tendo em conta os comportamentos anteriores foi criado um estigma relativamente ao utente, ocorrendo certas situações de discriminação	1	25%
Sim, foi alvo de discriminação e proteção	1	25%
Total	4	100%

5.6. Síntese da análise dos resultados dos questionários

A análise dos 21 questionários recebidos apresenta informações relevantes para melhor compreender a forma como decorreram os processos de integração das pessoas com CAD nas instituições parceiras e qual o impacto que resultou desta participação.

Do ponto de vista da caracterização da amostra, esta é constituída por 21 questionários referentes a 14 casos (9 Centros de Respostas Integradas, 2 Comunidades Terapêuticas e 3 Unidades de Alcoologia)⁴.

As entidades que participaram nos processos de reinserção destes casos eram entidades públicas e privadas, com uma representação ligeiramente superior das entidades privadas (57,1%). As entidades públicas pertencem sobretudo à Administração Local (55,6%), enquanto que a maioria das privadas corresponde a IPSS (75%). As entidades públicas que responderam ao questionário apresentam uma maior dimensão do que as privadas, se considerarmos o número de trabalhadores.

Relativamente aos responsáveis pelo acompanhamento dos utentes, a quase totalidade exerce funções como técnicos e possuem uma licenciatura na área das ciências sociais e humanas.

Considerando os cinco pilares de intervenção definidos no Modelo de Mediação Social e Comunitária, é possível analisar os resultados obtidos do ponto de vista da operacionalização de cada um dos pilares.

COMUNICAÇÃO

Relativamente ao pilar da **Comunicação**, e considerando que a comunicação está na base de todos os processos de mudança, o seu desenvolvimento entre todas as partes envolvidas (técnico, utente, parceiro, familiares, etc.) é fundamental para o sucesso da intervenção.

Foi possível verificar que o início do processo de acompanhamento pelas entidades parceiras desencadeado pelos técnicos de reinserção do CRI, UA ou CT (47,6%), através do encaminhamento. No entanto, em alguns casos o acompanhamento iniciou-se através do próprio utente (14,3%) ou a pedido de terceiros (17%). Estes acompanhamentos foram efetuados, na sua maioria, diariamente (38,1%) e ocasionalmente (33,3%). Neste aspeto foi possível perceber diferenças entre as entidades públicas e as privadas: 58,3% dos acompanhamentos nas entidades privadas eram diários, enquanto que 44,4% dos acompanhamentos nas entidades públicas eram

⁴ Apesar de terem sido distribuídos questionários a entidades parceiras qe participaram nos 18 processos, apenas foram recebidas respostas de entidades envolvidas em 14 dos 18 casos estudados.

ocasionais, o que parece apontar para acompanhamento mais próximo por parte das entidades privadas. Esta proximidade é crucial ao sucesso do acompanhamento, ao permitir uma maior comunicação entre todos elementos do os processo consequentemente facilitando a relação entre os mesmos. Relativamente à ocorrência de conflitos durante o acompanhamento do utente e a forma como o técnico possa ter participado nos mesmos, é possível concluir que não existiram quaisquer conflitos na maioria dos casos (81%); porém, nos casos onde estes ocorreram, existiu uma intervenção dos técnicos no sentido da resolução do conflito (75%), avaliada como bastante positiva e relevante (atribuindo-se a pontuação máxima em 66,7% dos casos).

No que se refere à comunicação da entidade com o técnico de reinserção dos CRI, UA ou CT, o contacto telefónico é o meio de comunicação mais utilizado, sendo este contacto efetuado mensalmente ou quinzenalmente na maioria das situações. Quase a totalidade dos inquiridos consideram que a frequência deste contacto é adequada às necessidades e, no que se refere à avaliação do relacionamento com o técnico, a totalidade das respostas das entidades considera esta relação como *indispensável para o sucesso do processo*. Também relativamente à avaliação do trabalho conjunto as respostas obtidas revelam apreciações bastante positivas por parte das entidades, considerando maioritariamente este trabalho como *muito importante*.

Estes resultados permitem verificar que a comunicação esteve presente de forma frequente e regular, entre as entidades e os utentes, assim como entre as entidades e os técnicos de reinserção dos CRI, UA, CT, sendo percecionada como eficaz e com uma frequência adequada às necessidades.

CAPACITAÇÃO

Considerando a complexidade associada aos processos de reinserção de pessoas com CAD, a preparação e capacitação dos intervenientes é uma das intervenções que se pode revelar facilitadora dos processos. Neste âmbito, a capacitação das entidades parceiras para melhor compreender a problemática e lidar com ela permite o reconhecimento e resolução de problemas, assim como contribui para a mudança de atitudes perante os mesmos.

No entanto, a necessidade de adquirir novos conhecimentos sobre a área dos CAD não se verificou entre a maioria dos inquiridos (57,1%), o que poderá ser explicado pela elevada taxa de escolaridade e pelo facto das pessoas responsáveis nestas entidades parceiras serem maioritariamente licenciadas nas áreas das ciências sociais e humanas.

A maioria dos inquiridos que manifestou necessidade de mais informação sobre CAD conseguiu adquirir os conhecimentos necessários ao longo do processo de acompanhamento do utente (66,7%). Esta atualização de conhecimentos foi considerada *importante* e *muito importante* para o processo de reinserção do utente. Este resultado demonstra a relevância no investimento em iniciativas de capacitação dirigidas às entidades parceiras, uma vez que o aumento de conhecimentos sobre os CAD tem impactos positivos nos percursos de inserção.

VALORIZAÇÃO

Um processo de reinserção envolve a intervenção em diversas vertentes e áreas de vida do cidadão, de acordo com as necessidades diagnosticadas. É fundamental a valorização de uma rede de suporte que permita a mobilização dos diversos recursos sociais promotores da autonomia.

Relativamente às entidades parceiras que responderam a este questionário, é possível verificar que o âmbito de participação é muito variado e multifacetado, sendo que a mesma organização pode intervir em várias áreas em simultâneo. As áreas mais intervencionadas são a ação social, o apoio ao nível de alimentação, vestuário e/ou higiene, o emprego e a habitação ou alojamento.

Por outro lado, também estas entidades promovem o acesso a outros recursos, para além daqueles que já estão a proporcionar. Em 43% das situações, a entidade parceira efetuou encaminhamentos ou articulações com outras entidades ou estruturas, tendo como objetivo a obtenção de respostas adequadas às necessidades do utente. As principais áreas de intervenção das estruturas contactadas focam-se na saúde e nos CAD, no emprego, na formação profissional e na ação social.

Quando questionados sobre a importância do contributo da organização para o processo de reinserção do utente, os inquiridos consideram que foi *importante* e *muito importante* (90,5%). Isto indicia que as entidades parceiras reconhecem o impacto positivo que a sua intervenção teve nos processos de reinserção das pessoas com CAD.

PARTICIPAÇÃO

A participação e o envolvimento de todos os atores no processo de reinserção é um aspeto fundamental para o seu sucesso e sustentabilidade. A participação do cidadão com CAD, em especial, assume uma importância elevada, sendo essencial para a construção de compromissos e responsabilização, no pleno exercício dos seus direitos e deveres de cidadania.

No que diz respeito à participação do utente no seu processo de reinserção, os inquiridos consideram que a grande maioria teve um envolvimento ativo nas decisões tomadas (85,7%), tendo esta participação sido desenvolvida através da colaboração nas ações propostas e cumprimento dos objetivos. Relativamente aos 14,3% dos inquiridos que não participaram ativamente no seu processo de reinserção, a maioria deveu-se ao facto de não possuírem condições para participar (66,7%). O grau de participação da entidade parceira também ficou

demonstrado pela elevada frequência do acompanhamento do utente, assim como pelo contacto regular com o técnico do CRI/UA/CT.

MOBILIDADE

Considerando a necessidade de desmitificar e desconstruir representações e significados negativos associados aos CAD, torna-se bastante importante perceber a influência que estes acompanhamentos têm na mudança das perceções das entidades e da comunidade, de forma a diminuírem os preconceitos e alterarem-se as atitudes perante o cidadão com CAD.

Procurou-se perceber se o envolvimento da entidade parceira no processo de reinserção permitiu modificar a opinião que esta tinha sobre as pessoas com CAD. Metade dos inquiridos considerou que não existiram alterações na sua perceção sobre as pessoas com CAD (52,4%). Os inquiridos que justificaram esta resposta referem que não podem ser feitas generalizações com base nessa experiência, cada caso é um caso. Relativamente aos inquiridos que consideram ter mudado a sua opinião, a justificação apontada prende-se com a melhoria da sua compreensão sobre a problemática através da formação complementar obtida durante o processo.

Sobre a existência de situações de discriminação do utente pelo facto de ter CAD dentro da organização, a maioria dos inquiridos afirma não ter ocorrido ou não ter conhecimento de nenhuma situação, nem de discriminação, nem de proteção (80,7%).

Foi reportada apenas uma situação de discriminação, associada a dificuldades na aceitação do utente por parte de outros elementos da entidade. Foram identificadas três situações onde houve um tratamento diferenciado por existir proteção, manifestada no tratamento por parte das chefias e pela flexibilidade na aplicação das regras.

Relativamente à existência de situações de discriminação do utente, pelo facto de ter CAD, na comunidade, a maioria afirma não ter conhecimento de nenhuma

situação (42,9%), mas uma percentagem significativa reconhece terem existido situações de discriminação (33,2%), quer pelo facto do utente ter demonstrado comportamentos inadequados e violentos para a sociedade; pelo facto de ter sido estigmatizado; quer pelo facto de não ter tido acesso a oportunidades de integração profissional.

Por fim, importa ainda destacar que a generalidade dos processos de acompanhamento, nestas entidades parceiras foram avaliados como positivos. Os inquiridos, quando questionados de forma aberta sobre como decorreu o acompanhamento, referiram-se a processos de acompanhamento de grande proximidade, que correram bem, sem incidentes. Apenas em três situações

foram referidos incidentes, altos e baixos ou recaídas, sendo que apenas uma delas resultou na interrupção do apoio. Por outro lado, quando questionados sobre o alcance dos objetivos a que se propuseram com esta intervenção, a maioria dos inquiridos consideraram que os objetivos foram *atingidos* e *totalmente atingidos*. Numa pontuação de 1 a 5, em que 1 representa que os objetivos não foram atingidos e 5 que foram totalmente atingidos, a média das respostas obtidas foi de 4,05, o que traduz seguramente o sucesso dos processos de reinserção das pessoas com CAD. Quando comparada esta média por natureza da entidade, verifica-se que a média atribuída pelas entidades privadas (4,16) é ligeiramente superior do que nas entidades públicas (3,88).

6. Balanço dos principais resultados

6.1. Resumo dos problemas diagnosticados, da intervenção desenvolvida e dos impactos da intervenção

6.1.1. Diagnóstico

No âmbito da análise do diagnóstico, a conflitualidade familiar é a categoria mais expressiva com 92 excertos em 34 entrevistas (no pilar da COMUNICAÇÃO). A seguir vem a falta de conhecimento sobre os CAD e a falta de competências pessoais, sociais e relacionais, como as categorias com mais excertos (no pilar da CAPACITAÇÃO). O desemprego e a falta de habitação são as categorias seguintes com relevância no diagnóstico, associadas ao pilar da VALORIZAÇÃO.

A dificuldade em falar de si próprio (no pilar da COMUNICAÇÃO), a estigmatização das pessoas com CAD na comunidade local (no pilar na MOBILIDADE) e as necessidades básicas, de subsistência (no pilar da VALORIZAÇÃO), são as categorias subsequentes com maior expressividade.

Por último, ainda são identificadas, com moderada relevância, as dificuldades nas relações interpessoais e a

conflitualidade laboral (no pilar da COMUNICAÇÃO), a solidão e o isolamento (no pilar da VALORIZAÇÃO) e a falta de apoio da família (no pilar da PARTICIPAÇÃO).

A distribuição do diagnóstico efetuado por pilar e nível de intervenção (Tabela 36) evidencia problemáticas que se situam essencialmente no nível micro e meso, nos pilares da comunicação e capacitação, e no nível macro, no que se refere ao pilar da MOBILIDADE.

Tabela 36. Distribuição do diagnóstico efetuado por pilar e nível de intervenção (N=51 entrevistas)

	NÍVEL MICRO	NÍVEL MESO	NÍVEL MACRO
COMUNICAÇÃO	31	37	9
CAPACITAÇÃO	26	17	4
VALORIZAÇÃO	26	13	19
PARTICIPAÇÃO	13	13	2
MOBILIDADE	13	12	23

6.1.2. Processos e estratégias de intervenção

O exercício da mediação social e comunitária não se rege por regras fixas, o que permite ao profissional uma margem de manobra na intervenção, deixando espaço à criatividade dos agentes intervenientes (Almeida e Carvalho et al, 2018:50).

Nas entrevistas realizadas o peso dos pilares interligados com os diferentes níveis da intervenção (micro, meso e macro) ganha dimensão, permitindo identificar pontos na prática quotidiana dos profissionais que são transversais aos vários níveis. Podemos constatar que o pilar da COMUNICAÇÃO é o mais referenciado nas 51 entrevistas, assumindo-se como instrumento facilitador do estabelecimento da relação com o outro, o elemento de ligação entre todos os pilares que está na base de todos os processos, permitindo a regulação das relações. Destacam-se o acompanhamento à família, o estabelecimento de relação de confiança e o acompanhamento da família no que diz respeito à resolução de conflitos. Neste contexto, a comunicação

revela-se como um pilar vital para prossecução do trabalho dos profissionais.

O segundo pilar mais destacado nas entrevistas é o da CAPACITAÇÃO, que pressupõe a preparação para aquisição e reconhecimento de competências e contribui para a mudança de atitudes e de comportamentos. Nas entrevistas realizadas, a esfera laboral e de formação, a aplicação de estratégias de intervenção na família, a aplicação de estratégias de intervenção terapêuticas dirigidas ao utente e estratégias de intervenção institucionais foram as dimensões mais percecionadas.

O pilar da VALORIZAÇÃO ocupa a terceira posição, sendo que a intervenção neste pilar pretende promover a interação dos sistemas, nomeadamente com a articulação com parceiros da comunidade, o que foi referido em 33 entrevistas. Estes resultados podem indiciar que foi realizado um trabalho por parte dos técnicos de reinserção com vista à melhoria da relação entre indivíduos, famílias e entidades com as quais interagem, o que reflete a importância do trabalho em rede para a satisfação de necessidades e construção dos projetos de vida das pessoas com CAD. Este pilar demonstra-se fundamental para a concretização dos objetivos traçados na reinserção, tendo como fim último a promoção da integração e aceitação do individuo na comunidade onde se insere.

A PARTICIPAÇÃO está também identificada no conjunto das entrevistas, destacando-se a monitorização e avaliação dos resultados atingidos como a principal categoria. O conceito de participação remete para a promoção e co-construção de alternativas sociais e de compromissos no âmbito da cidadania, que conseguimos identificar também noutra categoria valorizada: a definição de objetivos em conjunto com o utente, referida em 16 entrevistas.

A MOBILIDADE é o último pilar identificado no que concerne às estratégias desenvolvidas. Envolve, como já foi referido, a dinâmica dos sistemas sociais. É neste contexto que surgem os obstáculos ao processo de criação de oportunidade e de possibilidades de inserção, as barreiras e o estigma em torno dos CAD. A intervenção dirigida à modificação das representações sobre os CAD é fundamental e necessita de ser reforçada no âmbito da intervenção dos técnicos de reinserção, uma vez que a intervenção dirigida a este aspeto é muito pouco referenciada nas entrevistas.

Os pilares identificados nas entrevistas modelam uma prática profissional e espelham as diferentes estratégias e processos de trabalho utilizadas pelos técnicos de reinserção e é na combinação entre eles que resulta a força e perseverança do trabalho da mediação social e comunitária.

Da análise de conteúdo efetuada às entrevistas e considerando a distribuição das estratégias implementadas em cada pilar e por níveis de intervenção (Tabela 37), verifica-se que a intervenção incide sobretudo no nível micro, dirigida ao cidadão com CAD, mas é também fortemente direcionada aos familiares ou outras pessoas significativas que se encontram próximas do cidadão (nível meso). O nível macro é menos referenciado nas entrevistas realizadas, mas apresenta uma elevada expressão quando se trata de estratégias do pilar da Valorização.

Tabela 37. Distribuição das estratégias desenvolvidas em cada pilar, por nível de intervenção (N=51 entrevistas)

PILAR	NÍVEL MICRO	NÍVEL MESO	NÍVEL MACRO
COMUNICAÇÃO	28	32	8
CAPACITAÇÃO	34	28	20
VALORIZAÇÃO	19	14	31
PARTICIPAÇÃO	31	17	14
MOBILIDADE	2	2	8

6.1.3. Impacto da intervenção

Relativamente ao impacto da intervenção do técnico de reinserção podemos constatar que os pilares da COMUNICAÇÃO e CAPACITAÇÃO são os mais referenciados nas 51 entrevistas.

No pilar da COMUNICAÇÃO, esta é entendida como um processo de partilha e de participação de uma mensagem, de forma a torná-la comum a todos os atores envolvidos sendo ainda um instrumento facilitador do estabelecimento da relação com o outro, estando na base de todos os processos (Almeida e Carvalho et al, 2018:51). Sendo o técnico de reinserção um agente que conduz a comunicação e que intervém mediante determinadas estratégias na resolução de conflitos podemos observar através da análise dos dados que, segundo os entrevistados houve melhorias significativas, tanto ao nível da comunicação como nas relações interpessoais com familiares e outros significativos.

De facto, o consumo de substâncias psicoativas conduz frequentemente à mudança de valores e consequentemente à desinserção do indivíduo. Este torna-se individualista, não se implica nem pessoal nem emocionalmente nas relações. Encontra-se em conflito interno e com os que o rodeiam (IDT, 2004:31).

No âmbito do processo de acompanhamento/ intervenção, o técnico atua para a melhoria e o aumento das competências de relacionamento interpessoal, que incluem aspetos, como: boa capacidade de comunicação (respeito pela diferença de opiniões, tolerância e aceitação), assertividade, resolução de conflitos e aumento de confiança. Estas foram as categorias mencionadas com maior expressividade.

No pilar da CAPACITAÇÃO pressupõe-se a preparação para aquisição e reconhecimento de competências e contribuir para a mudança de atitudes e de comportamentos.

Aspetos como ser responsável no cumprimento de regras, criação de rotinas de trabalho, mostrar empenho na

execução de tarefas e na capacidade para resolver problemas são competências preponderantes e identificadas como tendo sido adquiridas no processo de intervenção do técnico de reinserção. Considerando que as pessoas com CAD desta amostra têm baixa escolaridade, é bastante relevante a menção ao facto da intervenção ter contribuído para o aumento do nível de escolaridade, bem como para a sua autonomia.

Quanto ao pilar da VALORIZAÇÃO, pode-se deduzir que o trabalho em equipa e a articulação interinstitucional e intersectorial, de modo coordenado e coerente, incluindo a envolvente da pessoa, pode levar a um aumento de relações e a uma maior eficácia da atuação dos parceiros, aspetos verificados nas entrevistas realizadas.

Uma abordagem em rede traduz-se na procura de colaboração entre todos os recursos implicados e uma ação que se dirige ao meio, assim como ao indivíduo (Carvalho, 2007:35). O suporte socio-emocional da família, dos amigos, da rede de vizinhança são bastante importantes quando as pessoas com CAD estão socialmente marginalizados ou estigmatizados. Com a intervenção do técnico de reinserção, baseada nestes pressupostos, associada à conjugação destas respostas, em rede, leva a que a intervenção tenha benefícios claros para o processo de reabilitação de cada indivíduo.

O conceito de PARTICIPAÇÃO remete-nos para a esfera da cidadania, para os direitos e deveres da pessoa com CAD enquanto cidadã. Só haverá participação social quando esta for capaz de contribuir para os aspetos da vida económica, social e política de uma determinada comunidade (Carvalho, 2007:16). Destacam-se neste pilar os resultados obtidos em relação ao maior apoio por parte dos familiares ou de pessoas significativas, uma resposta mais clara às questões relacionadas com a cidadania com "uma maior consciencialização dos deveres e direitos", assim como uma maior responsabilização e envolvimento no seu próprio processo de reinserção.

O pilar da MOBILIDADE configura-se através das alterações das representações que existem sobre as pessoas com CAD e o consumo de drogas. Os preconceitos e tabus face ao fenómeno das dependências de substâncias psicoativas, particularmente as ilícitas, constituem um forte entrave ao surgimento de oportunidades e às possibilidades de inserção (Almeida e Carvalho et al, 2018:53).

A resistência das instituições, das famílias e outros elementos significativos, da comunidade à integração de pessoas com CAD, muitas vezes assentes em mitos e crenças, no preconceito e no estigma, revelam-se como obstáculos a uma plena integração social. Contudo e, no âmbito do impacto da intervenção do técnico de reinserção, importa evidenciar as referências também aqui registadas, ou seja, verificamos que houve alterações bastante positivas nas representações dos familiares, das entidades parceiras e de outros membros da comunidade,

sendo valorizado o percurso de sucesso que alguns dos entrevistados tiveram ao longo do processo de acompanhamento.

Relativamente à distribuição do impacto por pilar e por nível de intervenção (Tabela 38), a análise das entrevistas efetuadas evidencia que os resultados da intervenção incidem sobretudo no nível micro e meso, nos pilares da comunicação, capacitação e valorização. No pilar da mobilidade, verificam-se mudanças sobretudo ao nível meso e macro.

Tabela 38. Distribuição dos impactos da intervenção em cada pilar, por nível de intervenção (N=51 entrevistas)

PILAR	NÍVEL MICRO	NÍVEL MESO	NÍVEL MACRO
COMUNICAÇÃO	36	35	12
CAPACITAÇÃO	38	36	14
VALORIZAÇÃO	26	13	22
PARTICIPAÇÃO	17	8	3
MOBILIDADE	10	26	29

6.2. Perspetivas dos diferentes entrevistados

Relativamente aos três grandes componentes da análise de conteúdo: diagnóstico, intervenção desenvolvida e impacto gerado, procurou-se observar as diferenças entre as perceções dos diferentes entrevistados, tendo como referência os pilares do modelo. Foram também analisadas as diferentes perspetivas relativas à apreciação de todo o processo de acompanhamento.

6.2.1. Quanto aos problemas diagnosticados

A perspetiva dos diferentes entrevistados face aos problemas diagnosticados apresenta diferenças, quando comparados os problemas referidos nas entrevistas em cada um dos pilares.

Relativamente aos técnicos de reinserção entrevistados, há referências aos problemas do pilar da Comunicação, Capacitação e Valorização nas 18 entrevistas realizadas (que são a totalidade dos técnicos de reinserção entrevistados). Os problemas menos referidos pelos técnicos de reinserção são aqueles que se relacionam com o pilar da Mobilidade.

A situação inverte-se quando olhamos para os problemas do ponto de vista dos utentes. Os problemas do pilar da Mobilidade são os mais referidos (17). Também os problemas ligados à Comunicação são referidos em 15 entrevistas aos utentes (de um total de 18).

Na ótica dos familiares entrevistados, o que é mais valorizado são os problemas do pilar da Comunicação (13 em 15 entrevistas). As questões associadas à Mobilidade também são fortemente realçadas (12).

Do ponto de vista dos cinco pilares, verificamos que os problemas da Comunicação são aqueles que são referidos por todos os entrevistados (46 em 51 entrevistas). Os pilares da Capacitação, da Valorização e da Participação são mais valorizados pelos técnicos de reinserção e os problemas da Mobilidade referidos essencialmente pelos utentes e familiares.

Tabela 39. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização dos problemas diagnosticados, por pilar (N=51)

Entrevistado	Comunicação	CAPACITAÇÃO	Valorização	Participação	Мовшраре
Técnico de Reinserção	18	18	18	14	9
Utente	15	7	10	5	17
Familiar	13	6	6	2	12
TOTAL	46	31	34	21	38

6.2.2. Quanto à intervenção desenvolvida

Na ótica dos entrevistados, a intervenção que foi desenvolvida nos diferentes pilares tem uma valorização diferente. Os técnicos de reinserção são os principais entrevistados a referenciar os diferentes tipos de intervenção desenvolvida, em todos os pilares. Os pilares da Capacitação, da Valorização são referidos em todas as entrevistas realizadas aos Técnicos de Reinserção. Mas também a intervenção que se enquadra nos pilares da Comunicação (incluindo a resolução de conflitos) e da Participação são bastante valorizados. Por outro lado, a intervenção realizada na área da Mobilidade apresenta referências em apenas 8 entrevistas.

Do ponto de vista dos cinco pilares, verificamos que a intervenção desenvolvida mais referida pelos diferentes entrevistados é a que se refere ao pilar da Capacitação (50 em 51 entrevistas). Digamos que é aquela que adquire mais visibilidade por todos os intervenientes do processo de reinserção.

As estratégias desenvolvidas na Comunicação e na Valorização são acentuadas sobretudo pelos técnicos de reinserção, sendo que a intervenção na Participação é muito valorizada pelo utente, para além do técnico de reinserção. Importa ainda destacar a baixa referência à intervenção do pilar da Mobilidade, que é referida exclusivamente pelos técnicos de reinserção, o que pode significar que este trabalho tem pouca visibilidade para os utentes e seus familiares.

Tabela 40.Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização da intervenção desenvolvida, por pilar (N=51)

Entrevistado	Comunicação	Сарасітаçãо	VALORIZAÇÃO	Participação	Mobilidade
Técnico de Reinserção	18	18	18	16	8
Utente	12	17	14	18	0
Familiar	9	15	7	5	0
TOTAL	39	50	39	39	8

6.2.3. Quanto ao impacto da intervenção

Relativamente às referências efetuadas sobre o impacto das intervenções desenvolvidas nos vários pilares assumem uma expressão diferente de acordo com o tipo de entrevistado.

É interessante perceber que são os utentes que referenciam o maior número de impactos, mais ainda do que os próprios técnicos de reinserção, que foram responsáveis pela intervenção desenvolvida. Os pilares da Comunicação, Capacitação e Valorização são altamente valorizados quer pelos técnicos de reinserção, quer pelos utentes, no que se refere aos resultados atingidos.

Para os familiares, o maior número de referências a impactos concentra-se no pilar da Capacitação (14).

Do ponto de vista dos pilares, observamos que a área da Participação parece ser a menos referenciada quando se trata do reconhecimento dos impactos da intervenção e também sob o ponto de vista dos diferentes entrevistados é o pilar menos valorizado. Importa também referir que o pilar da Mobilidade, que apresentava referências à intervenção em apenas 8 entrevistas e exclusivamente pelos técnicos de reinserção, teve um impacto muito significativo, reconhecido por todos os intervenientes e sobretudo valorizado pelos utentes (17 em 18 entrevistas).

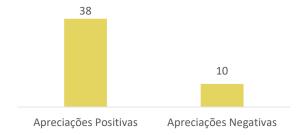
Tabela 41. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização do impacto da intervenção, por pilar (N=51)

Entrevistado	COMUNICAÇÃO	CAPACITAÇÃO	Valorização	Participação	MOBILIDADE
Técnico de Reinserção	18	18	17	11	14
Utente	18	18	18	11	17
Familiar	12	14	3	1	11

6.2.4. Quanto ao processo de acompanhamento

No âmbito das entrevistas realizadas, foram incluídas questões para avaliar genericamente o processo de acompanhamento, na sua totalidade. As perceções obtidas encontram-se no gráfico 86.

Gráfico 86. Avaliação do processo de acompanhamento (N=38)



As apreciações sobre o processo de acompanhamento foram recolhidas em 38 entrevistas. Todas apresentaram apreciações de carácter positivo, mas em 10 foram encontradas simultaneamente apreciações negativas.

Em nenhuma entrevista foram identificadas apenas apreciações negativas. Procurou-se perceber se as perceções positivas e negativas tinham expressão diferente quando olhadas sob o ponto de vista dos diferentes tipos de entrevistados.

Tabela 42. Apreciações sobre o processo de acompanhamento, por tipo de entrevistado

		UTENTE	TÉCNICO
Apreciações Negativas	5	5	0
Apreciações Positivas	15	17	6
Total de entrevistas (sem duplicações)	15	17	6

Verifica-se que as apreciações registadas resultam sobretudo das perceções dos familiares e dos utentes, uma vez que os técnicos apenas contribuem para os dados apresentados em 6 entrevistas. As perceções negativas distribuem-se de forma idêntica entre os utentes e os seus familiares, sendo que o número de perceções positivas é mais elevado nas entrevistas aos utentes.

Foram observadas múltiplas opiniões e perceções que remetem para uma avaliação do processo, codificadas em 29 diferentes categorias. Estas categorias foram agregadas em quatro grandes grupos, de forma a facilitar a sua análise (Gf. 87).

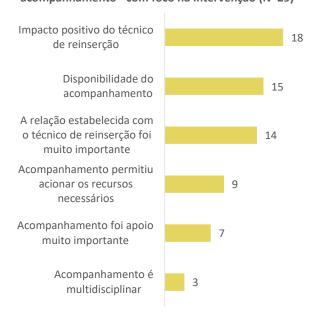
Gráfico 87. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento (N=38)



Estas categorias estão relacionadas com a própria intervenção social (76%); com o processo terapêutico (61%); com aspetos de âmbito individual e interpessoal (53%); com a família (50%).

No gráfico 88 são apresentadas as categorias de avaliação que têm foco na intervenção:

Gráfico 88. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco na intervenção (N=29)



As apreciações que têm foco na intervenção demonstram um elevado desempenho dos técnicos de reinserção, que através da sua intervenção permitiram atingir impactos positivos (18). Este reconhecimento traduz-se nos excertos seguintes de familiar e utente de CRI, que realçam o papel fundamental que o técnico de reinserção desempenhou, transmitindo segurança e motivação ou facilitando a ocorrência dos diferentes resultados atingidos.

"A partir do momento em que eu entrei aqui [...], foi um alívio. Senti-me mais segura. Senti-me muito segura. Senti que a minha filha estava com a força que ela tem, que ela mostrou, quando fomos daqui ela começou logo a fazer as malas, foi muito bem para mim, foi muito bom para ela."

(Familiar, CRI, C 01)

"Foi e é muito importante, tem sido benéfico em todos os aspetos no geral, na vida familiar, na minha saúde na entrada em metadona, no tratamento da Hepatite C, no Curso de Formação, no geral, sempre que tinha que dar passos através da técnica de reinserção tudo era mais facilitado." (Utente, CRI, C 12)

Foi também notada a disponibilidade dos técnicos no acompanhamento aos utentes e/ou familiares (15), o que se traduziu sobretudo na capacidade de apoiar as pessoas de forma flexível, dando resposta sempre que necessário. A relação estabelecida com o técnico de reinserção foi valorizada em 14 entrevistas, tendo sido considerada como muito importante. Além destes aspetos que acentuam características positivas do técnico de reinserção, foram ainda referidas apreciações que remetem para a eficácia do acompanhamento, por ter permitido acionar os recursos necessários (14), por ter sido muito importante (7) ou por ter um carácter multidisciplinar (o que foi valorizado em 3 entrevistas).

Os relatos dos utentes demonstram que o acompanhamento foi efetivamente muito importante e permitiu a normalização e estabilização da sua vida, através do acesso a recursos e/ou do apoio familiar.

"Foi ter uma vida melhor, ter uma vida estável, voltar a ter aquilo que eu tinha antes e sentir-me uma pessoa útil para mim e para os outros. Voltar a ter as coisas que eu tinha, o meu carro, a minha família, a minha casa, a minha saúde, o meu trabalho. Foi tudo valias. Só consegui valias. Não perdi."

(Utente, CRI, C 11

"Foi, e é muito importante por tudo o que fui dizendo.

Atualmente tenho uma casa com condições onde vivo com a minha mãe. Uma instituição que faz o apoio domiciliário.

Tenho uma prótese dentária que me vai facilitar a integração num curso ou num trabalho. Conto com o apoio da família, o meu cunhado é quem me dá a medicação. O meu filho tem-me contactado e o meu sobrinho continua a apoiar-nos também, vai lá a casa todos os dias." (Utente, CRI, C 13)

Quando o foco é o processo terapêutico (Gf. 89), as apreciações valorizam o facto de o acompanhamento ter sido o motor da mudança e da motivação necessária para produzir as alterações desejadas.

Gráfico 89. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco no processo terapêutico (N=23)



Este aspeto é realçado pelo relato de uma pessoa de referência, que considera o acompanhamento pelo técnico de reinserção como a "peça chave" para a mudanca atingida.

'Para mim, a peça chave de toda a situação foi a técnica de reinserção e o acompanhamento aqui. Não tenho dúvidas disso porque ele fez desintoxicação, mas já tinha feito na outra vez e enquanto não houve o desenrolar de situações aqui e este acompanhamento aqui, foi de extrema importância, para mim foi a peça chave da reabilitação."

(Pessoa de Referência, CRI, C 16)

Permitiu ainda obter ganhos significativos como a autonomia (6), mais esclarecimento e informação (6), motivação para o tratamento (5), abstinência (5) e a recuperação de projetos de vida (4).

O relato de uma pessoa de referência ilustra como o acompanhamento permitiu construir de forma progressiva a autonomia do utente, mudando radicalmente a sua vida.

"No caso do (nome do utente) é indicado eu dizer que lhe mudou a vida de uma forma muito progressiva e muito gradual e drástica. Ele encontrava-se numa situação de sem abrigo, numa situação de completa marginalização, dependência, e vivia toda a vida, aliás também a família dele viveu do sistema um bocadinho dos subsídios e ele estava naturalmente nesse caminho e nesse processo. Hoje ele é uma pessoa autónoma, independente, que vive, continuar a precisar de ajuda, como eu também preciso de ajuda."

(Pessoa de Referência, CRI, C 08)

Importa ainda referir as apreciações relacionadas com o ponto de vista individual e interpessoal (Gf. 90). Neste âmbito, foram salientados aspetos extremamente importantes e que demonstram que a intervenção, do ponto de vista dos entrevistados, teve um impacto significativo na melhoria da vida e no bem-estar de utentes e familiares.

Gráfico 90. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco individual e interpessoal (N=20)



A melhoria de todos os aspetos da sua vida, referido em 10 entrevistas, remete-nos para uma intervenção cuja eficácia ultrapassa as alterações no âmbito dos CAD e que produz efeitos nas várias áreas de vida do cidadão. O ganhar gosto pela vida, mudando a forma de olhar para a sua própria existência, é o resultado salientado pelo utente de um CRI:

"Foi importante em vários sentidos, pá [...] Foi importante ganhar gosto pela vida. A resposta mais fácil de dar é esta. É que eu, hoje em dia, sou um gajo que tenho gosto à vida.

Antigamente não tinha [...] Hoje vejo a vida com outros olhos, pá!" (Utente, CRI, C 06)

O acompanhamento permitiu também a resolução de problemas e situações de crise (7), permitindo que a vida voltasse ao normal (4) e proporcionando o apoio necessário para que os cidadãos se sintam apoiados, valorizados e mais confiantes (3). A intervenção em situações de crise permite evitar consequências mais gravosas, tal como refere o utente de uma UA, valorizando a intervenção desenvolvida pela técnica de reinserção.

"Foi a reinserção na sociedade. [...] Problemas que tive com o RSI, porque houve uma falha e não veio. Contacto com o senhorio. Era intermediária (a técnica de reinserção). Se tivesse sozinho tinha que pegar nas minhas coisas e ir para a rua. E aí podia ser uma recaída grande." (Utente, UA, C 05) Por fim, foram ainda indicadas apreciações positivas que se relacionam com a família. Na perspetiva de alguns dos entrevistados, o acompanhamento do técnico de reinserção foi marcante para o sistema familiar, tendo produzido diversas alterações positivas. (Gf. 91)

Gráfico 91. Apreciações positivas ao processo de acompanhamento - com foco na família (N=19)



O acompanhamento foi importante para familiares (8) e em alguns casos ocorreu desde o início do processo de tratamento (7). Na opinião de um familiar, o acompanhamento foi uma aprendizagem muito rica, que permitiu conseguir lidar de forma adequada com o seu familiar, sempre que ocorria um momento de crise.

dava o apoio porque eu ia-me a baixo e ele através até de um telefonema, a maior parte até foi por telefone, ele conseguia-me acalmar e não sei de onde é que vinham as forças para eu [...]" (Familiar, CRI, C 06)

Por outro lado, criou esperança em resultados positivos (6). Permitiu dar mais calma e confiança a familiares, construindo expetativas positivas face à reabilitação, tal como transmitido no excerto:

"Um dos aspetos é esse. Não ter tanta ansiedade. Andar mais calma e pensar que a vida da minha filha [...] tenho a certeza que a minha filha vai sair disto, vai sair deste problema." (Familiar, CRI, C 01)

Foram ainda referidos outros impactos relevantes, tais como: aumentou o bem-estar do familiar (5); permitiu uma maior aceitação no seio da família (3); permitiu diminuir a conflitualidade familiar (3) e permitiu a reunificação familiar (2).

Do ponto de vista das apreciações negativas, foram identificadas 6 categorias que apresentam uma expressão reduzida em termos de número de entrevistas (10). Estas categorias podem dividir-se em dois grupos: com foco no utente e com foco nas condições da intervenção (Gf. 92).

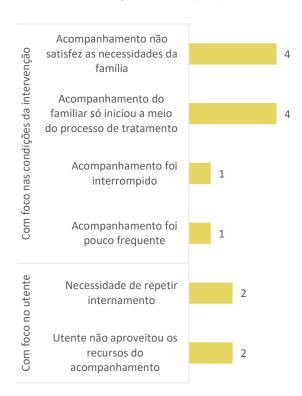
Considerando os aspetos relacionados com as condições da intervenção, o acompanhamento não satisfez as necessidades da família (4), só iniciou a meio do processo de tratamento (4), foi interrompido (1) e foi pouco frequente (1).

Os relatos do familiar e utente de CRI demonstram que não foram cumpridas as expetativas existentes em relação ao acompanhamento pelo técnico de reinserção, seja porque não foi efetuado um atendimento individual ao familiar, seja pela pouca frequência do mesmo.

"Eu gostava, também, de falar da minha posição nisto, porque, também me afeta imenso. Mas nunca me atenderam sem ser na presença do (utente)." (Familiar, CRI, C 02) "Sempre ligado à Segurança Social, por causa do pagamento à comunidade. De resto, poucas vezes estou com o (técnico de reinsercão)." (Utente, CRI, C 02)

As restantes apreciações negativas não remetem diretamente para a intervenção desenvolvida e prendem-se com aspetos ligados à ocorrência de recaídas ou outros fatores condicionadores da intervenção.

Gráfico 92. Apreciações negativas ao processo de acompanhamento (N=10)



6.3. Diagrama analítico de resultados

A análise de conteúdo efetuada às 51 entrevistas realizadas permitiu constituir, com base nas perceções de técnicos de reinserção, utentes e familiares, um conjunto complexo de categorias que traduzem as três principais componentes explanadas neste relatório:

- O diagnóstico social que resulta da análise dos casos efetuada pelos técnicos de reinserção;
- Os processos e estratégias de intervenção que foram desenvolvidas com o objetivo de atuar nas condições de vulnerabilidade diagnosticadas, facilitar mudanças a nível micro, meso e macro, e promover a reinserção das pessoas com CAD;
- A avaliação dessa intervenção, traduzida pelo impacto percecionado e/ou resultados atingidos.

Esta análise mantém como referência os cinco pilares da intervenção previstos no modelo de mediação social e comunitária, que permitiram organizar e dar sentido à informação.

Com o objetivo de produzir uma visão mais resumida das categorias e suas interações, foi contruído um diagrama analítico onde constam as principais categorias verificadas em todos os pilares. Para facilitar a análise foi definida uma linha de corte de ocorrência de conteúdo no mínimo em 5 dos 18 casos em estudo. Deste modo, a figura 9 mostra as principais categorias, tendo em conta o número de casos onde elas foram referenciadas e não o número de entrevistas, tal como apresentado ao longo deste relatório. Esta opção resulta da tentativa de identificar um padrão, um perfil de sentido e significado de relação entre as categorias analisadas, considerando a totalidade dos casos.

COMUNICAÇÃO |18|

Conflitualidade...

- familiar | 17 |
- laboral | 7 |
- com pares [5]
 Dificuldade...
- em falar sobre si próprio [9]
- nas relações interpessoais [8]
 Desconfiança em relação à unidade
 local [5]

CAPACITAÇÃO |18|

Falta de...

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS |n.º de casos |

- competências pessoais, sociais e relacionais | 12 |
- conhecimentos sobre os CAD |11|
 Fragilidade emocional
 e psicológica |6|
 Sentimento de incapacidade e
 incompetência |5|

VALORIZAÇÃO |18|

Falta de habitação | 10 |
Desemprego | 9 |
Necessidades básicas, de
subsistência | 9 |
Solidão e isolamento | 8 |
Crianças e jovens em risco | 5 |
Problemas de saúde | 5 |

PARTICIPAÇÃO | 15 |

Falta de apoio da família **[8]** Falta de envolvimento no processo terapêutico **[7]**

MOBILIDADE | 18|

Comunidade local estigmatiza as pessoas com CAD |16|

COMUNICAÇÃO |18|

Acompanhamento da família |17| Estabelecimento de relação de confiança |16| Aceitação incondicional positiva |7|

Consultas conjuntas com os familiares [6]

Promoção da comunicação com a família sem intervenção familiar |5|

Intermediação entre utentes e entidades [7]

Negociação |8|

Intervenção com famílias, mediação familiar |6|

CAPACITAÇÃO |18|

Formação profissional **|15|** Sensibilização e formação em CAD...

• às famílias |10|

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO |n.º de casos|

PROCESSOS E

• aos parceiros | 10 |

Grupos de treino de competências...

- ajuda ou terapêuticos [7]
- ou grupos de famílias [5]

Desenvolvimento de competências...

- no acompanhamento em consulta |11|
- de empregabilidade [5]

Outros programas de emprego [5]

VALORIZAÇÃO 18

Articulação com parceiros da comunidade | 17 |
Acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos | 12 |
Passagem de informação a outras equipas | 10 |
Envolvimento de elementos da rede primária | 9 |

PARTICIPAÇÃO | 18 |

Monitorização e avaliação dos resultados atingidos | 14 |
Definição de objetivos em conjunto com o utente | 11 |
Informação sobre direitos e deveres | 11 |
Elaboração de Plano Individual de Inserção | 10 |
Contacto com familiar ou pessoa significativa | 10 |
Estabelecimento de objetivos em conjunto com parceiros | 7 |
Motivação para a mudança | 5 |
Estabelecimento de compromissos com a família | 5 |

MOBILIDADE [8]

Desconstruir mitos e preconceitos sobre as pessoas com CAD |6|

COMUNICAÇÃO |18|

Melhoria...

- das relações interpessoais com familiares e outros significativos | 14 |
- da comunicação | 14 |
- das relações interpessoais |13|
 Esclarecimento e informação |13|
 Maior adesão ao processo terapêutico |10|

Aumento...

- da confiança dentro da família [6]
- da rede de apoio familiar 6
- da capacidade de falar sobre si próprio | 6 |
- da confiança no processo terapêutico | 6 |

 Restabelecimento de laços familiares | 5 |

CAPACITAÇÃO |18|

Resolução de conflitos [9]

Aumento...

IMPACTO DA INTERVENÇÃO |n.º de casos

- de competências para lidar com pessoas com CAD | 17 |
- dos conhecimentos sobre a doença [12]
- de competências relacionais [8]
- de conhecimentos 8
- do nível de escolaridade | 5 | Confiança em si próprio, assertividade | 15 |

Compreensão e aceitação | 10 |
Autoestima | 13 |

Responsabilidade | 8 | Reflexão e sentido crítico | 6 |

Capacidade para resolver problemas [6]

Criação de rotinas de trabalho **[6]**Otimismo e positividade **[5]**

Autonomia [5]

Humildade e disponibilidade para ajudar os outros | 5 |

Respeito pelos outros [5]

VALORIZAÇÃO | 18 |

Aumento da rede de relações | 15 | Eficácia na atuação dos parceiros | 9 |

Integração profissional |10|

Não houve impacto na rede de relações e de suporte social [5]

Novos protocolos de parceria ou acordos [5]

PARTICIPAÇÃO |15|

Maior apoio por parte de familiares ou pessoas significativas | 8 | Consciencialização ao nível de direitos e deveres | 8 | Responsabilização | 7 |

MOBILIDADE | 18|

Alteração das representações...

- dos familiares | 13 |
- das entidades parceiras [13]
- de membros da comunidade | 11 |

Valorização do percurso de sucesso por parte de membros da comunidade |5| Alteração de comportamentos por parte de membros da comunidade |5|

168

 RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO EFETUADO, OS PROCESSOS / ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E O IMPACTO DO MODELO MSC A NÍVEL PESSOAL, SOCIAL E COMUNITÁRIO

O diagnóstico social constitui a etapa inicial do processo de intervenção para a reinserção de pessoas com CAD e traduz-se na identificação e avaliação dos principais problemas e vivências dos utentes e estruturas de apoio. Os resultados indicam que foram identificados problemas em todos os casos e nos cinco pilares de intervenção, embora com expressão diversa. Apenas no Pilar da Participação o número de casos que apresenta problemas é inferior (15) à sua totalidade (18).

Por ordem de relevância dos problemas, avaliada tendo por base o número de casos identificados em cada pilar, há a assinalar o seguinte:

- 1. Os problemas no domínio da comunicação são os mais prevalentes e nele a conflitualidade familiar constitui o problema mais relevante (17 dos 18 casos), seguida da conflitualidade laboral (7) e entre pares (5); A dificuldade das pessoas falarem sobre si próprios (9) e de estabelecer relações interpessoais (8) constitui um padrão de diagnóstico em grande parte dos casos estudados;
- 2. Com elevada expressão, segue-se a identificação de problemas no pilar da mobilidade, relacionados com a existência de preconceitos associados aos CAD e às pessoas que consomem drogas, sobretudo problemas associados à perceção da estigmatização das pessoas com CAD por parte da comunidade (16);
- 3. No pilar da capacitação, a falta de competências pessoais, sociais e relacionais (12) bem como a falta de conhecimentos sobre os CAD (11) estão presentes também na maioria dos casos; A população estudada

- mostra ainda fragilidades emocionais e sentimentos de incompetência e incapacidade perante os desafios;
- 4. Todos os casos apresentam necessidades e carências que minimizam a condição de cidadania, destacandose a falta de habitação (10), o desemprego (9) e as necessidades básicas de subsistência (9); A solidão e o isolamento (8), a existência de crianças e jovens em risco (5) e problemas de saúde (5) são igualmente diagnosticados em número significativo de casos;
- Foram diagnosticados défices na participação de utentes e familiares em 15 casos, tanto no processo de reinserção (8), como no processo terapêutico (7).

No que concerne aos processos e estratégias de intervenção, os resultados indicam que houve atuação dos técnicos de reinserção em todos pilares, havendo uma correspondência entre o número de casos onde foram diagnosticados problemas e o número de casos em que foi registada intervenção.

Apenas no pilar da mobilidade a intervenção desenvolvida não corresponde à totalidade dos casos com problemas diagnosticados (18 com problemas associados à estigmatização), tendo havido intervenção registada apenas em 8 casos, através de desconstrução de mitos e preconceitos. Ou seja, em cada 2 casos 1 não foi intervencionado.

Para atuar sobre os problemas de comunicação, foram utilizadas estratégias de acompanhamento da família (17), de forma individual ou em consulta conjunta com os utentes (6), e o estabelecimento de relação de confiança (16).

Outra estratégia relevante para a intervenção na comunicação é a aceitação incondicional positiva (7), que reforça a relação de confiança entre o utente e o técnico de reinserção, uma condição essencial para o desenvolvimento de uma relação de proximidade relacional com eficácia no campo do diagnóstico e da intervenção. A intermediação entre utentes e entidades (7) e a negociação (8) constituem estratégias igualmente usadas. Considerando que a conflitualidade familiar constitui um elemento dominante e transversal à quase totalidade da população estudada, que as dificuldades de comunicação tanto sobre si próprio como nas relações interpessoais estão presentes em quase metade da população e que a conflitualidade laboral e entre pares está presente em mais de ¼ da população, estas evidências apontam para uma consistência adequada entre estratégias e problemas.

Mas o processo de reinserção é contínuo. E se as evidências mostram a centralidade da comunicação no processo de reinserção segundo o modelo MSC, o diagrama mostra ainda que o número de estratégias é superior ao número de diagnósticos, uma vez que as estratégias são mediadoras na relação entre meios mobilizados e fins esperados. Deste modo, o diagrama coloca em evidência a permeabilidade entre estratégias, apenas aqui segmentadas por pilares para efeitos de análise.

Os processos de capacitação implicam estratégias potenciadoras da valorização de competências dos sujeitos, adequadas à natureza dos problemas diagnosticados e às caraterísticas dos sujeitos da intervenção (profissionais, utentes, famílias e parceiros envolvidos no processo de reinserção). Assim, as estratégias de capacitação identificadas e expressas neste diagrama mostram-se adequadas aos problemas diagnosticados neste pilar, mas revertem-se em outros pilares, designadamente no da mobilidade (por exemplo, a estratégia de sensibilização e formação em CAD às famílias e aos parceiros em 10 casos). A integração em

cursos de formação (em 15 casos) e o desenvolvimento de competências de empregabilidade constituem estratégias de desenvolvimento de competências diagnosticadas mas simultaneamente constituem uma resposta ao problema do desemprego identificado no pilar da valorização em metade da população estudada; também a intervenção através de grupos de treino de competências (terapêuticos ou grupos de famílias) e o desenvolvimento de competências de acompanhamento em consulta (11) contribuem para o aumento de competências cujo deficit fora diagnosticado no pilar da capacitação, e simultaneamente favorecem o envolvimento dos sujeitos e da família no processo terapêutico (cuja falta foi igualmente diagnosticada), valorizando desse modo a participação.

Quanto às estratégias de valorização, a articulação com parceiros da comunidade (17) e o acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos (12) são estratégias relevantes na construção de resposta para a procura diagnosticada, uma teia complexa de problemas identificados nesse pilar (habitação, desemprego, necessidades básicas, saúde, crianças em risco, solidão e isolamento) mas constituem igualmente uma estratégia importante para, com a estratégia de desconstrução de mitos e preconceitos sobre pessoas com CAD, intervir a nível do problema da estigmatização das pessoas com CAD, pela comunidade local, diagnosticado no pilar da mobilidade. A passagem de informação a outras equipas (10) e o envolvimento de elementos da rede primária (9) são igualmente estratégias relevantes usadas no pilar da valorização, mas também importantes a outros níveis, designadamente ao nível do pilar da participação (envolvimento da família no processo terapêutico e na reinserção).

Embora o pilar da participação seja aquele que regista menor número de casos com diagnóstico de problemas nesse domínio, o diagrama identifica diversas estratégias relevantes e que mostram o processo de intervenção participado e colaborativo, independente do diagnóstico efetuado. São usadas estratégias de participação em todos os casos, desde a monitorização e avaliação dos resultados (14); a definição de objetivos em conjunto com o utente (11); a informação sobre direitos e deveres (11) e a motivação para a mudança (5), igualmente importantes no processo de capacitação dos utentes e famílias, através de processos de social advocacy; a elaboração de planos individuais de inserção (10); contactos com familiares e pessoas significativas (10); estabelecimento de objetivos em comum com parceiros (7), de forma articulada com estratégias do pilar da valorização (acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos) são úteis para responder à complexa teia de problemas diagnosticados naquele pilar.

Quanto aos efeitos da intervenção, neste modelo identificados como impactos analisados sob o prisma dos resultados alcançados, eles fazem-se sentir em todos os pilares do modelo MSC. Quais são os principais impactos?

Perante a permeabilidade dos processos e estratégias de intervenção e a forte ligação entre o diagnóstico e estratégias utilizadas, os dados espelham uma elevada eficiência e eficácia do modelo, a diferentes níveis, designadamente:

A melhoria da comunicação em mais de 70% dos casos a nível das relações interpessoais, e da comunicação (14), com familiares ou outras pessoas significativas (14), e na prestação de esclarecimentos e informação (13), maior adesão ao processo terapêutico (10), e na resolução de conflitos (9), aumento da confiança,

- maior capacidade de comunicação sobre si próprio e restabelecimento dos laços familiares;
- 2. O modelo mostra-se igualmente eficaz no plano da capacidade de aumentar competência empoderadoras das pessoas com que os técnicos de reinserção interagem. Neste domínio os técnicos de reinserção favorecem o aumento de competências para lidar com os CAD (17), de conhecimentos sobre a doença (12), de competências relacionais (8), potenciam a melhoria da autoestima, reflexão e sentido crítico (6), a capacidade de resolver problemas (6), criação de rotinas de trabalho (6), otimismo, positividade, autonomia, disponibilidade para ajudar os outros e respeito pelos outros em mais de ¼ dos casos.
- 3. Também no campo da valorização dos sistemas, da promoção da participação e da mobilidade, os resultados evidenciam elevada eficiência e eficácia: em mais de 80% dos casos ocorre um aumento da rede de relações, em mais de 70% dos casos ocorre um aumento de apoios sociais e alteração das representações sobre os CAD em familiares e entidades parceiras e integração profissional; Também a valorização no domínio da habitação e alteração das representações sobre o CAD em membros da comunidade, apresenta uma eficácia superior a 60% dos casos.
- 4. O pilar da participação é o que apresenta menor número de problemas, mas com impacto em todos os casos onde os mesmos foram diagnosticados designadamente pela verificação de maior apoio da família ou pessoas significativas, consciencialização ao nível dos direitos e deveres e maior responsabilização no processo de reinserção.

6.4. Potencialidades e limites do Modelo de Mediação Social e Comunitária

A análise SWOT (Strengths, Weaknesses,
Opportunities and Threats – forças, fraquezas,
oportunidades e ameaças) foi desenvolvida há
mais de 50 anos por Kenneth Andrews e Roland
Christensen, dois professores da Harvard
Business School, como suporte à definição das
estratégias organizacionais em relação ao seu
ambiente (Valentim, 2001; Panagiotou, 2003).

Trata-se de uma ferramenta de apoio a tomada de decisão que examina os pontos fortes e fracos de uma empresa ou de um projeto, bem como as oportunidades e as ameaças do contexto envolvente em que estes se encontram (Fig. 10). É uma das ferramentas clássicas de análise estratégica muito útil no campo da avaliação e consequente perspetivação da ação futura. Dada a sua focalização em fatores internos e externos, a análise SWOT adequa-se a múltiplas avaliações sociais, nomeadamente com indivíduos e famílias (Sousa e D'Almeida, 2016).

Figura 10. Matriz Analítica da Avaliação SWOT

	FATORES POSITIVOS	FATORES NEGATIVOS
FATORES	Strenghts FORÇAS	Weaknesses FRAQUEZAS
FATORES EXTERNOS	Opportunities OPORTUNIDADES	<i>Threats</i> AMEAÇAS

No contexto desta pesquisa, a sua utilização visa reduzir as áreas de incerteza relacionadas com a implementação da intervenção em processos de reinserção em CAD e tem por objetivo: salientar os fatores dominantes que influenciam a intervenção, a nível interno e externo e produzir orientações estratégicas relevantes, aliando o processo de intervenção ao seu contexto específico. Por outro lado, a análise SWOT é aqui utilizada para examinar a validade do modelo de mediação analisado, e recomendar mudanças se tal se considerar relevante.

O uso desta ferramenta em processos de avaliação possui a capacidade de conceber uma imagem sistemática das relações entre o modelo de intervenção avaliado e o seu ambiente externo.

No AMBIENTE INTERNO foram consideradas evidências sobre a intervenção dos recursos humanos (técnicos de reinserção), processos e estratégias de intervenção e condições objetivas internas associadas ao desenvolvimento da intervenção nos casos em estudo (condições organizacionais e de formação).

Como AMBIENTE EXTERNO considerou-se todo o contexto envolvente, a nível micro, meso e macro, tais como as políticas de apoio vigentes, os utentes, as famílias, as comunidades locais, as entidades parceiras e as suas respostas.

O objetivo central desta análise traduz-se na reflexão sobre os limites e as potencialidades do modelo de intervenção de mediação social e comunitária, de forma a colocar em evidência os riscos a considerar e quais os problemas a resolver, assim como as vantagens e oportunidades a explorar. A análise SWOT está configurada na figura 11, e foi construída a partir dos resultados obtidos pela análise de conteúdo efetuada.

Figura 11. Análise SWOT do Modelo de Mediação Social e Comunitária em CAD

ORCAS (strenaths)

Perceção positiva dos entrevistados sobre a intervenção desenvolvida.

- Qualidade e profissionalismo dos técnicos de reinserção.
- Eficácia da intervenção desenvolvida.
- Múltiplos efeitos e impactos gerados pela intervenção desenvolvida.

FRAQUEZAS (weaknesses)

- Necessidade de formação contínua dos técnicos de reinserção para intervirem com famílias numa ótica de resolução de conflitos ou de terapia familiar.
- Falta de perceção dos entrevistados sobre as mudanças e impactos decorrentes da intervenção.
- Pouca intervenção ao nível da alteração das representações associadas aos CAD, em relação ao diagnóstico realizado.
- Intervenção promotora da participação dos atores (utente e família) pouco geradora de impacto positivo.
- Longa duração dos processos de acompanhamento.

OPORTUNIDADES (opportunities)

- Resultados atingidos constituem oportunidades para o garante do sucesso da reinserção.

- Mudanças das representações sobre os CAD produzidas pela intervenção desenvolvida.
- Perceção positiva sobre a participação dos familiares no processo de reinserção.
- Avaliação positiva da articulação interinstitucional.
- Articulação interinstitucional potenciadora da criação de novas parcerias.

AMEAÇAS (threats)

- Diagnóstico que evidencia múltiplas e multidimensionais problemáticas presentes, espelhando a fragilidade individual e social dos sujeitos acompanhados pelos técnicos de reinserção.
- Forte incidência de problemas associados à existência de preconceitos sobre os CAD e sobre as pessoas que consomem drogas.
- Difícil mensuração da alteração das representações sobre CAD e sobre as pessoas que consomem drogas.
- Dificuldade de alguns familiares em acompanhar de forma próxima o processo de reinserção.
- Dificuldades na articulação interinstitucional ameaçam a concretização dos itinerários de inserção.

Considerando o ambiente interno, que se relaciona sobretudo com a intervenção desenvolvida e as condições para essa intervenção, foram identificados os seguintes aspetos positivos ou FORÇAS:

intervenção positiva dos entrevistados sobre a intervenção desenvolvida. As apreciações sobre o processo de acompanhamento foram recolhidas em 38 entrevistas. Todas apresentam apreciações de carácter positivo, mas em 10 foram encontradas simultaneamente apreciações negativas. Em nenhuma entrevista foram identificadas apenas apreciações negativas. Estas apreciações são transmitidas sobretudo pelos utentes e seus familiares. Por outro lado, são os utentes que mais referenciam impactos positivos da intervenção desenvolvida, o que coloca em evidência a importância dos resultados atingidos e o reconhecimento que a intervenção mereceu por parte dos sujeitos.

- Qualidade e profissionalismo dos técnicos de reinserção. Grande parte das apreciações dos entrevistados sobre o processo de acompanhamento (29 em 38 entrevistas) referem um elevado desempenho dos técnicos, seja pelos resultados obtidos, pela disponibilidade no acompanhamento, seja pela qualidade da relação estabelecida.
- e Eficácia da intervenção desenvolvida. A análise das apreciações ao processo de acompanhamento evidencia que a intervenção teve um impacto significativo no bem-estar de utentes e familiares. A "melhoria de todos os aspetos da sua vida", categoria referida em 10 entrevistas, demonstra uma intervenção cuja eficácia ultrapassa as alterações no âmbito dos CAD e que produz efeitos nas várias áreas de vida do cidadão. Por outro lado, a intervenção desenvolvida gerou impactos que foram sentidos pelos entrevistados como positivos e que permitiram

modificar as condições de fragilidade que foram identificadas no diagnóstico. Em todos os casos onde foram diagnosticados problemas, houve estratégias que foram desenvolvidas para a sua resolução, encontrando respostas adequadas às necessidades. Esta intervenção permitiu que, no âmbito das entrevistas, fosse identificado impacto positivo em todos os casos e em todos os pilares de intervenção.

• Múltiplos efeitos e impactos gerados pela intervenção desenvolvida, que se traduzem em mudanças no âmbito individual e interpessoal, mas também em resultados ao nível familiar e institucional. A comunicação e a capacitação foram áreas muito desenvolvidas ao nível individual e familiar, mas a intervenção permitiu atingir também entidades parceiras e a própria comunidade, em alguns casos.

Ainda relativamente ao ambiente interno, foram identificadas as seguintes fragilidades ou FRAQUEZAS:

- Necessidade de formação contínua dos técnicos para intervirem com famílias numa ótica de resolução de conflitos ou de terapia familiar. Esta questão foi verbalizada por alguns técnicos, enquanto fator condicionador da intervenção. Considerando que o problema mais referenciado é a conflitualidade, em especial ao nível familiar, é fundamental que a intervenção permita a resolução de conflitos. Os dados mostram que foram identificados conflitos em 41 entrevistas, mas a intervenção especificamente dirigida aos conflitos foi referida em apenas 32 entrevistas. A avaliação da intervenção do técnico de reinserção na resolução dos conflitos foi positiva em 23 entrevistas, mas só em 11 entrevistas esta intervenção permitiu a resolução do conflito.
- Falta de perceção dos entrevistados sobre as mudanças e impactos decorrentes da intervenção.
 Ocorrem situações residuais em que os impactos da intervenção são percecionados como negativos, apesar da tendência francamente positiva da avaliação efetuada. Existem ainda situações em que a não foi

- percetível o efeito da intervenção. A baixa ocorrência destas situações não retira a importância de desenvolver estratégias que sejam potenciadoras do aumento da consciência sobre as mudanças ocorridas.
- Os problemas associados à discriminação das pessoas com CAD são os menos referidos pelos técnicos de reinserção no âmbito do diagnóstico realizado e altamente valorizados e referenciados pelos utentes. Assim, verifica-se pouca intervenção ao nível da alteração das representações sobre os CAD, em relação ao diagnóstico realizado. Do ponto de vista dos casos em estudo, todos apresentam problemas associados a esta problemática, mas só em 8 casos houve uma intervenção especificamente dirigida à desconstrução de mitos e preconceitos sobre os CAD ou ao aumento de conhecimentos sobre esta problemática por parte da comunidade. Por outro lado, esta intervenção é totalmente invisível ou pouco relevante para os utentes e familiares entrevistados, já que não fazem qualquer referência à sua existência no decurso das entrevistas.
- Intervenção promotora da participação dos atores (utente e família) pouco geradora de impacto positivo. Quando não se verifica a elaboração conjunta de um plano individual de inserção, por exemplo, o envolvimento dos utentes pode diminuir e constitui um obstáculo à avaliação do processo de reinserção. Em 12 de 51 entrevistas foram referenciadas esta e outras falhas na promoção da participação. A monitorização regular dos resultados atingidos, em conjunto com o utente e familiar, é fundamental para aumentar a perceção dos passos atingidos, reforçando a motivação e todo o processo de mudança.
- Longa duração dos processos de acompanhamento. Os casos estudados foram alvo de acompanhamento que se prolongou no tempo, já que um terço dos utentes foram acompanhados durante pelo menos 10 anos e 17% durante 20 anos ou mais, ou seja mais de 50% dos utentes foram acompanhados durante mais de 10 anos.

Relativamente ao ambiente externo, que se refere a todo o contexto envolvente à intervenção, podem ser identificadas as seguintes OPORTUNIDADES:

- Resultados atingidos constituem oportunidades para o garante do sucesso da reinserção. O aumento da capacidade de comunicação (14) e de relacionamento interpessoal (14), das competências para lidar com pessoas com CAD (17), das competências pessoais e sociais (15), da rede de relações (15) e o maior apoio por parte de familiares ou outras pessoas significativas (8) sinalizam consistência no processo de reinserção e sustentabilidade nas mudanças produzidas.
- Mudanças das representações sobre os CAD produzidas pela intervenção desenvolvida. A intervenção possibilitou uma diminuição do estigma associado aos CAD e permitiu a alteração dos comportamentos face às pessoas que consomem drogas. Estas alterações registaram-se nos 18 casos em estudo e incidiram na família, na comunidade e nas entidades parceiras. A expressão destes resultados é ainda maior se considerarmos que apenas em 8 casos foram referidas estratégias especificamente dirigidas à promoção de alterações das representações sobre os CAD. Apesar disto, o efeito das demais estratégias desenvolvidas na comunicação, capacitação e valorização permitiram contribuir para a modificação das perceções sobre os CAD, ao proporcionarem mais informação e compreensão sobre a problemática.
- Perceção positiva sobre a participação dos familiares no processo de reinserção. Os entrevistados percecionam o apoio familiar como extremamente importante para o sucesso do processo (25 entrevistas), constituindo-se como um agente terapêutico. Este aspeto é reforçado quando se analisa o efeito da intervenção, que coloca em evidência um maior apoio por parte de familiares ou de outras pessoas significativas (10 entrevistas).
- Avaliação positiva da articulação interinstitucional.
 Em 35 entrevistas foram identificadas referências à importância da articulação com entidades parcerias,

- tida como fundamental para a concretização dos planos de inserção. Por outro lado, através da análise do impacto da intervenção, é possível concluir que o contributo de parceiros permitiu mobilizar recursos terapêuticos, sociais, laborais, de apoio familiar e de apoio jurídico, referidos em 39 entrevistas.
- Articulação interinstitucional potenciadora da criação de novas parcerias (5 casos) e de formas de apoio inovadoras na resposta às necessidades dos cidadãos com CAD. Estas parcerias têm possibilidade de se manterem no tempo e vir a beneficiar outras pessoas, contribuindo para a criação de inovação social.

Por fim, e relativamente ao ambiente externo, foram identificadas as seguintes **AMEAÇAS**:

Diagnóstico evidenciador de múltiplas multidimensionais problemáticas presentes, espelhando a fragilidade individual e social dos sujeitos acompanhados pelos técnicos de reinserção. O perfil dos utentes evidencia fatores vulnerabilidade muito relevantes no início da intervenção, dos quais se destacam a dependência financeira (15), a baixa escolaridade (10), a comorbilidade (13) e a existência de CAD no seio familiar (13). Estas fragilidades são reforçadas pelo diagnóstico efetuado: as problemáticas presentes são múltiplas e multidimensionais, referem-se ao indivíduo, mas também à família, e traduzem problemas de comunicação, de relacionamento interpessoal, conflitualidade, défices de competências, necessidades de subsistência, desemprego, falta de habitação, solidão e isolamento associados a uma rede suporte muito pobre. Este diagnóstico multiproblemático, onde cada caso apresenta, em média, mais de cinco problemas, convoca para uma intervenção multi e interdisciplinar e um trabalho de ativação da rede de parceiros.

- Forte incidência de problemas associados à existência de preconceitos sobre os CAD e sobre as pessoas que consomem drogas. Em 26 das 51 entrevistas foram referenciadas situações de discriminação, principalmente relacionadas com a estigmatização das pessoas com CAD por parte da comunidade local. Por outro lado, na análise das perceções sobre os CAD, os demonstram que existem perceções desadequadas à compreensão da problemática (reportadas em 19 entrevistas). Estas perceções encontram-se sobretudo associadas a membros da comunidade e de redes de vizinhança (12 entrevistas), assim como a entidades parceiras (6 entrevistas). Apesar de ter havido um forte aumento das competências para lidar com a problemática, este apresenta-se ainda como um problema na avaliação articulação interinstitucional. São, resultados que reforçam a necessidade de atuar ao nível da modificação das perceções sobre os CAD, de forma a contribuir para a redução do estigma e das situações de discriminação.
- Difícil mensuração da alteração das representações sobre CAD e sobre as pessoas que consomem drogas, pelo que as mudanças que possam ocorrer nem sempre são percecionadas. Esta difícil mensuração pode justificar o facto de os entrevistados terem referido que não foram produzidas alterações ou não sabem se houve alterações nas representações de outros atores (13). Tal indica a necessidade de valorizar a perceção destas representações durante o processo de intervenção.
- Dificuldade de alguns familiares em acompanhar de forma próxima o processo de reinserção, devido à conjugação de fatores de idade avançada, dificuldades de mobilidade e isolamento geográfico. Esta realidade convoca ao desenvolvimento de estratégias locais de maior proximidade e de articulação interinstitucional na prestação dos apoios e superação das dificuldades.

Dificuldades na articulação interinstitucional ameaçam a concretização dos itinerários de inserção. A existência de dificuldades de comunicação com as entidades parceiras, a burocracia e a morosidade dos processos são os principais fatores percecionados como negativos na avaliação da articulação interinstitucional. Estas dificuldades ameaçam a concretização dos itinerários de inserção decorrentes dos planos ajustados ao perfil de cada utente e podem gerar desmotivação, assim como sentimentos de injustiça face às instituições e à forma como são aplicados os apoios.

Uma análise das potencialidades do modelo de mediação social e comunitária conclui que se trata de um modelo que se caracteriza pela eficácia da intervenção desenvolvida, que permite atingir os resultados esperados e que tem um impacto multidimensional, ultrapassando o âmbito individual.

Ao promover o envolvimento dos familiares no processo de reinserção possibilita maior sustentabilidade às mudanças conseguidas e apresenta-se capaz de mobilizar os recursos necessários à concretização dos itinerários de inserção, através da valorização de uma rede de parceiros muito relevante.

Do ponto de vista dos limites da intervenção preconizada pelo modelo, podemos afirmar que é necessário reforçar competências para a intervenção no âmbito do conflito, em especial do conflito na família, assim como importa valorizar as estratégias promotoras da participação de utentes e familiares. A modificação de perceções sobre os CAD e sobre as pessoas que consomem drogas deve configurar-se como uma prioridade da intervenção em reinserção, seja na articulação interinstitucional, seja no trabalho com as famílias e com a comunidade.

Conclusão

A identificação dos fatores que interferem na diferenciação dos procedimentos e dos resultados registados durante e após o acompanhamento de reinserção constituiu uma das preocupações orientadoras desta investigação. No âmbito de uma abordagem multicasos e multiperspetiva, que cruza diferentes contextos e intervenientes, pretendeu-se compreender de forma aprofundada e pormenorizada os processos e estratégias de intervenção desenvolvidos. A combinação de uma abordagem quantitativa e qualitativa permitiu associar a descrição com a análise da particularidade e singularidade dos processos e das práticas profissionais, integrando os significados atribuídos pelos sujeitos participantes da investigação com as características objetivas dos problemas e da intervenção analisada.

Construído numa perspetiva de análise que parte dos dados gerais e contextuais para o aprofundamento compreensivo dos mesmos, auxiliada por dados estatísticos, gráficos, tabelas e excertos das entrevistas, os resultados apresentados neste documento foram construídos no sentido da identificação das principais conclusões a partir da análise das entrevistas e dos casos, bem como da explicitação da dinâmica do processo de intervenção.

Deste modo, tanto o balanço de resultados aqui incluído, como o diagrama construído e análise SWOT permitem identificar os principais componentes do processo de intervenção e ainda refletir sobre o seu impacto sob o prisma dos efeitos do modelo de intervenção a nível individual, social e comunitário. As potencialidades e limites do modelo são igualmente exploradas a partir da análise de conteúdo efetuada das entrevistas, o que atribui aos resultados validade do ponto de vista concetual e do ponto de vista das evidências identificadas. Com efeito, este estudo, porque investe no aprofundamento e no detalhe compreensivo do processo de intervenção, permite fazer o mapeamento dos problemas, dos processos e estratégias de intervenção e da aplicabilidade do modelo. Este mapeamento alarga-se aos resultados e impactos da intervenção, que se traduzem em mudanças percecionadas pelos entrevistados em diversas áreas (individual, interpessoal, terapêutico, social, familiar,

institucional, laboral, ...), dando visibilidade à importância objetiva e sentida da mediação social e comunitária implementada no processo de reinserção em CAD.

Tratando-se de uma investigação essencialmente de natureza qualitativa, os resultados não podem ser generalizados. No entanto, o aprofundamento traduzido no pormenor das perspetivas dos diferentes stakeholders, acrescenta informação valiosa para a compreensão da subjetividade (vivências, experiências, perceções) associada a cada caso analisado e reforça a dimensão de proximidade que a intervenção social integra. A intersubjetividade decorrente da comparação dos dados atribui objetividade e valida os resultados tornando-os em informações imprescindíveis para a compreensão tanto dos fenómenos dos comportamentos aditivos e dependências, como do processo de intervenção desenvolvido na área da reinserção.

Os resultados aqui apresentados evidenciam potencialidades e limites do modelo de intervenção da mediação social e comunitária ao nível micro, meso e macro e convocam para uma reflexão sob a forma de recomendações. A saber:

Recomendação 1. Apoio à formação sobre a intervenção em situações de conflito

Considerando que o problema mais referenciado é a conflitualidade, em especial ao nível familiar, é fundamental que a intervenção permita a exploração, construção e desenvolvimento de modos de resolução de conflitos desde a conciliação, à negociação e à mediação. Neste contexto, a formação contínua dos técnicos de reinserção em áreas como gestão de conflitos, mediação de conflitos, terapia familiar, intervenção familiar, etc. deve ser uma prioridade. É necessário que os técnicos de reinserção tenham uma análise mais compreensiva sobre a origem e natureza dos conflitos, sobre a forma como as representações dos litigantes estão na base da construção dos conflitos e interferem na agudização de uma divergência, que cria ruturas a nível individual e social. Os conflitos fazem parte da realidade e resultam da interação social, não têm necessariamente de ser prejudiciais à vida em sociedade. Quando as divergências são solúveis e não se configuram como problemas, com implicações na desestruturação dos laços sociais, a sua existência não exige qualquer tipo de intervenção. Para intervir na gestão de conflitos, é fundamental investir na formação a diferentes níveis:

- Conhecimento sobre conceitos e modos alternativos de resolução de conflitos;
- Aumento da capacidade de compreensão sobre a origem, natureza do conflito, e dinâmica conflitual;
- Aprofundamento das competências comunicacionais e de personalização da relação, de forma a atingir uma comunicação efetiva, tendo por base a escuta ativa, o respeito pelo "outro" e pelos seus argumentos e pontos de vista, numa lógica de que não existem vencedores nem perdedores e de que na construção de alternativas à conflitualidade não se "perde a face".
 Ganha-se em dignidade e participação cidadã. A comunicação é uma estrutura fundamental da intervenção, e assume especial relevo nos modos de gestão e resolução de conflitos. Não é possível intervir em conflitos sem capacidade de comunicar.
- Desenvolvimento de estratégias colaborativas de intervenção, no combate à escalabilidade dos conflitos e suas repercussões nas relações sociais.

Recomendação 2. Ampliação da visibilidade dos resultados da intervenção.

As entrevistas realizadas aos cidadãos com CAD e aos seus familiares evidenciaram dificuldades no reconhecimento dos efeitos da intervenção e dos resultados que foram atingidos. Importa, assim, desenvolver estratégias que sejam potenciadoras do aumento de consciência sobre as mudanças ocorridas. Para tal, é necessário gerir de forma adequada o tempo que se reserva, no acompanhamento, à avaliação da evolução e das mudanças alcançadas. Compete aos técnicos de reinserção reforçar a visibilidade das modificações ocorridas e dos avanços atingidos, revertendo essa perceção para os utentes e familiares. As

pequenas mudanças são conquistas valiosas, que devem ser valorizadas de forma regular. É importante dotar os utentes e os familiares de capacidade para compreenderem as micromudanças que vão sendo conseguidas e o seu carácter estratégico para atingir objetivos de reinserção. A presença de um obstáculo não deve ser encarada como uma montanha intransponível, é apenas uma parte do processo contínuo não linear de construção do projeto de vida das pessoas com CAD.

Assim, a monitorização regular dos resultados atingidos, em conjunto com o utente e familiar, é fundamental para aumentar a perceção das alterações ocorridas, reforçando a motivação, o envolvimento e todo o processo de mudança.

Recomendação 3. Redimensionamento das estratégias de acompanhamento de proximidade

Ficou patente pelos resultados deste estudo a importância do envolvimento da família nos processos de reinserção dos cidadãos com CAD. Ainda que com pequena expressão, foram identificadas situações em que a participação dos familiares foi condicionada devido à conjugação de fatores, tais como: idade avançada, dificuldades de mobilidade e isolamento geográfico. Esta realidade convoca ao desenvolvimento de estratégias locais de maior proximidade, tais como visitas

domiciliárias, consultas descentralizadas realizadas em instalações de parceiros (que se caracterizem por uma maior acessibilidade e proximidade), prestação de cuidados em itinerância, que podem contribuir para superar estas dificuldades e aumentar a participação nos processos de reinserção. Para o efeito, torna-se imperativo dotar os serviços de recursos humanos e materiais, aproveitando as sinergias comunitárias.

Recomendação 4. Implementação de políticas públicas de promoção da empregabilidade.

Tendo em conta a predominância do pilar da capacitação no âmbito deste estudo, fica evidente a importância desta área para o processo de reinserção. Apostar em programas de desenvolvimento de competências pessoais e sociais, que façam a preparação dos cidadãos para uma maior capacitação na comunicação, na relação interpessoal, é uma estratégia fundamental para a o sucesso da reinserção e para a promoção da autonomia. O investimento em formação contínua dos técnicos de reinserção nesta área permitirá implementar e acompanhar o desenvolvimento de competências de uma forma mais sistemática em todas as UIL5, de forma a garantir uma resposta mais equitativa para os cidadãos a nível das diferentes UIL.

Estratégias públicas como o emprego protegido, que vimos pelos casos estudados serem recursos valiosos para

a integração profissional dos cidadãos com CAD, devem continuar a merecer investimento por parte dos decisores políticos, já que constituem oportunidades de treino de competências pessoais, sociais e profissionais, que permitem construir os alicerces para processos de integração profissional mais ambiciosos.

Por outro lado, o acompanhamento que é efetuado por parte dos técnicos de reinserção neste tipo de programas permite aumentar os conhecimentos das entidades empregadoras sobre os CAD e contribuir para a mudança de crenças e atitudes sobre esta problemática.

O Programa Vida-Emprego, por exemplo, continua a ser referenciado pelos técnicos de reinserção como um recurso fundamental, uma boa-prática que permitiu promover a empregabilidade e diminuir o preconceito existente na comunidade sobre CAD.

⁵ Esta intervenção está muito presente nas Comunidades Terapêuticas. Nas demais UIL, nem sempre há condições para o desenvolvimento de grupos ou outras intervenções estruturadas, sendo que as competências são sobretudo desenvolvidas no âmbito da consulta social.

Recomendação 5. Promoção de intervenções tendentes à modificação de preconceitos sobre os CAD

O diagnóstico realizado no pilar da mobilidade demonstra problemas relevantes no que se refere à estigmatização desta população pela comunidade e a intervenção desenvolvida não corresponde à totalidade dos casos onde se verificaram tais problemas. Acresce ainda a existência de perceções desadequadas à compreensão desta problemática sobretudo na comunidade, mas igualmente em entidades parceiras e na família.

Se este trabalho está a ser desenvolvido de forma eficaz no que se refere à família mais próxima e às entidades parceiras que se envolveram nos processos de reinserção, no que se refere à comunidade esta intervenção é mais difícil e exige recursos que nem sempre estão disponíveis nas UIL. Assim, é fundamental articular a dimensão individual e coletiva da intervenção, reforçando o trabalho comunitário e de redes. A sensibilização de atores-chave

na comunidade pode ser uma estratégia favorecedora da diminuição do preconceito sobre os CAD, ao aumentar os conhecimentos sobre a problemática.

Por outro lado, importa desenvolver uma intervenção de proximidade, que envolva os beneficiários na tomada de decisão e promova a participação ativa tendente à sua autonomia. O envolvimento dos vários *stakeholders* numa lógica dialogante e participativa, através de metodologias colaborativas, permite uma intervenção *bottom-up* que proporciona o *empowerment* individual e da comunidade.

A intervenção dirigida às instituições e à própria comunidade contribui para aumentar as oportunidades e recursos disponíveis, no cumprimento dos direitos individuais e sociais, e promovem a viabilização dos itinerários de inserção individuais.

Recomendação 6. Criação de uma "Rede Comunitária de Cuidados"

Os resultados atingidos no âmbito dos 18 processos de reinserção estudados são fruto da intervenção dos técnicos de reinserção, mas também de outros profissionais e *stakeholders*. Os impactos produzidos resultam da conjugação de esforços da equipa multidisciplinar de cada UIL, do próprio cidadão com CAD, seus familiares ou outras pessoas significativas, assim como de um conjunto de entidades parceiras de cada território. A integração de todos estes contributos, com objetivos articulados e comuns, permitiu construir uma interdependência entre as diferentes intervenções, numa lógica de trabalho integrado.

Porém, o modelo de funcionamento das organizações sociais tem-se vindo a caraterizar por uma excessiva institucionalização e uma estrutura organizativa altamente burocratizada que tem fomentado a gestão excessivamente administrativa dos problemas sociais. Tal tem conduzido a práticas de intervenção social que correm o risco de responsabilizar os indivíduos dos seus problemas e centram a sua atenção essencialmente num

trabalho individual (micro) e familiar (meso), abandonando a dimensão comunitária ou reduzindo-a à articulação de recursos institucionais sob a figura de trabalho interinstitucional, com uma sobrecarga de esforço para os profissionais (técnicos de reinserção e outros).

A configuração de serviços sociais a partir de uma procura padronizada (enquadrada pelo público-alvo pré-definido e pelas funções que desempenham) e o desenvolvimento de um sistema de serviços sociais fragmentado e setorizado por áreas (educação, saúde, proteção social, justiça...) são dois fatores que se juntam aos apresentados (institucionalização dos recursos e burocracia). Tais fatores muito têm contribuído tanto para a desvalorização do trabalho de natureza comunitário de construção, reparação e transformação de redes, onde a dimensão formal (respostas sociais) e informal (família e vizinhança) se articulam, como para o desenvolvimento de práticas comunitárias residuais.

Considerando a multiplicidade de problemáticas que estão presentes e associadas aos CAD – o diagnóstico realizado evidenciou inúmeras fragilidades que convocam para uma intervenção multi e interdisciplinar – a intervenção nesta área tem que se alicerçar neste trabalho integrado e em rede, de natureza comunitária, uma vez que as problemáticas, para além de múltiplas, ultrapassam a área da saúde. É fundamental promover a criação de uma "Rede Comunitária de Cuidados" constituída por uma rede de recursos humanos de natureza técnica e solidária que permitam responder de forma holística também às necessidades dos cidadãos com CAD no seu processo de reinserção.

Esta rede, construída numa lógica territorial e comunitária, deve ser "alimentada" regularmente e promovida a comunicação entre os seus elementos. A existência de canais e de fluxos de comunicação fluídos facilita a prestação de cuidados, diminuindo o ruído e o tempo de resposta. Outras estratégias que podem ser úteis para a construção de uma rede eficaz são a realização de iniciativas formativas dirigidas aos elementos da "Rede Comunitária de Cuidados". Neste contexto, sessões formativas ou criação de *Comunidades de Prática*6 podem ser iniciativas que permitem aumentar os conhecimentos de cada um dos atores sobre a intervenção dos outros, evidenciando de que forma se devem complementar, contribuindo para o crescimento desta rede.

Recomendação 7. Integração da área de intervenção social em CAD nas preocupações de pesquisa interdisciplinar.

O processo de investigação nunca é um processo encerrado. Ele permite dar resposta às questões que orientaram a pesquisa e cria oportunidades para a emergência de novos questionamentos a partir dos resultados obtidos. O mapeamento dos problemas, processos de intervenção, bem como dos resultados, que integra um olhar compreensivo e detalhado sobre o modelo de mediação social e comunitária, como aquele que aqui está apresentado, abre novos caminhos para a construção de outros objetos de investigação diretamente conectados com a intervenção em reinserção. Tais como:

as metodologias colaborativas e dinâmicas de participação em processos de reinserção; a intervenção comunitária e a construção de redes solidárias; as dimensões da conflitualidade em CAD e processos de gestão de conflitos; as potencialidades da intervenção comunitária na alteração das representações sobre os CAD, entre outros. Para viabilizar o desenvolvimento de investigações futuras e validar o conhecimento produzido com rigor científico, recomenda-se que seja integrada a área de intervenção para a reinserção em CAD nas preocupações de pesquisa interdisciplinar do SICAD e das ARS.

A diversidade e profundidade da informação recolhida no âmbito deste estudo potencia o desenvolvimento de novas leituras e análises complementares, pelo cruzamento de variáveis e fundamenta a produção de novas investigações e reflexões sobre a reinserção de pessoas com CAD. Este trabalho deu visibilidade aos argumentos compreensivos do fenómeno dos CAD, à complexidade dos processos de intervenção e à multidimensionalidade dos efeitos da intervenção, o que traduz a eficiência e eficácia do modelo conceptual e operativo aqui analisado.

⁶⁶ Comunidades de prática constitui um fórum de partilha de experiência num determinado domínio temático (ex. os CAD), envolvendo os atores intervenientes em contexto organizacional ou comunitário. É uma forma de aprendizagem coletiva em que os membros partilham conhecimentos e experiências, mas também problemas e soluções. O conceito de "Comunidades de Prática" pode ser definido como um grupo de pessoas que, partilhando uma preocupação ou interesse comuns, interagem regularmente no sentido de encontrarem soluções e construírem conhecimento com base numa aprendizagem coletiva. É importante realçar que esta definição permite, mas não assume intencionalidade, ou seja, a aprendizagem pode ser o motivo pelo qual a comunidade se reúne ou, por outro lado, o resultado acidental da interação dos

Bibliografia

Alarcão, M e Sousa, L. (2007). Rede Social Pessoal: Do conceito à avaliação. Psychologica, 44, 353-376.

Almeida, H. e Carvalho, S., et al (2014). Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, Lisboa, SICAD.

Almeida, H. e Carvalho, S., et al (2018). Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, 2ª Edição, Lisboa, SICAD.

Amit, V. (2000). Constructing the Field, Londres: Routledge.

Baggio, M.A., e A.L. Erdmann. (2011) "Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil." *Revista de Enfermagem* III Série, n. 3: 177-185.

Bardin, L. (1979). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Barrón, A. (1996). Apoyo Social: aspetos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veintiuno Espana Edidotes.

Berelson, B. (1971). Content Analysis, Chicago: Univ. of Chicago Press.

Carvalho, S. (2007). Manual de Boas Práticas em Reinserção (1º caderno). Enquadramento Teórico, Lisboa, Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Charmaz, K. (2001). "Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis", in Jaber Gubrium e James Holstein (ed.), Handbook of Interview Research – Context & Method, Thousand Oaks/London/New Delhi, Sage Publ., 675-694.

Coutinho, C.P. (2013). Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Edições Almedina.

Coutinho, C. e Chaves, J. H. (2002). "O estudo de caso na investigação da tecnologia educativa em Portugal" in *Revista Portuguesa de Educação*, 15 (1), Universidade do Minho, pp. 221-243.

Creswell, J. (2014). Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches, Sage, 273 pp.

Dantas, C.C., J.L. Leite, S.B.S. Lima, e M.A.C. Stipp. (2009). "Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil." *Revista Latino Americana de Enfermagem* 17, n. 4.

Fernandes, E.M., e A. Maia (2001). "Grounded Theory." In: *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação pscicológicas*, por Eugénia M. Fernandes e Leandro S. Almeida, 49-76. Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia.

Ferreira, D.A. (2013). "Discussões sobre a natureza paradigmática da Grounded Theory", XXXVII Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro.

Flick, U. (2009). Introdução à Pesquisa Qualitativa, Porto Alegre, Artmed/Bookman, 3ª Ed.

Gerson, R. & McGoldrick, M. (1993). Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa.

Guadalupe. S. (2009). *Intervenção em Rede. Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Guerra, I. (2000) Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais, Principia, Cascais.

Guerra, I. (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso, Estoril: Principia.

Hastrup, K e Hervik, P. (1994). Social Experience, Londres: Routledge.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009). *Linhas Orientadoras para a Intervenção Social. Modelo de Intervenção em Reinserção*, Lisboa.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2004). Novas perspectivas, Novos Horizontes. Coletânea de textos do Workshop de Reinserção, Porto.

Krippendorf, K. (1980). Contents Analysis: an Introduction to its Methodology, Beverly Hills, CA: Sage.

Krüger, L.L; Werlang, B.S.G (2008). "O genograma como recurso no espaço conversacional terapeutico". In *Avaliação Psicológica*, 7 (3), pp. 415-426.

Ló, A. (2007). *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes*. Coleção Estudos, Instituto da Droga e da Toxicodependência: 3, Lisboa.

Ló, A. (2011). "Integração Social e Estratégias de Mediação" in *Toxicodependências*, Vol. 17 n.º 1, Instituto da Droga e da Toxicodependência, pp. 53-60, Lisboa.

Lessard-Hebert, M., Goyette, G. Boutin, G. (2010). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*, 4ª Edição, Lisboa: Instituto Piaget.

Moreira, C. D. (2007). Teoria e Prática da Investigação Social, Lisboa: ISCSP, UTL.

Panagiotou, G. (2003). Melhores práticas Upfront: Trazer Swot em foco. Estratégia de Negócios Review, 14 (2), 8-10.

Poirier, J. e Valadon, C. (1995). Histórias de Vida – Teoria e prática, Oeiras: Celta Ed.

PORI – Programa Operacional de Respostas Integradas (2008). Eixos de Intervenção: Componente Técnica e Financeira, Instituto da Droga e da Toxicodependência, p. 88, acedido em 20/12/2020: http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/ReinsercaoMais/SitePages/Home%20Page.aspx

Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (2003). Manual de Investigação em Ciências Sociais, 3ª edição. Lisboa: Gradiva.

Sluzki, C. (1996) La Red Social: Frontera de la Practica Sistémica, Coleção Terapia Familiar, Barcelona: Editorial Gedisa.

Sousa, P. e D'Almeida, J. (2016). Avaliação Diagnóstica na prática do Serviço Social, Viseu: Psicossoma.

Stake, R. (2012). A Arte da Investigação com Estudos de Caso, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian (3.ª ed.)

Strathern (1987). *Dealing with Inequality: Analysing Relations in Metanesta and Beyond.* Cambridge: Cambridge University Press.

Turner, S. (2010). Ferramentas de Apoio à Gestão – guia essencial para o gestor de sucesso. Monitor – Projectos e Edições.

Vala, J. (1986). "A análise de Conteúdo", in Silva, A.S. e Pinto, J. Madureira (org). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edicões Afrontamento.

Valentim, R.K. (2001). "SWOT Analisis Frame Resource – Based View", Journal of Marketing Theory and Practice, (9): 54-68.

Wenger, E., McDermott, R. and Snyder, W. (2002). A Guide to Managing Knowledge - Cultivating Communities of Practice.

Boston: Harvard Business School Press.

Yin, R. (2001). Estudo de Caso: Planeamento e Métodos, 2ª Edição, Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Objetivos do Modelo de Mediação Social e Comunitária Anexo I.

Listagem das Unidades de Intervenção Local das Administrações Regionais de Saúde, I.P. Anexo II.

Anexo III. Formação em contexto de investigação

Anexo IV. Unidades de Intervenção Local que participaram no estudo

Ficha de Caracterização das Unidades de intervenção Local Anexo V.

Anexo VI. Guião de descrição do caso

Anexo VII. Guião de entrevista semiestruturada aos técnicos

Anexo VIII. Guião de entrevista semiestruturada aos utentes

Anexo IX. Guião de entrevista semiestruturada aos familiares (ou pessoa significativa)

Anexo X. Questionário aos parceiros

Anexo XI. Alterações aos instrumentos

Anexo XII. Pedidos de Consentimento Informado

Anexo XIII. Cronograma

Anexo XIV. Categorias da análise de conteúdo









Anexo I. Objetivos do Modelo de Mediação Social e Comunitária

O modelo de MSC (Almeida e Carvalho et al., 2014, 23-27) identifica diferentes **níveis de intervenção** interdependentes e complementares. Em cada um deles, são identificados objetivos distintos:

Nível Micro - Reporta-se à intervenção desenvolvida no contexto individual, ou seja, na intervenção dirigida à pessoa com CAD.

A intervenção em mediação ao nível micro procura atingir os seguintes objetivos:

- 1. Regularizar a condição administrativa de cidadania;
- 2. Aumentar a capacidade de comunicação e de relacionamento interpessoal;
- 3. Desenvolver competências pessoais e sociais;
- 4. Promover a integração e identificação com grupos de referência e de pertença;
- 5. Garantir o acesso a condições básicas de vida;
- 6. Promover a empregabilidade e as competências necessárias para o acesso ao emprego;
- 7. Desenvolver a capacidade de tomada de decisão.

Nível Meso - Integra a intervenção dirigida à família, incluindo as relações de vizinhança e amigos (redes de solidariedade primária).

Podem ser identificados os seguintes objetivos no nível Meso:

- 1. Aumentar a capacidade de relacionamento interpessoal e de comunicação da família;
- 2. Aumentar os conhecimentos sobre a problemática dos CAD;
- 3. Desmistificar mitos e crenças face aos comportamentos aditivos e dependências (CAD);
- 4. Promover as competências da família para apoiar o seu familiar;
- 5. Intervir em situações de conflito, conduzindo à sua resolução;
- Melhorar a integração e aceitação do indivíduo pela família, assim como por parte da comunidade onde se integra.

Nível Macro- Enquadra a intervenção efetuada no plano da articulação com as redes formais, instituições públicas ou privadas, as organizações, as entidades empregadoras, a comunidade em geral, entre outras.

A intervenção neste nível apresenta os seguintes objetivos:

- 1. Garantir o acesso a condições básicas de vida através da mobilização dos recursos sociais e de saúde disponíveis;
- 2. Aumentar os conhecimentos sobre a problemática dos CAD;
- 3. Desmistificar mitos e crenças face aos CAD;
- 4. Promover competências nas entidades para lidar com pessoas com CAD;
- 5. Sensibilizar e preparar as entidades formativas e empregadoras para a integração profissional de pessoas com CAD;
- 6. Acompanhar as integrações efetuadas, resolvendo os conflitos que surgirem;
- 7. Aumentar a rede de parceiros no âmbito da formação e do emprego;
- 8. Construir uma rede de parceiros com uma cultura de trabalho integrado.

Anexo II. Listagem das Unidades de Intervenção Local das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

Administração Regional de Saúde I.P.	Listagem d	as Equipas técnicas especializadas			
	CRI Viana Castelo	ET Viana do Castelo			
		ET Braga			
	CRI Braga	ET Guimarães			
	CDLVCI- DI	ET Chaves			
	CRI Vila Real	ET Vila Real			
	CRI Bragança	ET Bragança			
		ET Cedofeita			
	CRI Porto Central	ET Vila Nova Gaia			
NORTE		ET Santa Maria da Feira			
NORTE		ET Porto Oriental			
	CRI Porto Oriental	ET Gondomar			
		ET Paços de Ferreira			
	CRI Porto Ocidental	ET Porto Ocidental			
	CRI FOI to Ocidental	ET Matosinhos			
	Unidade de Alcoologia do Porto				
	PIAM - (Projeto Integrado de Atendir	mento Materno)			
	PIAC - (Projeto Integrado de Atendim	nento à Comunidade)			
	Comunidade Terapêutica Ponte da P	edra			
	CRI Aveiro	ET Aveiro			
	CRI Coimbra	ET Coimbra			
	CKI COIIIDI a	ET Figueira da Foz			
		ET Leiria			
	CRI Leiria	ET Marinha Grande			
		ET Pombal			
CENTRO	CRI Viseu	ET Viseu			
	CRI Viseu	ET Lamego			
	CRI Guarda	ET Guarda			
	CRI Castelo Branco	ET Castelo Branco			
	CRI Castelo Bi alico	ET Covilhã			
	Unidade de Alcoologia de Coimbra				
	Comunidade Terapêutica Arco-íris				
	UD Centro das Taipas				
	CRI Lisboa Oriental	ET Loures			
		ET Xabregas			
		ET Amadora			
	CRI Lisboa Ocidental	ET Parede			
	en Elsbou Geldental	ET Agualva-Cacém			
		ET Oeiras/Cascais			
		ET Almada			
LISBOA E VALE DO TEJO	CRI Península de Setúbal	ET Barreiro			
		ET Setúbal			
		ET Caldas da Rainha			
	CRI Oeste	ET Torres Vedras			
		ET Peniche			
	CRI Ribatejo	ET Abrantes			
		ET Santarém			
	Unidade de Alcoologia de Lisboa				
	Comunidade Terapêutica do Restelo				
	CRI Baixo Alentejo				
	CRI Litoral Alentejano				
ALENTEJO	CRI Alentejo Central				
	CRI Norte Alentejano/Portalegre				
	CRI Norte Alentejano/Elvas	ET Barlavento			
ALGARVE	CRI Algarve	ET Sotavento			

Anexo III. Formação em contexto de investigação

Metodologias e técnicas de investigação: dimensões epistemológicas e operativas da pesquisa científica

O processo de elaboração do projeto de investigação iniciou-se em setembro de 2015, com uma sessão de formação na FPCE-UC, ministrada pelas Prof. Doutoras Cristina Vieira e Helena Neves Almeida. Esta sessão teve como objetivo introduzir questões relativas às metodologias e técnicas de investigação, conhecimentos fundamentais para a planificação da pesquisa.

Construção dos instrumentos de pesquisa

Para a construção dos guiões de entrevista, foram considerados os seguintes aspetos:

- A) Definir claramente qual o objetivo de cada uma das questões e o que querem medir.
 - Desta forma evitam-se perguntas sem utilidade e seria mais fácil garantir que todos os aspetos necessários estariam incluídos no guião.
- B) Definir uma estrutura comum para os guiões, uma vez que os aspetos a incluir são semelhantes, nos diferentes entrevistados.
- C) As questões a colocar terão um formato diferente e adaptado ao interlocutor, mas com uma estrutura comum, orientada pelos objetivos a alcançar em cada pilar do modelo MSC, a nível micro, meso e macro;
- D) As perguntas devem ser simples e com linguagem acessível. Devem apelar à experiência vivida, pedindo ao entrevistado que ilustre a sua opinião com exemplos.

👗 Treino da entrevista pela equipa de entrevistadores.

Considerando a dimensão da equipa de pesquisa, considerou-se necessária a prévia preparação dos entrevistadores, salientando o treino da "escuta ativa" em processo de investigação, um exercício diferente daquele

- a que os profissionais estão habituados no âmbito do acompanhamento dos utentes. Assim, foram analisados os seguintes aspetos a ter em consideração:
- A. Não utilizar a proatividade que caracteriza a intervenção, de forma a não induzir as respostas, por parte dos entrevistados, socialmente desejáveis ou subordinadas ao pensamento do investigador;
- B. Evitar juízos de valor pelo entrevistador;
- C. Não efetuar questões duplas ou alternativas numa única pergunta (que contenham "e" e "ou");
- D. Evitar o termo "avaliação" quando nos referirmos aos objetivos da pesquisa. Os investigadores deverão referir-se sempre a uma pesquisa que pretende compreender a intervenção para resolver problemas na área da reinserção;
- E. Aumentar a confiança no grupo de investigadores.

Análise de Conteúdo – apontamentos teóricos e orientações práticas

Em dezembro de 2018 foi realizada uma ação de formação dirigida à equipa de investigação sobre a técnica da análise de conteúdo, ministrada por Prof. Doutora Helena Neves Almeida e a Mestre Cristiana Almeida, na FPCE-UC.

software de análise qualitativa de dados - NVIVO

Durante o mês de novembro de 2019, foi realizada uma ação de formação dirigida à equipa sobre *Software* de análise qualitativa de dados – *NVIVO*, ministrada pela Prof. Doutora Maria do Carmo Carvalho.

O objetivo desta formação foi refletir sobre as características do desenho da investigação qualitativa e sua adequação ao *software Nvivo 12*, aprender o processo de codificação manual e através do *software*, e utilizar ferramentas de exploração dos dados na obtenção de respostas às questões de investigação.

Anexo IV. Unidades de Intervenção Local que participaram no estudo

Região	Unidades de Intervenção Local			
NORTE	Centro de Respostas Integradas do Porto Ocidental			
	Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo			
	Centro de Respostas Integradas de Vila Real			
	Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra			
	Unidade de Alcoologia do Porto			
CENTRO	Centro de Respostas Integradas de Coimbra			
	Centro de Respostas Integradas de Leiria			
	Centro de Respostas Integradas de Viseu			
	Comunidade Terapêutica Arco-íris			
	Unidade de Alcoologia de Coimbra			
LISBOA E VALE DO TEJO	Centro de Respostas Integradas de Santarém			
	Centro de Respostas Integradas de Setúbal			
	Comunidade Terapêutica do Restelo			
	Unidade de Alcoologia de Lisboa			
	Unidade de Desabituação/ Centro das Taipas			
ALENTEJO	Centro de Respostas Integradas do Baixo Alentejo			
	Centro de Respostas Integradas Norte Alentejano			
ALGARVE	Centro de Respostas Integradas do Algarve			

Anexo V. Ficha de Caracterização das Unidades de intervenção Local

CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS
UNIDADE DE ALCOOLOGIA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA

(assinalar com um x)

NOME DA UNIDADE LOCAL	
N.º de serviços locais (ET, consulta descentralizada,	
etc.), se aplicável	

Abrangência geográfica – área geográfica de intervenção			
Distritos	Referir os distritos		
Concelhos	Referir os concelhos		
Km2	n.º de km2 da área abrangida		
População	n.º de habitantes		

EQUIPA TÉCNICA				
Área profissional	N.º de técnicos			
Assistentes Sociais				
Psicólogos				
Médicos				
Enfermeiros				
Técnicos Psicossociais/monitores				
Assistentes técnicos/administrativos				
Outros (referir quais)				
Outros (referir quais)				

	Respostas disponíveis (assinalar com um x)
	Atendimento Psicossocial
	Consulta Social
	Consulta Médica
	Consulta de Psiquiatria
	Consulta de Psicologia
	Consulta de Psicoterapias
	Consulta de Enfermagem
	Programa de tratamento com antagonistas opiáceos
	Programa de tratamento com agonistas opiáceos
	Consulta/atendimento a familiares
	Consulta de Terapia Familiar/Casal
	Consulta de Crianças e Jovens
	Consulta Materno-infantil
	Fisioterapia
	Consulta de Nutrição
	Outras respostas (referir quais):
	Outras respostas (referir quais):
Grı	upos de Suporte Terapêutico:
	Grupos Treino de Aptidões Sociais
	Grupos Prevenção da Recaída
	Grupos Autoajuda
	Grupos de Famílias
	Grupos de Grávidas
	Grupos de inserção profissional / Clube de Emprego
	Grupos Pós-Alta
	Outros grupos (referir quais):

Identificar os projetos de intervenção comunitária em que a UIL participa atualmente					

Anexo VI. Guião de descrição do caso

A - Dados pessoais

- · Código do caso
- Nome fictício
- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Nacionalidade
- Naturalidade
- Habilitações escolares
- Profissão

B - Caracterização da procura / pedido

- Quem procurou a intervenção
- Porque procurou a intervenção
- Quando procurou a intervenção
- Qual o pedido apresentado

C – História dos consumos

- Substância principal
- Idade de início de consumo
- Situação atual (últimos 30 dias)
- Tratamentos prévios
- Problemas de saúde / comorbilidades

D – História familiar

- Genograma (situação ao início da intervenção)
- Ocupação do pai / mãe
- Idade do pai / mãe
- Doenças familiares (dependências, epilepsia, doenças mentais, suicídios...)
- Agregado familiar (composição, idades, escolaridade, situação laboral)
- Relações familiares (descrição do funcionamento familiar)
- Outras relações significativas

E – Situação sociolaboral (à data do início do acompanhamento)

- Situação habitacional
- Formação profissional
- Experiência profissional
- Situação laboral (empregado/desempregado; tipo de vínculo, tempo de atividade)
- Fontes de rendimento
- Apoios sociais / rede social de suporte
- Situação judicial
- Áreas de conflito identificadas
- Hobbies/tempos livres

F – Dados complementares para o diagnóstico social

(outros aspetos relevantes do desenvolvimento infantil, adolescência, socialização, sexualidade, redes de sociabilidade, ...).

G – Diagnóstico / definição e avaliação do problema

(à data do início do acompanhamento. Deverá incluir necessidades diagnosticadas por área de intervenção.)

H - Intervenção

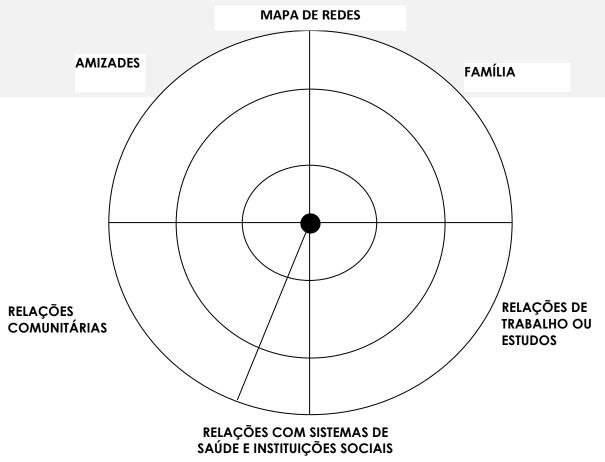
(realizada ao longo do processo de acompanhamento, de forma resumida. Deverá incluir os objetivos, as estratégias de intervenção e as estruturas de encaminhamento mobilizadas para a resolução das necessidades, assim como os resultados alcançados. Após descrição, deverá ser elaborado uma síntese através do preenchimento da tabela abaixo).

Síntese:

Data	Necessidade	Objetivo	Estratégia	Resultado atingido

Anexo: Mapa de redes com a caracterização da situação ao início da intervenção.

No momento de devolução dos resultados da análise do caso, realizar novamente o mapa de redes e genograma para caracterização da situação pós-intervenção.



(Adaptado de SLUZKI, 1996.)

Sobre estes 5 quadrantes inscrevem-se 3 áreas diferenciadas:

I – um círculo interior de relações intimas (familiares directos com contacto quotidiano e amigos próximos);

II – um círculo intermédio de relações pessoais, com menor grau de compromisso (relações sociais ou profissionais com contacto pessoal, mas sem intimidade e alguns familiares);

III – um círculo externo de conhecidos ocasionais (conhecidos de escola e trabalho, vizinhos e familiares afastados).

Anexo VII. Guião de entrevista semiestruturada aos técnicos

A – Consentimento Informado

Objetivos: Legitimação da entrevista

- Agradecer a disponibilidade.
- Informar em linhas gerais acerca do trabalho de investigação / mediação social;
- Indicar os objetivos da entrevista;
- Assinar o consentimento informado;
- Agradecer a colaboração.
- Apresentar de forma breve a estrutura da entrevista: "a entrevista está dividida em 3 partes: numa primeira fase, iremos refletir sobre a intervenção com o indivíduo; na segunda parte, sobre a intervenção dirigida à família e, por fim, sobre a intervenção desenvolvida junto da comunidade".

B – Questões a colocar

Introduzir o entrevistado ao grupo de questões, utilizando a informação que já dispõe sobre o caso:

- "Vamos falar um pouco sobre o caso do X. Já sei que o acompanha desde XXX. Nesta fase da entrevista vamos focar-nos na sua intervenção com o utente, em especial como decorreu a sua comunicação com ele e refletir um pouco sobre eventuais mudanças que tenham ocorrido a este nível ao longo do processo."
 - 1.1. Como caracteriza a capacidade de comunicação do utente? Houve alguma modificação na forma como ele comunica ao longo do processo de acompanhamento? Se sim, o que acha que contribuiu para essa modificação?
 - 1.2. Como caracteriza a relação deste utente com outros agentes envolvidos (ex: família, colegas, amigos e outros profissionais, etc.)
 - 1.3. Houve alterações nesta relação ao longo do processo de acompanhamento?
 - 1.4. Se houve alterações, o que contribuiu para as mesmas?
 - 1.5. Qual a importância que atribui à relação que estabeleceu com o utente? Especifique
 - 1.6. Houve intervenção na resolução de conflitos?
 - 1.7. Que tipo de conflito foi? (família, trabalho, amigos, etc.)
 - 1.8. Em que medida a sua intervenção ajudou na resolução do conflito?
 - 1.9. Quais as dificuldades sentidas?

- 2. "À data do início do acompanhamento, o utente apresentava um conjunto de necessidades (referir as principais) ... gostaria que descrevesse e refletisse sobre o diagnóstico e a intervenção desenvolvida para tentar suprir estas necessidades e de que forma decorreu a participação do utente".
 - 2.1. As necessidades que foram identificadas no diagnóstico foram contratualizadas (através de um PII)?
 - 2.2. Se não, foram definidos objetivos a atingir?
 - 2.3. Pode descrever o processo de construção do PII ou da definição dos objetivos?
 - 2.4. Que estratégias foram utilizadas para encontrar os recursos necessários para a satisfação das necessidades?
 - 2.5. Quais as instituições envolvidas? Com que finalidade?
 - 2.6. Qual foi o resultado dessa articulação?
 - 2.7. Desde o início do processo de acompanhamento, a rede de relações do utente diminuiu, manteve-se ou aumentou? Especifique.
 - 2.8. Pode descrever os passos que foram dados para a monitorização dos objetivos a atingir?
 - 2.9. Quais as dificuldades sentidas?
- "Além deste trabalho de mobilização institucional, ao longo do processo de acompanhamento houve oportunidade de trabalhar com o utente as suas competências e a sua capacitação. Gostaria agora que refletisse sobre esse trabalho"
 - 3.1. Propôs ao utente algum tipo de intervenção promotora de competências (grupo de competências, ações de formação, sessões de sensibilização, Procura ativa de emprego, RVCC, etc.)? Se sim, quais?
 - 3.2. Se não, houve intenção de fazer a promoção de competências no âmbito da consulta?
 - 3.3. Qual a importância que atribui à participação do utente nestas iniciativas? Especifique.
 - 3.4. Que conhecimentos/competências quis desenvolver com o utente?
 - 3.5. Que conhecimento/competências pensa que foram por ele adquiridas?
 - 3.6. Considera que estes conhecimentos/competências foram úteis para a vida do utente, para o seu dia-a-dia? Especifique.
 - 3.7. Houve alguma situação em que tenha sentido que os conhecimentos/competências adquiridas alteraram a forma o utente lidou com os problemas? Exemplifique.
 - 3.8. Quais as dificuldades sentidas?
- 4. "Agora gostaria de alterar um pouco o foco da entrevista. Vamos falar sobre a família (ou pessoas significativas) do X. Já sei que a acompanha desde XXX. Nesta fase da entrevista interessa-nos focar a atenção sobre a sua intervenção com estes elementos, em especial como decorreu a sua comunicação com eles e refletir um pouco sobre eventuais mudanças que tenham ocorrido a este nível ao longo do processo."

- 4.1. Como caracteriza a capacidade de comunicação da família? Houve alguma modificação na forma como esta comunica ao longo do processo de acompanhamento? Se sim, o que acha que contribuiu para essa modificação?
- 4.2. Como caracteriza a relação da família com o utente?
- 4.3. Houve alterações nesta relação ao longo do processo de acompanhamento?
- 4.4. Se houve alterações, o que contribuiu para as mesmas?
- 4.5. Houve intervenção na resolução de conflitos?
- 4.6. Que tipo de conflito foi?
- 4.7. Em que medida a sua intervenção ajudou na resolução do conflito?
- 4.8. Qual a importância que atribui à relação que estabeleceu com a família? Especifique
- 4.9. Quais as dificuldades sentidas?
- 5. "À data do início do acompanhamento, esta família apresentava um conjunto de necessidades (referir as principais) ... gostaria que descrevesse e refletisse sobre o diagnóstico e a intervenção desenvolvida para tentar suprir estas necessidades e de que forma decorreu a participação da família".
 - 5.1. Foram avaliadas as condições da família para o acompanhamento do seu familiar? Quais os recursos/limitações da família?
 - 5.2. Quais as necessidades de intervenção que foram identificadas na família?
 - 5.3. Que estratégias de intervenção foram utilizadas?
 - 5.4. Houve instituições envolvidas? Com que finalidade?
 - 5.5. Qual foi o resultado dessa articulação?
 - 5.6. Pode descrever o trabalho desenvolvido para envolvimento da família (consulta, visitas domiciliárias, etc.)?
 - 5.7. Descreva a forma de participação da família ao longo do processo.
 - 5.8. Que importância atribui a esta participação?
 - 5.9. Quais as dificuldades sentidas?
- 6. "Além de todo este trabalho já referido com a família, ao longo do processo de acompanhamento houve oportunidade de trabalhar com esta família as suas competências e a sua capacitação. Gostaria agora que refletisse sobre esse trabalho".
 - 6.1. Desenvolveu algum tipo de intervenção promotora de competências da família?
 - 6.2. Se sim, qual a importância que atribui à participação da família nestas iniciativas? Especifique.
 - 6.3. Que conhecimentos/competências quis desenvolver com estas iniciativas?
 - 6.4. Que conhecimento/competências pensa que foram adquiridos?
 - 6.5. Considera que estes conhecimentos/competências foram úteis para a relação com o utente? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).

- 6.6. Houve alguma situação em que tenha sentido que os conhecimentos/competências adquiridas alteraram a forma como a família lidou com os problemas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 6.7. Em algum momento do trabalho desenvolvido com a família houve promoção da mudança de atitudes face às pessoas com CAD (desmistificação de mitos e crenças)?
- 6.8. Considera que a intervenção desenvolvida influenciou a forma como a família se relaciona com o utente? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 6.9. Considera que esta intervenção contribuiu para modificar a opinião da família sobre as pessoas com CAD? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 7. "Por fim (já estamos quase a terminar), gostava ainda de falar um pouco sobre o trabalho que desenvolveu com as instituições/entidades da comunidade. Já sei que foi necessário mobilizar um conjunto de entidades (referir quais) neste processo. Nesta fase da entrevista interessa-nos focar a atenção sobre a sua intervenção com estes elementos, em especial como decorreu a sua articulação com eles e refletir um pouco sobre eventuais mudanças que tenham ocorrido ao longo do processo."
 - 7.1. Pode descrever o trabalho desenvolvido para o envolvimento de outras instituições?
 - 7.2. Que estratégias foram utilizadas para promover o trabalho integrado e corresponsabilização com estas entidades?
 - 7.3. Qual a importância que atribui à relação que estabeleceu com esta(s) entidade(s)? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 7.4. Houve novos protocolos e parcerias?
 - 7.5. Que importância lhes atribui no processo de reinserção? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 7.6. Como caracteriza a capacidade de comunicação desta(s) entidade(s)? Houve alguma modificação na forma como esta(s) comunica(m) ao longo do processo de acompanhamento? Se sim, o que acha que contribuiu para essa modificação?
 - 7.7. Como caracteriza a relação desta(s) entidade(s)com o utente?
 - 7.8. Houve alterações nesta relação ao longo do processo de acompanhamento?
 - 7.9. Se houve alterações, o que contribuiu para as mesmas?
 - 7.10. Houve intervenção na resolução de conflitos?
 - 7.11. Que tipo de conflito foi?
 - 7.12. Em que medida a sua intervenção ajudou na resolução do conflito?
 - 7.13. Quais as dificuldades sentidas?

- 8. "Todo este trabalho de articulação terá contribuído muito provavelmente para os resultados atingidos. Só para terminar, gostava ainda que refletisse sobre algumas das características destas entidades com as quais articulou, sobre o processo desenvolvido e resultados."
 - 8.1. Foram avaliadas as condições de aceitação na comunidade? Quais os recursos disponíveis?
 - 8.2. Quais as necessidades de intervenção que foram identificadas ao nível destas entidades?
 - 8.3. Que estratégias de intervenção foram utilizadas?
 - 8.4. Desenvolveu algum tipo de iniciativa formativa/informativa dirigida a entidades da comunidade?
 - 8.5. Se sim, qual a importância que atribui à participação das entidades nestas iniciativas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.6. Que conhecimentos/competências quis desenvolver com estas iniciativas?
 - 8.7. Que conhecimento/competências pensa que foram adquiridos?
 - 8.8. Considera que estes conhecimentos/competências foram úteis para a relação com o utente? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.9. Houve alguma situação em que tenha sentido que os conhecimentos/competências adquiridas alteraram a forma como a(s) entidade(s) lidou(lidaram) com os problemas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.10. Em algum momento do trabalho desenvolvido junto da comunidade houve promoção da mudança de atitudes face às pessoas com CAD (desmistificação de mitos e crenças)? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.11. Considera que a intervenção desenvolvida influenciou a forma como a comunidade se relaciona com a pessoa com CAD? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.12. Considera que esta intervenção contribuiu para modificar a opinião da comunidade sobre as pessoas com CAD? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 8.13. Quais as dificuldades sentidas?

Anexo VIII. Guião de entrevista semiestruturada aos utentes

A – Identificação

Objetivos: Confirmar os dados do utente que façam a caracterização biográfica do mesmo (Guião de descrição do caso)

- Código do caso
- Data de nascimento
- Sexo
- Estado Civil
- Composição do agregado familiar
- Nacionalidade
- Naturalidade
- Habilitações escolares
- Profissão
- Situação face ao emprego
- Residência (cidade, bairro...)
- Há quanto tempo está a ser acompanhado pelo técnico de reinserção
- Razão porque está em acompanhamento

B – Legitimação da entrevista / Motivação do entrevistado

- Agradecer a disponibilidade.
- Informar em linhas gerais acerca do trabalho de investigação / mediação social;
- Indicar os objetivos da entrevista;
- Pedir colaboração ao entrevistado, relevando a mais-valia do seu contributo;
- Assegurar o carácter confidencial das informações recolhidas;
- Pedir autorização para gravar a entrevista;
- Assinar o consentimento informado;
- Agradecer a colaboração.
- Apresentar de forma breve a estrutura da entrevista: "a entrevista decorrerá em torno de 3 questões: o
 acompanhamento efetuado pelo técnico, a importância que atribui a esse trabalho e, por fim, falaremos sobre
 a forma como o trabalho desenvolvido tem influenciado o seu processo de reinserção".

C - Questões a colocar

Introduzir o entrevistado ao grupo de questões, utilizando a informação que já dispõe sobre o caso:

- "Gostaríamos de conversar sobre o acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção. Concorda? Já sei que está em acompanhamento desde XXX. Gostaríamos de refletir em conjunto sobre como decorreu este acompanhamento."
 - 1.1. Habitualmente como é contactado? (consulta no CRI, consulta noutro local, telefone, carta, e-mail, etc.)
 - 1.2. Qual é a regularidade dos contactos? Considera que tem sido adequada às suas necessidades?

- 1.3. No decorrer do acompanhamento pelo técnico de reinserção tem-se sentido / sentiu-se esclarecido e informado? Dê-nos um exemplo.
- 2. "Pensando no início deste processo, gostaríamos de refletir sobre a razão pela qual iniciou este acompanhamento. Havia algum objetivo ou necessidade para os quais pretendia apoio?"
 - 2.1. Foram definidos consigo os objetivos a atingir? Dê-nos um exemplo.
 - 2.2. Contratualizou um PII? Esta contratualização foi precedida de informação sobre a importância e os conteúdos do plano? Dê-nos um exemplo.
 - 2.3. Pode descrever os passos que foram dados para se atingirem os objetivos definidos no projeto de vida (ou PII)?
 - 2.4. Além do acompanhamento com o técnico de reinserção, foi-lhe proposto outro tipo de intervenção (grupo de competências, ações de formação, sessões de sensibilização, Procura ativa de emprego, RVCC, etc.)? Se sim, qual ou quais?
 - 2.5. Qual a importância que atribui à participação nestas iniciativas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta)
 - 2.6. Ao longo do acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção, foram envolvidas outras entidades? Se sim, quais? Com que finalidade?
 - 2.7. Como foi efetuado o encaminhamento para essas entidades? (reunião, contacto telefónico, entrevista...)
 - 2.8. Como avalia esta articulação?
 - 2.9. Que utilidade teve para si?
- 3. "Já percebemos que neste processo foram envolvidas outras instituições (referir exemplo) e participou em iniciativas (referir exemplo). Mas agora gostaríamos de falar sobre os seus relacionamentos mais próximos e se houve alterações a este nível."
 - 3.1. A sua família esteve nas consultas consigo? Se sim, quantas vezes?
 - 3.2. Como avalia o envolvimento da sua família no seu processo?
 - 3.3. Ao longo do acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção, foi possível reestabelecer relacionamentos com pessoas importantes para si?
 - 3.4. Desde o início deste processo de acompanhamento, a sua rede de relações diminuiu, manteve-se ou aumentou? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.5. Considera que este acompanhamento influenciou a forma como se relaciona com os outros? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.6. Considera que este acompanhamento influenciou a forma como comunica (capacidade de comunicação)? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.7. Teve necessidade de procurar ajuda para a resolução de conflitos?
 - 3.8. Que tipo de conflito foi? (família, trabalho, amigos, etc.)

- 3.9. Considera que o acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção foi importante para a resolução do conflito? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- "Gostaríamos agora de conversar um pouco sobre os conhecimentos que adquiriu, ou seja aquilo que aprendeu ao longo deste processo."
 - 4.1. Ao longo do processo de acompanhamento foi informado sobre os seus direitos e deveres de cidadania? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 4.2. Esta informação tem sido útil para a sua vida? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 4.3. Que conhecimentos adquiriu ao longo do processo de acompanhamento com o técnico de reinserção?
 - 4.4. Esses conhecimentos foram úteis para a sua vida, para o seu dia-a-dia? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 4.5. Houve alguma situação em que tenha sentido que os conhecimentos adquiridos alteraram a forma como lida com os problemas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 5. "Já percebemos que, de facto, este tem sido um processo extremamente rico e com ganhos para si (referir um exemplo). Gostaríamos agora de conversar sobre a forma como os outros, a sociedade em geral, vê e lida com as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool⁷"
 - 5.1. Sentiu alguma vez que foi tratado de forma diferente pelo facto de ter problemas com drogas ou álcool®? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 5.2. Que opinião acha que a sua família possui sobre as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool9? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 5.3. Que opinião acha que as pessoas da sua comunidade possuem sobre as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool10 (amigos, vizinhos, colegas, técnicos dos serviços públicos)? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 5.4. Considera que o acompanhamento que teve/tem pelo técnico de reinserção influenciou a forma como as pessoas da sua família se relacionam consigo? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 5.5. Considera que este acompanhamento influenciou a forma como as pessoas da comunidade se relacionam consigo? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 5.6. Acha que este acompanhamento contribuiu para modificar a opinião que a sua família possui sobre as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool¹¹? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).

⁷ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

⁸ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

 $^{^{9}}$ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

¹⁰ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

¹¹ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

- 5.7. Acha que este acompanhamento contribuiu para modificar a opinião que as pessoas da comunidade possuem sobre as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool¹²? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 6. Para concluir esta entrevista, diga-nos quais foram os contributos que este processo de acompanhamento teve?

 Qual é que é a sua importância para si?
- 7. Conversou alguma vez com o seu técnico sobre os resultados atingidos?

 $^{^{12}}$ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

Anexo IX. Guião de entrevista semiestruturada aos familiares (ou pessoa significativa)

A - Identificação

Objetivos: Confirmar os dados do caso e do familiar

- Código do caso
- Idade
- Sexo
- Estado Civil
- Habilitações escolares
- Profissão
- Situação face ao emprego
- Residência (cidade, bairro...)
- Há quanto tempo está a ser acompanhado pelo técnico de reinserção
- Razão porque está em acompanhamento

B - Legitimação da entrevista / Motivação do entrevistado

- Agradecer a disponibilidade.
- Informar em linhas gerais acerca do trabalho de investigação / mediação social;
- Indicar os objetivos da entrevista;
- Pedir colaboração ao entrevistado, relevando a mais-valia do seu contributo;
- Assegurar o carácter confidencial das informações recolhidas;
- Pedir autorização para gravar a entrevista;
- Assinar o consentimento informado;
- Agradecer a colaboração.
- Apresentar de forma breve a estrutura da entrevista: "a entrevista decorrerá em torno de 3 questões: o
 acompanhamento efetuado pelo técnico, a importância que atribui a esse trabalho e, por fim, falaremos sobre
 a forma como o trabalho desenvolvido tem influenciado o processo de reinserção do seu familiar".

C - Questões a colocar

Introduzir o entrevistado ao grupo de questões, utilizando a informação que já dispõe sobre o caso:

- "Gostaríamos de conversar sobre o acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção. Concorda? Já sei que está em acompanhamento desde XXX. Gostaríamos de refletir em conjunto sobre como decorreu este acompanhamento. Interessanos falar sobre o início deste processo e como chegou aqui a este serviço."
 - 1.1. Teve acompanhamento pelo técnico de reinserção logo que o seu familiar começou a ser tratado no serviço?
 - 1.2. Quem teve a iniciativa do primeiro contacto e qual foi o motivo apresentado?
 - 1.3. Habitualmente como é feito o contacto consigo e com que regularidade? (consulta no CRI, consulta noutro local, telefone, carta, e-mail, etc.)
 - 1.4. Como foi feito o acompanhamento? Consulta individual ou em conjunto com o seu familiar?

- 1.5. Acha que foi útil? (para si, para a família, para o utente...). Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- "Pensando no início deste processo, gostaríamos agora de falar um pouco sobre as necessidades existentes à data do início do acompanhamento"
 - 2.1. Descreva de que forma esteve envolvido(a) no processo de reinserção do seu familiar.
 - 2.2. Como avalia a sua participação no processo do seu familiar?
 - 2.3. Ao longo do seu processo de acompanhamento, foram envolvidas outras instituições? Se sim, quais? Com que finalidade?
 - 2.4. Se sim, como teve acesso a essas instituições/recursos?
 - 2.5. Se sim, qual foi o resultado dessa articulação?
- "Gostaríamos agora de conversar um pouco sobre os conhecimentos que adquiriu, ou seja aquilo que aprendeu ao longo deste processo."
 - 3.1. Frequentou algum grupo de famílias, ação de sensibilização/formação ou outras iniciativas semelhantes13?
 - 3.2. Se sim, considera que a sua participação nestas iniciativas (ou o acompanhamento) contribuiu para o processo de reinserção do seu familiar? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.3. Considera que esta intervenção (ou o acompanhamento) permitiu-lhe obter mais conhecimentos sobre o consumo de drogas ou álcool¹⁴? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.4. Considera que esta intervenção (ou o acompanhamento) permitiu-lhe obter mais conhecimentos sobre a forma de lidar com os problemas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.5. De que maneira esses conhecimentos contribuíram para resolver as dificuldades sentidas? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.6. Ao longo deste acompanhamento teve necessidade de procurar ajuda para a resolução de conflitos?
 - 3.7. Que tipo de conflito foi? (família, trabalho, amigos, etc.)
 - 3.8. Considera que o acompanhamento que teve pelo técnico de reinserção foi importante para a resolução do conflito? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.9. Considera que este acompanhamento modificou a forma de comunicação com o seu familiar? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.10. Considera que este acompanhamento influenciou a forma como gere os conflitos familiares? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 3.11. Considera que este acompanhamento influenciou a forma como se relaciona com os outros? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).

¹³ Caso não tenha frequentado nenhuma das iniciativas referidas, as questões seguintes devem referir-se ao próprio processo de acompanhamento por parte do técnico de reinserção.

¹⁴ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

- 4. "Já percebemos que, de facto, este tem sido um processo extremamente rico e com ganhos para si e para o seu familiar (referir um exemplo). Gostaríamos agora de conversar sobre a forma como os outros, a sociedade em geral, vê e lida com as pessoas que têm problemas com drogas."
 - 4.1. Que opinião acha que as pessoas da sua comunidade possuem sobre quem tem problemas com drogas ou álcool¹⁵ (vizinhos, colegas, técnicos dos serviços públicos)? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 4.2. Sentiu alguma vez que foi tratado de forma diferente pelo facto de ter familiares que têm problemas com drogas ou álcool¹⁶? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
 - 4.3. Acha que este acompanhamento contribuiu para modificar a sua opinião sobre as pessoas que têm problemas com drogas ou álcool¹⁷? Especifique (exemplos ou evidências que justificam a resposta).
- 5. Para concluir esta entrevista, diga-nos quais foram os contributos que este processo de acompanhamento teve?

 Qual é que é a sua importância para si e para o seu familiar?
- 6. Conversou alguma vez com o técnico de reinserção sobre os resultados atingidos?

 $^{^{15}}$ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

¹⁶ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

 $^{^{17}}$ Utilizar o termo drogas ou o termo álcool de acordo com a problemática existente no caso.

Anexo X. Questionário aos parceiros

O presente questionário enquadra-se no estudo intitulado *Percursos de aplicação das Linhas Orientadoras da Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências*. Tem como objetivo principal compreender de forma aprofundada e sob a perspetiva dos diversos intervenientes, a conceção e o desenvolvimento da intervenção social no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD). Está a ser desenvolvido por um grupo de trabalho constituído pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as Administrações Regionais de Saúde. Esperamos que este estudo possa vir a proporcionar melhorias na intervenção que é desenvolvida no âmbito dos processos de reinserção. Convidamo-lo(a) a participar voluntariamente, uma vez que os seus conhecimentos e experiência serão fundamentais para atingir este objetivo. É garantida a total confidencialidade e anonimato das respostas dadas, sendo que o seu nome e o nome da sua organização nunca serão referidos.

Agradecemos que se reporte unicamente à experiência de acompanhamento do caso concreto identificado na conversa prévia com o técnico de reinserção.

В-	- Caracterização da organização
1.	Tipo de Organização
	1.1. Entidade pública
	1.1.1. Administração local (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia)
	1.1.2. Administração Central (por área de intervenção)
	1.1.2.1. Saúde
	1.1.2.2. Educação
	1.1.2.3. Emprego
	1.1.2.4. Formação
	1.1.2.5. Justiça
	1.1.2.6. Proteção Social
	1.1.2.7. Administração Interna
	1.2. Entidade privada
	1.2.1. Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)
	1.2.2. Empresa
	1.2.3. Empresa Municipal
	1.2.4. ONG/Associação/Cooperativa
	1.3. Outra:

A - Identifique a unidade orgânica de referência: ______

- 2. Dimensão da organização
 - 2.1. Menos de 10 trabalhadores
 - 2.2. Entre 10 e 49 trabalhadores
 - 2.3. Entre 50 e 249 trabalhadores
 - 2.4. 250 ou mais trabalhadores

C –	Caracteriza	ção do	o Res	ponsáve	pelo	o Acom	pan	hament	to
------------	-------------	--------	-------	---------	------	--------	-----	--------	----

3.	Formação académica ou	rofissional:	

4. Função na instituição4.1. Dirigente

1.4. Cara Come	Responsável administrativo Outro: acterização do Acompanhamento o se iniciou o processo de acompanhamento do utente na organização? (escolha apenas uma opção)
Cara Come	acterização do Acompanhamento o se iniciou o processo de acompanhamento do utente na organização? (escolha apenas uma opção)
Com: 5.1.	o se iniciou o processo de acompanhamento do utente na organização? (escolha apenas uma opção)
5.1.	
	Attractic de una consciela escrita esclatácia de CDI
5.2.	Através de um encaminhamento pelo técnico do CRI
	Através de um encaminhamento por outra instituição. Qual:
5.3.	Através do próprio utente
5.4.	A pedido de terceiros. Quem:
5.5.	Por iniciativa da própria organização
5.6.	Outra:
Qual	a frequência do acompanhamento ao utente? (escolha apenas uma opção)
	Acompanhamento diário
	Acompanhamento semanal
	Acompanhamento mensal
	Acompanhamento ocasional
ŝ.5.	Outra:
ndiq	ue qual o âmbito de participação da sua organização no processo de reinserção do utente: (escolha uma οι
nais	opções)
7.1.	Alimentação, vestuário, higiene
7.2.	Habitação ou alojamento
7.3.	Educação
7.4.	Formação profissional
7.5.	Atividades ocupacionais
7.6.	Emprego
7.7.	Treino de competências sociais
7.8.	Ação social
7.9.	Saúde
7.10.	Outra. Qual?
Desc	reva o contributo da sua organização:
	5.4. 5.5. 5.6. Qual 5.1. 5.2. 5.3. 5.5. 7.1. 7.2. 7.3. 7.4. 7.5. 7.7. 7.8. 7.9.

9.	Classifique em	que medida os	objetivos	da sua	intervenção	foram	atingidos
----	----------------	---------------	-----------	--------	-------------	-------	-----------

Não atingidos

1	2	3	4	5

Totalmente atingidos

10. Como classifica a importância do contributo da sua organização para o processo de reinserção do utente?

Nada Importante

1	2	3	4	5

Muito Importante

- 11. Houve conflitos durante o processo de acompanhamento?
 - 11.1. Não
 - 11.2. Sim
- 12. Se sim, especifique o conflito:
- 13. Houve participação do técnico do CRI na resolução do conflito?
 - 13.1. Não
 - 13.2. Sim
- 14. Se sim, como classifica o contributo do técnico do CRI para a resolução do conflito?

Nada Importante

1	2	3	4	5

Muito Importante

E - Caraterização da articulação interinstitucional

15. Qual o meio de contacto mais utilizado com o técnico do CRI?

(atribua 1 ao mais utilizado e 3 ao menos utilizado)

- 15.1. Presencial
- 15.2. Telefónico
- 15.3. Correio eletrónico
- 15.4. Outro: _____
- 16. Qual a frequência deste contacto?
 - 16.1. Semanal
 - 16.2. Quinzenal
 - 16.3. Mensal
 - 16.4. Bimensal
 - 16.5. Semestral
 - 16.6. Anual
 - 16.6.1. Esta frequência foi adequada às necessidades?
 - 16.6.2. Não
 - 16.6.3. Sim

17. Ja teve necessidade	de contactar ou	trabain	ar com	outras	estruti	uras acerca do utente em causa?
17.1. 3iiii 17.2. Não						
	va o trabalho dos	onvolvi	do			
17.5. Se Siiii, descre	va o traballio des	senvoivi	uo			
18. Como avalia a sua r	-					
18.1. Indispensável		-				
18.2. Indiferente pa	•)			
18.3. Impeditiva do	•					
18.4. Outra:						
19. Como classifica a im	nportância do tral	balho co	onjunto	com c	técnic	o do CRI?
	1	2	3	4	5	
Nada Importan		_				Muito Importante
F - Caraterização da	participação (do ute	nte			
•						
20. O utente participou	ativamente nas o	decisõe	s toma	das ace	erca do	seu processo de reinserção?
20.1. Sim						
20.1.1. Em qu	e termos se verifi	icou ess	a parti	cipação)?	
20.2. Não						
20.2.1. Refira	a razão:					
20.2.1.1	Utente recusou	u nartici	inar			
20.2.1.2.	Utente não mo	•		oc nara	nartici	inar
20.2.1.3.	Não foram cria		-	-		
			-	-	-	
20.2.1.4.						o (motivo judicial)
20.2.1.5.	Outro motivo:					
G - Caraterização da	a participação	do pa	rceiro			
21. Em algum moment	o do processo de	e acomp	oanham	nento s	entiu n	necessidade de atualização de conhecimentos em
relação aos compor	•	-				•
21.1. Não	tamentos autivo	o c dep	ciraciio	sias (Gr	,.	
21.2. Sim						
	anartunidada da	docon	olver er	tos so	ahocim:	ontos ao longo do processo do acompanhamento?
	oportunidade de (uesenv	oiver es	stes cor	mecime	entos ao longo do processo de acompanhamento?
21.3.1. Sim						

21.3.2. Parcialmente

21.3.3. Não

22. Classifique a importância desta aquisição de conhecimentos para o processo de reinserção do utente

Nada Importante	1	2	3	4	5	Muito Importante
nada importante						waito importante

23. Considera que este acompanhamento influenciou a opinião que tem sobre as pessoas com CAD?

23.1. Sim

23.2. Não

23.3. Justifique:

24. Considera que, dentro da sua organização, o utente é tratado de forma diferente por ter comportamentos aditivos e dependências?

24.1. Sim, é alvo de discriminação;

24.2. Sim, é alvo de proteção;

24.3. Não

24.4. Justifique: ______

25. Considera que, na comunidade, o utente é tratado de forma diferente por ter comportamentos aditivos e dependências?

25.1. Sim, é alvo de discriminação;

25.2. Sim, é alvo de proteção;

25.3. Não

25.4. Justifique:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo XI. Alterações aos instrumentos

Após a elaboração dos instrumentos, foi realizado o Cognitive Debriefing (George, Faan, Pinilla, Abbound, Shea, e Rand, 2013) que se traduziu na realização de Entrevista de pré-teste dos instrumentos com os destinatários (por tipologia). Esta entrevista teve como objetivo refinar a linguagem usada nos itens, de modo a evitar ambiguidades, interpretações desadequadas e pouco claras. Para tal, solicitou-se, após análise do guião, que fossem respondidas questões como:

- a) Partindo da sua experiencia profissional sentiu dificuldade em compreender alguma das questões? Quais? Porquê?
- b) Sentiu alguma dificuldade em compreender as palavras utilizadas e o seu significado? Quais? Porquê?
- c) Na sua opinião, alguma das temáticas é irrelevante ou inadequada para a realidade em estudo? Qual? Porquê?
- d) Na sua opinião todas as questões fazem sentido? Porquê?
- e) Há alguma questão que devesse ser acrescentada? Qual?

Este processo decorreu no segundo semestre de 2017 e contemplou a realização de diversas entrevistas por parte da equipa de entrevistadores, junto dos vários destinatários: técnicos, utentes, familiares e parceiros. Também foi efetuado o pré-teste do questionário aos parceiros. Na sequência destes pré-testes, foram realizadas alterações aos instrumentos, no sentido de clarificar a linguagem e facilitar compreensão das questões, assim como reorganizar a ordem das questões, para facilitar o fluir da conversação.

Relativamente ao **Guião de Descrição do Caso**, foram inseridos dois instrumentos: genograma e mapa de redes para serem preenchidos com informação referente à análise da situação pré-intervenção (à chegada) e sempre que possível, da situação pós-intervenção

Foram efetuadas as seguintes alterações aos três **guiões de entrevista** (técnico, utente e familiar):

- Subdivisão das entrevistas em partes de forma a garantir uma sequência de conversação;
- Foi introduzido um enquadramento às questões de forma a informar o entrevistado sobre o objeto da conversa; exemplos: "Vamos falar um pouco sobre o caso do X. Já sei que o acompanha desde XXX. Nesta fase da entrevista vamos focar-nos na sua intervenção com o utente, em especial como decorreu a sua comunicação com ele e refletir um pouco sobre eventuais mudanças que tenham ocorrido a este nível ao longo do processo."
- As perguntas que dizem respeito aos factos decorridos foram retiradas, mantendo apenas as questões sobre a
 perceção do entrevistado sobre os factos. Os factos passaram a ser referidos pelo entrevistador, para introduzir cada
 um dos grupos de questões;
- As perguntas foram numeradas;
- A ordem das questões pode ser alterada, para acompanhar o discurso lógico sobre o caso e retirar redundâncias ou repetições. Decidiu-se que a ordem das questões, por referência aos pilares, seria – comunicação, valorização, participação, capacitação e mobilização.

Quanto ao Questionário aos Parceiros, foram efetuadas as seguintes alterações:

- Foram acrescentadas instruções de preenchimento para as perguntas 5 e 7;
- Foi alterado o texto de preâmbulo, para que fique claro para quem preenche o questionário que as questões se referem ao acompanhamento do caso;

A INTERVENÇÃO EM REINSERÇÃO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

- Foi alterada a forma de identificação do caso, que passou a ser efetuada através da apresentação de uma lista de unidades orgânicas, para que o inquirido assinale qual a unidade de referência;
- Foi introduzida uma nova questão aberta, para descrição do processo de acompanhamento do utente na entidade (questão nº 9);
- Foi acrescentada a opção de resposta "Não tenho conhecimento" às perguntas 25 e 26.

Anexo XII. Pedidos de Consentimento Informado

Pedido de Consentimento Informado (utente)18

O presente estudo, intitulado *A intervenção em reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências - Processos e resultados da aplicação do modelo da Mediação Social e Comunitária*, tem como objetivo principal compreender de forma aprofundada e sob a perspetiva dos diversos atores, a conceção e o desenvolvimento da intervenção social no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD).

Este estudo, desenvolvido por um grupo de trabalho constituída pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, pretende alcançar a compreensão do modelo de intervenção através do cruzamento de olhares de diferentes intervenientes no processo de reinserção: profissionais, pessoas com CAD, familiares e outros parceiros.

Esperamos que este estudo possa vir a proporcionar melhorias na intervenção que é desenvolvida no âmbito dos processos de reinserção. Convidamo-lo(a) a participar voluntariamente, uma vez que os seus conhecimentos e experiência serão fundamentais para atingir este objetivo. O estudo será efetuado por meio de entrevistas e questionários, sem contrapartida financeira. Serão ainda realizadas entrevistas a outros intervenientes para aprofundamento dos dados, nomeadamente a um elemento da família (ou outra pessoa significativa), ao técnico de reinserção responsável pelo acompanhamento social e a parceiros que tiveram participação no processo.

O seu consentimento para a participação neste estudo pode ser retirado a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de consequências. Nesta situação, os dados recolhidos junto dos outros intervenientes não serão considerados para o estudo.

É garantida a total confidencialidade e anonimato das respostas dadas, sendo que o seu nome nunca será referido. Para tal será atribuído um código. O gravador serve para facilitar o trabalho de transcrição posterior. Depois de transcritas, as gravações serão destruídas.

Nome do Participante:
Assinatura:
Representante do Grupo de trabalho:
Assinatura:
Data:/
ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹⁸ Este documento foi elaborado com base na Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde e com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações.

Pedido de Consentimento Informado (técnico e familiar)19

O presente estudo, intitulado *A intervenção em reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências - Processos e resultados da aplicação do modelo da Mediação Social e Comunitária*, tem como objetivo principal compreender de forma aprofundada e sob a perspetiva dos diversos atores, a conceção e o desenvolvimento da intervenção social no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD).

Este estudo, desenvolvido por um grupo de trabalho constituída pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, pretende alcançar a compreensão do modelo de intervenção através do cruzamento de olhares de diferentes intervenientes no processo de reinserção: profissionais, pessoas com CAD, familiares e outros parceiros.

Convidamo-lo(a) a participar voluntariamente no estudo cedendo o seu testemunho no âmbito de uma entrevista. O estudo será efetuado sem contrapartida financeira. É garantida a total confidencialidade e anonimato das respostas dadas, sendo que o seu nome nunca será referido. Para tal será atribuído um código. O gravador serve para facilitar o trabalho de transcrição posterior. Depois de transcritas, as gravações serão destruídas.

O seu consentimento para a participação neste estudo pode ser retirado a qualquer momento, sem acarretar qualquer tipo de consequências.

Esperamos que este estudo possa vir a proporcionar melhorias na intervenção que é desenvolvida no âmbito dos processos de reinserção.

Nome do Participante:
Assinatura:
Representante do Grupo de trabalho:
Assinatura:
Data:/

¹⁹ Este documento foi elaborado com base na Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde e com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações.

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Pedido de Consentimento Informado (entidades parceiras)

O presente estudo, intitulado *A intervenção em reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências - Processos e resultados da aplicação do modelo da Mediação Social e Comunitária*, tem como objetivo principal compreender de forma aprofundada e sob a perspetiva dos diversos atores, a conceção e o desenvolvimento da intervenção social no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD).

Este estudo, desenvolvido por um grupo de trabalho constituída pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, pretende alcançar a compreensão do modelo de intervenção através do cruzamento de olhares de diferentes intervenientes no processo de reinserção: profissionais, pessoas com CAD, familiares e outros parceiros.

Considerando que a V. entidade tem colaborado como parceira no âmbito do acompanhamento a pessoas com CAD, e reconhecendo a relevância deste contributo para o processo de reinserção, vimos solicitar a autorização para a aplicação de um questionário ao colaborador(a) responsável por este acompanhamento.

É garantida a total confidencialidade e anonimato das respostas dadas, sendo que o nome da sua organização e do(a) colaborador(a) nunca será referido.

Nome da Entidade:	 	
Assinatura:	 	
Data:/		

Anexo XIII. Cronograma

Atividades		2015 2016				20	17		2018					20	19		2020					
	3º TRIM	4º TRIM	1º TRIM	2º TRIM	3º TRIM	4º TRIM																
1-Elaboração do protocolo																						
2-Formação sobre o processo de investigação científica																						
Reflexão sobre o âmbito do estudo 3.1- Construção do fluxograma da intervenção social em CAD																						
4- Elaboração do projeto de investigação																						
4.1- Construção dos instrumentos de pesquisa																						
5- Treino da equipa de entrevistadores																						
6- Cognitive debriefing																						
7- Negociação do acesso às fontes 7.1- Solicitação de autorizações (CES)																						
7.2-Seleção dos casos que constituem a amostra																						
8- Recolha de dados 8.1- Informação e consentimento																						
8.2- Preenchimento guião de descrição de casos com consulta de processos																						
8.3- Realização de entrevistas e questionários																						
9 – Formação sobre Análise de Conteúdo																						
10- Tratamento dos dados 10.1- Transcrição das entrevistas																						
10.2- Formação em NVIVO																						
10.3- Construção de sistema de categorias																						
10.4- Análise de conteúdo das entrevistas											_	_										
10.5 – Análise de dados																						
11- Redação do relatório final																						

Anexo XIV. Categorias da análise de conteúdo

Nome da Categoria	N.º Satawistan	N.º
A Dados Pessoais	Entrevistas 23	Referências 105
B Níveis de Intervenção	51	1799
B1 Nível Micro	46	791
B2 Nível Meso	49	611
B3 Nível Macro	49	397
C Referência do discurso	51	2009
C1 Utente	47	571
C2 Técnico	46	345
C3 Familiar	50	505
C4 Parceiro	46	487
C41 parceiro não especificado	34	170
C42 segurança social	21	41
C43 autarquias	18	57
C44 comunidade terapêutica	15	39
C45 Empresas	11	16
C46 centro de emprego	12	22
C47 escolas e entidades formadoras	8	23
C48 hospital	7	11
C49 centro de acolhimento ou lar de apoio residencial	8	32
C491 centro de saúde ou médico de família	6	16
C492 instâncias judiciais	4	7
C493 santa casa misericórdia	4	13
C494 unidade de desabituação	4	5
C495 Equipas de Rua	5	16
C496 cantina social	3	5
C497 CPCJ	3	4
C498 instituto de reinserção social	1	1
C499 EMAT	2	4
C4991 Outras instituições de apoio social	1	 5
C5 Comunidade Vizinhos	36	101
D Tempo	48	1834
D1 Situação de partida	44	378
D2 Situação atual	47	1456
E Acessibilidade ao serviço	47	316
E1 Tipo de Contacto	44	171
E11 Consulta conjunta com familiar	15	34
E12 Consulta individual	21	29
E13 Consultas conjuntas com outros profissionais	21	2 2
E14 Presencial	28	66
E14 Presencial E15 Telefónico		
	28	40
E2 Frequência do contacto	33	78

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
E21 Mensal	5	7
E22 Pouco frequente	10	22
E23 Regular	26	46
E24 Semanal	3	3
E3 Iniciativa do pedido de ajuda	27	52
E31 Familiar	15	21
E32 Outro	8	15
E33 Técnico	6	7
E34 Utente	6	9
E4 Outras questões de acessibilidade	9	15
E41 regularidade das consultas adequada às necessidades	4	6
E42 acompanhamento ao longo da trajetória de vida	2	3
E43 agendamento é da iniciativa do utente	2	2
E44 é sempre atendido quando se dirige ao serviço	2	3
E45 localização é conveniente	1	1
F Pilar Comunicação	51	946
F1 Diagnóstico	46	232
F11 Conflitos	45	148
F111 Conflitualidade Laboral	8	15
F112 Conflitualidade com vizinhos	3	6
F113 Conflitualidade familiar	34	92
F114 Conflitualidade motivada pela existência de crianças em risco	3	3
F115 Conflitualidade com pares	5	6
F116 Conflitualidade no relacionamento com instituições parceiras	3	8
F117 Conflitualidade outros âmbitos	3	9
F118 Conflitualidade inexistente	9	9
F12 dificuldades de comunicação	20	58
F121 dificuldade de falar sobre si próprio e sobre os seus problemas	11	28
F122 falta de assertividade	3	4
F123 falta de comunicação dentro da família	4	5
F124 Introversão	2	2
F125 dificuldades na expressão verbal	1	1
F126 dificuldades nas relações interpessoais	10	18
F13 Dificuldades comunicacionais no processo de intervenção	9	26
F131 desconfiança em relação à unidade local	5	7
F132 instrumentalização da relação com os técnicos	3	5
F133 Descoincidência entre os objetivos das instituições e do processo terapêutico	2	2
F134 falta de confiança no processo terapêutico	2	7
F135 Dificuldades em cruzar informações com outras instituições	1	1
F136 Dificuldades na gestão das expectativas	1	2
F137 Afastamento das instituições de apoio social	1	2
F2 Estratégia de intervenção	28	145
F21 aceitação incondicional positiva	7	12

ome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
F22 acompanhamento da família	22	53
F23 aconselhamento	3	4
F24 adaptação discurso às competências dos interlocutores	2	2
F25 avaliação das condições de apoio pela família	4	4
F26 consultas conjuntas com os familiares	6	14
F27 estabelecimento de relação de confiança	17	41
F28 negociação	3	5
F29 promoção comunicação com a família sem intervenção familiar	5	8
F291 Clarificação de papéis	1	1
F292 não houve necessidades de intervenção com a família	1	1
F3 Estratégia de resolução de conflitos	32	154
F31 aceitação incondicional positiva	3	11
F32 acompanhamento da família	17	54
F33 acompanhamento próximo a entidades parceiras	4	9
F34 aconselhamento	3	3
F36 consultas conjuntas com os familiares	5	13
F37 estabelecimento de relação de confiança	5	15
F38 intermediação entre utentes e entidades	10	18
F39 intervenção com famílias, mediação familiar	6	9
F391 negociação	7	12
F392 Promoção da reflexão sobre as situações que provocaram o conflito	3	3
F393 promoção do espírito crítico e capacidade de reflexão	2	4
F394 outras estratégias de resolução de conflitos	3	3
F4 Avaliação da intervenção do técnico na resolução do conflito	30	68
F41 Avaliações Negativas	5	5
F412 A intervenção não resolveu o conflito	5	5
F4123 não resolveu conflitualidade familiar	3	3
F4124 intervenção não atinge os resultados pretendidos	1	1
F4125 dificuldade em intervir na resolução de conflitos que decorrem no seio de outras instituições	1	1
F42 Avaliações Positivas	23	51
F421 Com impacto na resolução do conflito	17	24
F4211 Foi importante para a resolução do conflito	1	1
F4212 permitiu a resolução do conflito	11	17
F4213 permitiu diminuição conflito	5	6
F422 Com outros impactos para além da resolução do conflito	13	27
F4221 permitiu a melhoria das competências de comunicação	3	5
F4222 Permitiu atingir pontos de equilíbrio entre as várias posições	2	2
F4223 permitiu conter as consequências emocionais do conflito	2	2
F4224 Permitiu dar competências para lidar com o problema na família	1	1
F4225 permitiu diminuir sentimentos de desesperança	1	1
F4226 Permitiu encontrar apoio na rede familiar	1	1
F4228 permitiu impedir consequências criminais para o utente	1	2
F42287 permitiu gestão comunicação interinstitucional	2	2

lome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência:
F4229 permitiu melhoria do relacionamento interpessoal	4	4
F42291 permitiu reunificação familiar	2	7
F43 Não houve intervenção	8	12
F4131 família indisponível para intervenção	1	1
F4132 não se recorreu ao acompanhamento para resolução conflitos	4	6
F4133 não se avaliou conflitualidade familiar	2	3
F4134 planeada para uma fase posterior à desabituação	1	1
F4135 Falta de formação do técnico para efetuar Terapia Familiar	1	1
F5 Impacto da intervenção na comunicação	48	347
F51 Impactos negativos ou inexistentes	7	21
F511 houve deterioração da relação com equipas parceiras	1	1
F512 não houve comunicação com a família	1	7
F513 não houve apoio suficiente do serviço social	1	1
F514 não houve modificação na capacidade de comunicação	1	1
F515 não houve modificações no relacionamento dentro da família	6	9
F516 não houve modificação no relacionamento interpessoal	2	2
F52 Impactos Positivos	47	326
F521 Impacto ao nível do indivíduo	34	108
F5211 Aumentou a capacidade de escutar os outros	2	2
F5212 Aumentou o conhecimento do outro	2	4
F5213 Sentiu-se ouvido	5	6
F5214 Aumentou a capacidade de falar sobre si próprio	6	6
F5215 houve melhoria da comunicação	22	58
F5216 Houve melhoria das competências de comunicação	4	4
F5217 houve melhoria das relações interpessoais com outros	17	21
F5218 houve tomada de consciência sobre dificuldades de comunicação	5	7
F522 Impacto ao nível da família	32	120
F5221 aumentou a confiança dentro da família	9	20
F5222 Aumentou a rede de apoio familiar	7	17
F5223 Houve melhoria da comunicação com a família	4	4
F5224 Houve melhoria das relações interpessoais com familiares e outros significativos	28	63
F5225 Houve melhoria do suporte à família	6	8
F5226 Houve restabelecimento de laços familiares	7	8
F523 Impacto ao nível do processo terapêutico	34	98
F5231 houve adesão ao processo terapêutico	14	39
F5232 houve esclarecimento e informação	15	21
F5233 Houve reforço da relação terapêutica	4	5
F5234 Houve resolução de conflitos	12	23
F5235 manutenção da qualidade da comunicação com o técnico	2	2
F5236 Aumento da confiança no processo terapêutico	7	8
Pilar Capacitação	51	737
G1 Diagnóstico	31	136
G11 problemas e dificuldades de âmbito individual	27	84

ome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
G111 Analfabetismo	1	2
G112 Baixa autoestima	1	2
G113 dificuldades em mudar	4	5
G114 dificuldades na assiduidade e cumprimento de horários	3	4
G115 Baixa escolaridade	3	3
G116 falta de competências de autocuidado	4	4
G117 falta de competências pessoais, sociais, relacionais, etc.	15	31
G118 fragilidade emocional e psicológica	6	8
G119 sentimento de incapacidade e incompetência	5	8
G1191 Dependência dos serviços	2	2
G1192 submissão face aos técnicos	1	2
G1193 Falta de qualificação profissional	5	10
G1194 outros problemas individuais	3	3
G12 problemas no âmbito da intervenção	15	39
G121 dificuldades na manutenção da abstinência	3	3
G122 falta de conhecimentos sobre os CAD	12	36
G13 problemas no âmbito da família	10	13
G131 desorganização na gestão familiar	4	4
G132 expectativas desajustadas sobre a responsabilidade familiar	2	2
G133 falta de competências parentais	1	1
G134 falta de suporte familiar à intervenção	2	2
G135 permissividade por parte de familiares	2	3
G136 Dificuldades no cumprimento das regras por parte da família	1	1
G2 Tipo de intervenção desenvolvida	50	225
G21 intervenções na esfera laboral e formação	27	94
G211 (Re)Orientação profissional	1	1
G212 atividades ocupacionais de lazer e tempo livre	2	4
G213 Encaminhamento para formação profissional	4	6
G214 Formação Profissional	17	33
G215 preparação do utente para entrevistas	3	3
G216 Desenvolvimento de competências de empregabilidade	7	12
G217 RVCC Centro Qualifica	5	9
G218 reaproximação a contextos educativos	2	2
G219 voluntariado	4	4
G2191 Programa Vida-Emprego	5	11
G2192 outros programas de emprego	7	9
G22 intervenções terapêuticas dirigidas ao utente	18	49
G221 Desenvolvimento de competências no acompanhamento regular ao utente	12	23
G222 Atribuição de tarefas	1	1
G223 Construção de uma relação equitativa	1	2
G224 Grupo de prevenção da recaída	2	3
G225 Grupos de treino de competências, ajuda ou terapêuticos	7	14
G226 Valorização dos pequenos passos atingidos	2	2

me da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
G227 Terapia individual	1	1
G228 promoção do espírito crítico e capacidade de reflexão	2	3
G23 Intervenções familiares	20	48
G231 Capacitação da mãe para mediar as relações dentro da família	1	2
G232 Consultas conjuntas com a família	6	12
G233 desenvolvimento da confiança da família no processo terapêutico	1	2
G234 Desenvolvimento de competências parentais	1	2
G235 Sensibilização e formação em CAD às famílias	11	20
G236 Grupos de treino de competências ou grupos de famílias	7	10
G24 Intervenções institucionais	11	14
G241 Sensibilização e formação em CAD às instituições parceiras	11	14
G25 Ausência de intervenção	15	20
G251 Não foi desenvolvida intervenção formativa ou informativa para a comunidade	3	3
G252 Não frequentou grupos de ajuda, terapêuticos ou de competências	13	17
3 Impacto da intervenção e competências adquiridas	50	376
G31 Impactos positivos	50	355
G31 No âmbito dos CAD	36	109
G311 Aumento dos conhecimentos sobre CAD	18	36
G312 Aumento de competências para lidar com pessoas com CAD	32	68
G314 Estabilização	2	3
G315 prevenção da recaída	2	2
G32 No âmbito académico e laboral	20	34
G321 Aumento da atividade e foco	2	2
G322 Aumento de conhecimentos	9	13
G323 Aumento do nível de escolaridade	7	8
G324 Competências de informática	2	2
G325 Competências profissionais para desempenhar funções	1	1
G326 Criação de rotinas de trabalho	7	8
G33 No âmbito individual	38	165
G331 Afetividade	3	3
G332 Autoestima	17	26
G333 Aumento da calma e paciência	5	6
G334 Aumento da reflexão e sentido crítico	7	11
G335 Cumprimento de regras	3	3
G336 Aumento das competências para realizar tarefas	2	2
G337 autocontrolo e controlo da impulsividade	2	2
G338 Auto-cuidado	3	3
G339 Autonomia	5	8
G3391 Otimismo e positividade	6	10
G3392 Responsabilidade	9	14
G3393 Capacidade de pedir ajuda	3	3
G3394 Capacidade de resistência à frustração	2	2
G3395 Capacidade de se projetar no futuro	2	2

Nome da Categoria	N.º	N.º Referências
G3396 Capacidade para resolver problemas	Entrevistas 6	Referencias 6
G3397 Compreensão e aceitação	16	29
G3398 Confiança em si próprio Assertividade	20	30
G3399 Consciencialização individual para a mudança	4	4
G33991 Aumento da perceção sobre as suas limitações	1	1
G34 No âmbito familiar	6	10
G341 Valorização do afeto familiar	3	5
G342 Aumento de competências da família	3	5
G35 No âmbito social e interpessoal	19	37
G351 Aumento de competências relacionais	12	21
G352 Aumento do respeito pelos outros	5	5
G353 Humildade e disponibilidade para ajudar os outros	5	8
G354 Capacidade de se afastar de situações problemáticas	1	1
G355 Capacidade para não ligar ao que os outros pensam	1	1
G356 Sentimento de pertença	1	1
G32 Impactos negativos ou inexistentes	9	21
G321 Com foco no utente	3	6
G3211 Houve abandono do projeto formativo ou de promoção competências	1	1
G3212 Houve manutenção consumos álcool	1	1
G3213 Não houve adesão a proposta formativa ou ocupacional	2	4
G322 Com foco na intervenção	5	9
G3222 Houve desadequação da resposta escolhida	1	1
G3223 Não houve capacitação sobre CAD	2	3
	1	1
G3224 Não houve informação sobre recursos terapêuticos	1	3
G3225 Não houve utilidade na participação em iniciativas de desenvolvimento de competências		
G3226 Não houve capacitação da família por falta de formação do técnico	1	1
G323 Não sabe ou não se lembra se houve aquisição de competências	4	6
H Pilar Valorização	50	907
H1 Diagnóstico	34	188
H11 Problemas de âmbito social	26	121
H111 Falta de habitação	17	33
H112 Desemprego	15	34
H113 Dificuldades de subsistência Necessidades básicas	13	25
H114 Falta de transporte	4	4
H115 Falta de recursos económicos	4	5
H116 Endividamento	3	4
H117 Falta de respostas na comunidade	7	16
H1171 Falta de respostas de alojamento adequadas	4	6
H1172 Falta de respostas de integração profissional	3	5
H1173 falta de grupos ou outras iniciativas de treino de competências	1	1
H1174 Falta de programas de certificação de competências	1	1
H1175 Falta de programas de emprego protegido	1	1
H1176 Recursos insuficientes	1	1

ome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
H12 Problemas de âmbito individual e interpessoal	24	38
H121 rede pessoal limitada às relações de consumo	3	4
H122 rede pessoal pobre	2	4
H123 Problemas de saúde	6	7
H124 problemas judiciais	2	2
H125 solidão e isolamento	12	16
H126 Falta de ocupação	1	1
H127 Necessidade de emprego protegido	3	4
H13 Problemas de âmbito familiar	8	14
H131 Crianças e jovens em risco	6	12
H132 deterioração crescente das condições de vida familiar	2	2
H14 Problemas no âmbito da articulação interinstitucional	9	15
H141 Desarticulação entre serviços	4	6
H142 Dificuldade em dar respostas em tempo útil	3	4
H143 Dificuldades burocráticas no acesso aos recursos	3	5
H2 Estratégias desenvolvidas	39	222
H21 Estratégias de Intervenção Familiar	12	18
H211 Envolvimento de elementos da rede primária	11	16
H212 Articulação com a escola do filho do utente	2	2
H22 Estratégias de Intervenção Social	10	13
H221 Afastamento do meio envolvente	1	2
H222 Avaliação da necessidade do utente e identificação das entidades que podem dar resposta	1	1
H223 Criação e promoção de novas redes de sociabilidade	1	1
H224 Orientação para acesso a recursos	4	4
H225 Visitas domiciliárias	1	1
H226 busca de alternativas criativas de apoio	3	4
H23 Estratégias de Intervenção Laboral	9	15
H231 Angariação de entidades empregadoras	1	1
H232 apoio à empregabilidade Procura ativa de emprego	5	7
H233 Articulação com a entidade patronal	4	6
H2331 Articulação com a medicina no trabalho	1	1
H2332 Adaptação das condições de trabalho	2	3
H2333 Alteração das funções para reduzir o risco de recaída	1	2
H2334 Justificação de ausências ao trabalho por estar em tratamento	1	1
H2335 Realização de reuniões na entidade empregadora para acompanhamento da integração	2	5
H234 Avaliação das condições de integração profissional na entidade parceira	1	1
H24 Estratégias de Intervenção Institucional	35	173
H241 Articulação com parceiros da comunidade	33	95
H242 Acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos	12	30
H243 Passagem de informação a outras equipas	12	25
H244 Prevenção da desinserção	4	5
H245 Acompanhamento próximo durante intervenção noutras estruturas	3	5
H246 Acompanhamento do utente a reuniões com parceiros	2	2

me da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
H247 Agendamento de entrevistas para o utente em entidades parceiras	2	2
H248 apoio ao cumprimento de medidas judiciais	2	2
H249 Negociação de condições mais favoráveis ou adaptadas no acesso aos recursos	3	3
H2491 Gestão de caso no âmbito da ENIPSSA	1	2
H2492 Encaminhamento para apoio jurídico	1	1
H2493 Contacto telefónico e por escrito com a descrição do pedido à instituição parceira	1	1
H25 Não foram envolvidas outras instituições	3	3
H3 Recursos que foram mobilizados	39	183
H31 Recursos Terapêuticos	28	72
H311 Comunidade Terapêutica	20	34
H312 Unidade de desabituação	10	14
H313 Cuidados de Saúde	5	10
H314 Medicação	3	6
H315 Comunidade de Inserção	2	2
H316 Equipa de rua	2	5
H317 Unidade de Alcoologia	1	1
H32 Recursos Sociais	25	82
H321 Apoios sociais	13	25
H322 Habitação	11	18
H323 Apoio alimentar	9	17
H324 Centro de Acolhimento	6	10
H325 Transporte	4	7
H326 Apoios para dentista	3	3
H327 Apoio domiciliário	2	2
H33 Recursos Apoio Laboral	13	19
H331 Emprego	13	19
H34 Recursos de Apoio Familiar	6	6
H341 CPCJ	3	3
H342 Terapia familiar	3	3
H35 Recursos para Apoio jurídico	4	4
H4 Impacto no processo de reinserção	38	192
H41 Impacto Negativo ou Inexistente	10	25
H411 Com foco no utente	9	12
H4111 Houve abandono da Comunidade Terapêutica por recaída	1	2
<u> </u>	1	1
H4112 Houve perda de contactos com pessoas significativas H4113 Não houve desenvolvimento de confiança na relação com a CT	1	1
H4114 Não houve impacto sobre a rede de relações e de suporte social	7	8
H412 Com foco na família	2	3
H4121 Houve abandono do processo terapêutico por dinâmicas familiares	1	2
H4122 Houve deterioração do relacionamento familiar	1	1
H413 Com foco na intervenção	4	10
H4131 Houve Apoios mal distribuídos	1	1

ne da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referênc
H4133 Houve diminuição contacto com parceiros	1	1
H4134 Não houve atribuição de apoios sociais	1	6
H42 Impacto Positivo	34	167
H421 Impacto Terapêutico	11	30
H4212 Houve Contenção da situação	5	13
H4213 Houve Diminuição da rede de relações de consumo	4	4
H4214 Houve Prevenção de situações de desinserção	4	4
H4215 Houve abstinência	3	7
H4216 Houve inserção e autonomização do utente	2	2
H422 Impacto Institucional	15	46
H4221 Houve Eficácia na atuação dos parceiros	11	30
H4222 Houve Melhoria do relacionamento com as instituições	5	9
H4223 Houve Novos protocolos de parceria ou acordos	5	5
H4224 Houve melhorias na resposta do serviço	1	2
H423 Impacto Familiar	5	13
H4231 Houve proteção da criança ou jovem	1	1
H4232 Houve recuperação do papel parental	2	5
H4233 Houve reunificação familiar	2	6
H4234 Terapia Familiar permitiu melhorar relacionamento com familiar	1	1
H424 Impacto Pessoal e Interpessoal	27	55
H4241 Houve Aumento da rede de relações	23	38
H4242 Houve manutenção da rede de suporte existente	2	5
H4243 Houve estabelecimento de novas rotinas	2	2
H4244 Houve resolução de questões judiciais	3	8
Permitiu aceder a rendimentos	2	2
H425 Impacto Laboral	14	23
H4251 Houve reconhecimento do desempenho no trabalho	3	3
H4252 Houve recuperação do papel profissional	2	2
H4253 Houve Integração profissional	13	18
5 Avaliação da articulação interinstitucional	37	122
H51 Avaliação Negativa	10	18
H511 Burocracia e morosidade da articulação	3	5
H512 dificuldades de comunicação com os parceiros	2	2
H513 comunidade terapêutica pouco adequada para o utente	1	1
H514 dificuldades de comunicação com os tribunais	1	3
H515 Falta de feedback da CT sobre a intervenção desenvolvida	1	1
H516 Falta de sensibilidade de parceiros para a resolução de problemas	1	1
H517 Falta informação sobre cancelamento de apoios	1	1
H518 acompanhamento deficiente pelos parceiros	1	1
H519 Desconhecimento sobre a intervenção das CT	1	1
H5191 Não foi realizada sensibilização aos parceiros para a problemática dos CAD	1	1
H5192 Não teve acesso a habitação social H52 Avaliação Positiva	1 35	104

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
H521 Permitiu o acesso a apoios e recursos importantes	12	23
H522 Avaliação positiva inespecífica	12	14
H523 Permitiu a criação de relações de proximidade e confiança interinstitucionais	6	14
H524 Entidades parceiras muito disponíveis e capazes de dar respostas adequadas	6	14
H525 Criou novas parcerias e formas de apoio	5	8
H526 melhorou a comunicação interinstitucional	2	4
H527 Permitiu complementaridade das respostas	2	5
H528 parceiros são importantes no encaminhamento para serviços	2	2
H529 Permitiu normalização da trajetória de vida	5	5
H5291 Permitiu a integração profissional	4	6
H5292 Articulação permitiu desbloquear situações e prevenir conflitos	1	1
H5293 Articulação permite apoio muito próximo ao utente	5	6
H5294 Aquisição de competências pessoais e sociais	2	2
Pilar Participação	46	343
I1 Diagnóstico	21	49
I11 Problemas de âmbito individual	14	25
I111 abandono de atividades	3	3
I112 Falta de envolvimento no processo terapêutico	8	9
I113 Falta de adesão às propostas	3	5
I114 Dificuldades na manutenção de compromissos	3	8
I12 Problemas de âmbito familiar	13	24
I121 Desesperança familiar	2	2
I122 Falta de apoio da família	8	15
I123 Pai recusa acompanhamento	2	3
I124 Rompimento da confiança de familiares ou pessoas significativas	3	3
I125 Não houve adesão familiar à intervenção	1	1
12 Estratégias desenvolvidas	39	189
I21 Estratégias intervenção familiar	13	24
I211 Contacto com familiar ou pessoa significativa	12	16
I212 Convite à família para participação em eventos	1	1
I213 Estabelecimento de compromissos com a família	5	7
I22 Estratégias de Intervenção Terapêutica	37	116
I221 Definição de objetivos em conjunto com o utente	16	37
1222 Elaboração de Plano Individual de Inserção	13	16
1223 Monitorização e avaliação dos resultados atingidos	19	21
1224 Informação sobre direitos e deveres	11	17
I225 Motivação para a mudança	6	7
1226 Tomada de decisões sempre com o utente	4	4
1227 Negociação de condições com o utente para o acesso aos recursos	2	3
1228 Passagem de informação ao utente	1	1
1229 Intervenção desenvolvida por etapas, em função dos objetivos	1	1
1229 Follow-up constante	2	2
12292 Estabelecimento de compromissos com o utente	1	2

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
12293 Criação de relação de confiança	1	1
12294 Consentimento informado do utente para a partilha de informação com outras entidades	1	1
I2295 Discussão do caso em equipa	2	2
I2296 Responsabilização	1	1
123 Estratégias de Intervenção Institucional	12	27
I231 Estabelecimento de objetivos em conjunto com parceiros	7	11
I232 Acompanhamento conjunto com parceiros	4	5
1233 Partilha de informação com outras instituições e utente	3	3
1234 Contacto direto com os profissionais das entidades parceiras	3	3
1235 Follow-up constante	2	2
1236 Envolvimento de chefias das entidades parceiras	1	1
1237 Aumentar conhecimento sobre os CAD para favorecer o envolvimento das entidades parceiras	1	1
1238 Contratualização de objetivos efetuada por outros parceiros	1	1
124 Falhas nas Estratégias de Intervenção	12	15
I241 Plano Individual de Inserção não contratualizado	9	12
1242 Não houve avaliação dos resultados atingidos	3	3
125 Não foi necessário desenvolver estratégias de envolvimento da família	1	1
I26 Não se recorda se foi contratualizado um PII	6	6
13 Impacto no processo de reinserção	24	57
I31 Impacto positivo	21	52
I31 Consciencialização ao nível de direitos e deveres	9	11
132 Maior apoio por parte de familiares ou pessoas significativas	10	19
I33 Responsabilização	8	13
134 Concretização dos objetivos definidos no PII	2	3
I35 Houve aumento da adesão ao tratamento	3	6
I32 Impacto negativo ou inexistente	3	5
I321 Acompanhamento não esclarece sobre direitos e deveres	3	5
14 Avaliação da participação de familiares no processo	26	48
I41 Avaliação Positiva	25	43
I42 Avaliação Negativa	2	5
Mobilidade	47	354
J1 Diagnóstico	38	95
J11 Existência de mitos e preconceitos	9	15
J111 Existência de preconceitos face à população cigana	5	7
J112 Existência de preconceitos sobre as pessoas em situação de sem-abrigo	1	2
J113 Existência de mitos e preconceitos sobre as pessoas com CAD	4	6
J12 Situações de discriminação	26	62
J121 Situações de discriminação e rejeição dentro da família	5	11
J1211 rejeição familiar	5	7
J1212 família não acredita na reabilitação de pessoas com CAD	3	4
J122 Situações de discriminação na comunidade	20	35
J1221 Necessidade de esconder condição de dependência nos contactos sociais	2	2
J1222 Comunidade local estigmatiza as pessoas com CAD	16	27

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
J1223 Existência de discriminação dos serviços de tratamento dos CAD por parte da comunidade	1	1
J1224 Pessoas em situação de sem-abrigo são mal tratados por parte da comunidade	2	2
J1225 Vizinhos discriminam as pessoas com CAD	2	3
J123 Situações de discriminação no contexto laboral	4	7
J1231 Impossibilidade de colocação na sua área profissional devido à existência de preconceitos por	1	1
parte da entidade empregadora J1232 Há discriminação do utente no local de trabalho	2	3
J1233 Afastamento de colegas no local de trabalho devido aos CAD	1	1
J1234 Rejeição da integração profissional de pessoa com CAD por parte de colegas de trabalho	1	1
J124 Situações de discriminação por parte de parceiros	4	9
J1241 Receio por parte de parceiros na integração de pessoa com CAD	1	2
J1242 segurança social é punitiva	1	1
J1243 instituições não acreditam na reabilitação de pessoas com CAD	1	3
J1244 discriminação de pessoas com CAD por parceiros áreas não sociais	1	2
J1245 Acesso a apoios dificultado por existência de preconceitos por parte da Segurança Social	1	1
J13 Falta de conhecimentos sobre os CAD	3	7
J131 Desconhecimento sobre a problemática dos CAD	2	3
J132 Pouco conhecimento existente na comunidade sobre os serviços especializados em CAD	2	3
J133 Dificuldades no reconhecimento da existência de CAD no território	1	1
J14 Ausência de Problemas de Mobilidade	10	11
J141 Não foi alvo de discriminação	10	11
J2 Intervenção desenvolvida	8	35
J21 Desconstruir mitos e preconceitos sobre as pessoas com CAD	6	14
J22 promover a aceitação dos CAD como problema social e comunitário	3	5
J23 Sensibilização e formação sobre definição de CAD	3	5
J24 Advocacy	1	1
J25 Desconstruir perceções erradas sobre as pessoas em situação de sem abrigo	1	2
J26 exercer influência junto da segurança social	1	1
J27 Responsabilização pelo acompanhamento do utente face a entidades parceiras	1	2
J28 Sedução dos técnicos de entidades parceiras para a importância da intervenção em CAD	1	1
J29 Informar parceiros sobre o trabalho realizado nos serviços especializados em CAD	2	4
J3 Impacto da intervenção na mudança de representações	42	165
J31 Impacto Positivo	41	139
J312 Impacto Institucional	14	38
J3121 Alteração das representações dos parceiros	14	35
J3122 Construção de uma relação de confiança entre utente e parceiro	1	1
J3123 Reconhecimento por parte de parceiros da relevância da articulação institucional	1	1
J3124 Tratamento do utente como pessoa com dignidade	1	1
J313 Impacto familiar	26	51
J3131 Alteração das representações dos familiares ou outros significativos	21	41
J3132 Aumentou a confiança por parte da família	2	2
J3133 Consciencialização que o problema dos CAD é transversal na sociedade	1	1
J3134 Aconselhamento de outros familiares a procurarem tratamento	1	1
J3135 Reconhecimento das mudanças atingidas pelo utente	2	2

Iome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referência
J3136 Maior aceitação da problemática dos CAD pela família	1	4
J314 Impacto comunitário	23	50
J3141 Alteração das representações da comunidade em geral	14	19
J3142 tratamento inspira outras pessoas com CAD a procurar ajuda	3	3
J3143 Tratamento simpático por parte de pessoas da comunidade pelo facto do utente estar em recuperação	2	3
J3144 Aumento dos conhecimentos sobre os serviços especializados em CAD	2	6
J3145 alteração de comportamentos por parte da comunidade	5	7
J3148 aumento de conhecimentos sobre alcoolismo	1	1
J3149 Houve apoio a outras mães vizinhas	1	1
J31491 O facto do utente estar a trabalhar alterou a visão por parte da comunidade	1	1
J31492 Os outros manifestam mais respeito pelo utente após tratamento	1	1
J31493 Reconhecimento da mudança do utente após tratamento	6	8
J32 Impacto Negativo ou Inexistente	13	26
J321 Não sabe ou não houve alteração nas representações da comunidade	6	9
J322 Não sabe se houve alteração nas representações dos familiares	3	4
J323 Não sabe se houve alteração nas representações dos vizinhos	3	7
J324 Familiares não conseguem entender que é uma doença	1	1
J325 não houve alteração das representações dos parceiros em áreas sociais	1	1
J326 não houve alteração das representações parceiros áreas não sociais	1	1
J327 não houve alteração nas representações dos familiares	2	2
J328 Algumas pessoas mantêm tratamento frio e distante apesar do tratamento	1	1
J4 Perceções sobre os CAD	28	59
J41 Perceções Desadequadas	19	36
J411 Falta de compreensão do problema como uma doença	6	8
J412 Existência de preconceitos e estigma associados aos CAD	11	17
J413 As pessoas com CAD são marginais	1	1
J414 as pessoas com CAD só não mudam porque não querem	2	2
J415 Há pouca informação sobre CAD na comunidade	2	2
J416 Consumo de álcool por crianças	1	1
J417 As pessoas com CAD são uns coitadinhos e temos que nos afastar deles	1	1
J418 Não reconhecimento da existência da problemática no território	1	1
J419 incumprimento dos utentes com CAD deve ser punido	1	1
J4191 intolerância aos CAD e tolerância à dependência de psicofármacos	1	1
J4192 jogo e álcool não são CAD	1	1
J42 Perceções adequadas	15	23
J4125 Só haverá mudanças nas representações se as pessoas com CAD fizerem a sua parte	1	1
J421 É uma doença	6	6
J422 É possível recuperar	7	10
J424 Os CAD são problemas normais, que ocorrem em qualquer família	1	1
J426 É necessário mais informação sobre a possibilidade de tratamento e dos serviços disponíveis	1	1
J427 As pessoas que têm problemas devem procurar ajuda	2	2
J428 As pessoas não são culpadas pela sua adição	1	1
J429 As pessoas com CAD podem magoar os outros sem querer	1	1

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
L Avaliação dos processos	50	1429
L1 Mudanças	49	665
L11 Nível pessoal e interpessoal	48	498
L12 Nível social e político	35	115
L13 Nível organizacional	14	51
L2 Limites	45	396
L21 Nível pessoal e interpessoal	40	260
L22 Nível social e político	30	81
L23 Nível organizacional	18	52
L3 Apreciação sobre o processo de acompanhamento	38	368
L31 Apreciações Negativas	10	33
L32 Com foco no utente	3	5
L322 utente não aproveita os recursos do acompanhamento	2	3
L323 necessidade repetir internamento	2	2
L33 Com foco nas condições da intervenção	8	28
L332 Acompanhamento do familiar a meio do processo	4	5
L332 acompanhamento não satisfaz as necessidades da família	4	18
L333 acompanhamento é pouco frequente	1	4
L338 Interrupção do acompanhamento	1	1
L32 Apreciações Positivas	38	335
L321 Com foco individual e interpessoal	20	40
L3211 Melhoria de todos os aspetos da sua vida	10	20
L3212 Acompanhamento permitiu a resolução de problemas e situações de crise	7	8
L3213 Acompanhamento permitiu que a sua vida voltasse ao normal	4	7
L3214 Sentiu-se apoiado, valorizado e mais confiante	3	5
L322 Com foco na intervenção	29	144
L3221 Impacto positivo dos técnicos	18	47
L3222 acompanhamento é disponível	15	28
L3223 A relação estabelecida com os técnicos foi muito importante	14	35
L3224 Acompanhamento permitiu acionar os recursos necessários	9	18
L3225 acompanhamento é multidisciplinar	3	3
L3227 Acompanhamento foi apoio muito importante, uma mais-valia	7	13
L323 Com foco na família	19	75
L3231 Acompanhamento do familiar desde o início do processo de tratamento	7	13
L3232 acompanhamento é importante para familiares	8	16
L3233 acompanhamento cria esperança em resultados positivos	6	9
L3234 Acompanhamento aumentou o bem-estar do familiar	5	13
L3235 Acompanhamento permitiu diminuir a conflitualidade familiar	3	6
L3236 acompanhamento permitiu reunificação familiar	2	14
L3238 acompanhamento promove aceitação familiar	3	4
L324 Com foco no processo terapêutico	23	76
L3241 acompanhamento esclarece e informa	6	9
L3242 acompanhamento permitiu atingir abstinência	5	19

A Intervenção em Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e dependências

Nome da Categoria	N.º Entrevistas	N.º Referências
L3243 acompanhamento permitiu recuperar projetos de vida	4	5
L3244 acompanhamento permitiu a autonomização do utente	6	9
L3245 acompanhamento motivou para o tratamento	5	7
L3248 acompanhamento motivou para a mudança	11	27
TOTAL	6 391	32 225

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências Tel: +351 211 119 000 | E-mail: sicad@sicad.min-saude.pt | www.sicad.pt $www.twitter.com/sicad_portugal \mid www.facebook.com/SICADPortugal$









F A C U L D A D E DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE D COIMBRA





OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA E INTERVENÇÃO SOCIAL











