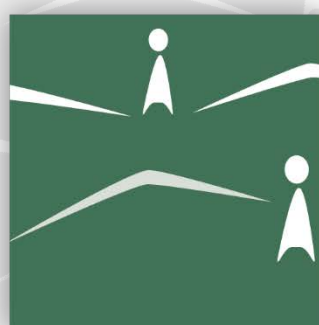


Sumário Executivo

**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: Sumário Executivo - 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 Sérgio, 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)

Morada: Morada: Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres, n.º 117, Edifício SICAD,1750-147 Lisboa - Portugal

Dezembro de 2020

Sumário Executivo

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

Índice

Introdução.....	5
1. Breve descrição do projeto de investigação	6
1.1. Problema, objetivos e metodologia da pesquisa	6
1.2. O Modelo de Análise	7
1.2.1. Modelo conceptual.....	7
1.2.2. Modelo analítico.....	9
1.3. Caracterização dos casos: sujeitos de intervenção e objeto de investigação em CAD	10
2. Resultados da pesquisa	12
2.1. Diagnóstico social efetuado	12
2.2. Processos e estratégias de intervenção desenvolvidos	14
2.3. Resultados percecionados / Impacto da intervenção	17
3. Perspetivas dos diferentes entrevistados.....	22
4. Perspetiva dos parceiros.....	24
5. Diagrama analítico de resultados	27
6. Potencialidades e limites do modelo de mediação social e comunitária	32
Conclusão e Recomendações.....	37

Introdução

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 político-estratégica 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, abrangendo os sistemas sociais mais relevantes, desde a família, as empresas, a comunidade, entre outros.

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), elaborado no âmbito do protocolo entre o SICAD, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e as cinco Administrações Regionais de Saúde, as preocupações com a aplicabilidade do modelo criado constituíram-se como uma fonte de questionamento. Assim, o grupo de trabalho abraçou o desafio de desenvolver uma pesquisa que permitisse a compreensão do modelo de Mediação Social e Comunitária (MSC), através do cruzamento de olhares dos atores intervenientes no processo de reinserção.

Este grupo de trabalho, experiente na ação direta e na coordenação de equipas e serviços, transformou-se 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.

Este sumário executivo apresenta as principais características do processo de pesquisa e os resultados mais significativos, mas não dispensa a leitura do relatório para maior detalhe e análise da expressão das diversas categorias analíticas e excertos das entrevistas consideradas.

1. Breve descrição do projeto de 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 das 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, multicaseos e multiperspetiva, que alia a componente descritiva à componente analítica e reflexiva. 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.

1.1. Problema, objetivos e metodologia da pesquisa

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 (Para maior especificação e desenvolvimento do projeto):

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

OBJETIVOS

No que se refere aos **objetivos** definidos para esta investigação, eles são:

- 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*.

METODOLOGIA

Relativamente à **metodologia**, esta investigação é essencialmente de natureza qualitativa e desenvolveu-se segundo um plano misto – Estudo de Caso (Multicasos). Combina dados de carácter 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.

AMOSTRA

No que se refere à **amostra**, foram definidos critérios para a seleção das Unidades de Intervenção Local (UIL), dos técnicos de reinserção e dos sujeitos a serem incluídos no estudo. Após aplicação destes requisitos, a amostra constituiu-se por 18 casos, distribuídos pelas 5 regiões (ARS) e 18 UIL, incluindo Centros de Respostas Integradas, Unidades de Alcoologia e Comunidades Terapêuticas.

O protocolo de pesquisa previa a realização de três entrevistas por cada caso: ao técnico de reinserção que acompanhou o processo (18 Assistentes Sociais), ao utente, alvo da intervenção (18) e ao seu familiar ou outra pessoa significativa (neste caso só foi possível realizar 15 entrevistas, das 18 previstas). Assim, efetuaram-se 51 entrevistas, que posteriormente foram alvo de análise de conteúdo.

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 parceiras que fizeram parte dos processos de reinserção. Foram recebidos 21 questionários, provenientes de entidades públicas e privadas.

1.2. O Modelo de Análise

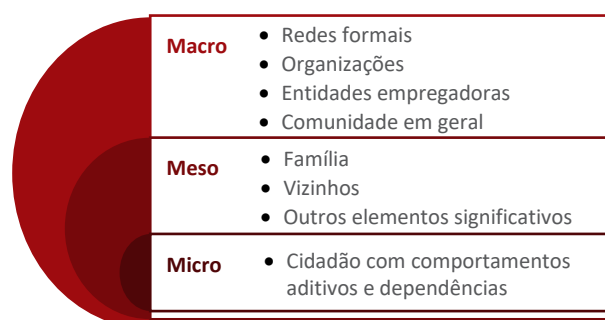
1.2.1. Modelo conceptual

Para alcançar os objetivos visados com esta investigação, toda a informação recolhida foi analisada de acordo com os níveis de intervenção do modelo (micro, meso e macro) e os cinco pilares da intervenção. Estes dois eixos estruturantes foram fundamentais para organização da informação e para a compreensão dos procedimentos e dos resultados observados.

De acordo com as Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Almeida e

Carvalho et al., 2014, pág. 22-25), a intervenção situa-se em três níveis: micro, meso e macro.

Figura 1. Níveis de intervenção do Modelo de Mediação Social e Comunitária



Ao nível **MICRO**, a intervenção centra-se na pessoa com CAD e trata-se de um trabalho de mobilização pessoal, de **capacitação**, de criação de condições para o exercício da cidadania e **participação**.

No nível **MESO** intervém-se essencialmente com a família e outros elementos significativos do ambiente mais próximo, assim como ao nível das relações de amizade, grupos de pertença e de referência. Pretende-se que estes relacionamentos mais próximos se constituam como elementos facilitadores do processo de inserção da pessoa.

A intervenção no nível **MACRO** prevê o estabelecimento de canais de **comunicação** e parcerias com diferentes estruturas de apoio, de forma a facilitar o acesso às respostas disponíveis e suprir necessidades.

Trata-se de um trabalho de construção de uma rede de suporte ao processo de inserção da pessoa com CAD, que permita, num primeiro momento, a satisfação das necessidades mais prementes e, num momento posterior, a concretização de um itinerário de inserção definido com a pessoa e com os parceiros envolvidos.

Considerando que a intervenção se situa nestes três níveis (micro, meso e macro) e que, em cada um deles, existem objetivos diferenciados mas complementares, podem ser identificados pontos comuns na prática quotidiana dos profissionais e que são transversais aos vários níveis: os cinco pilares fundamentais da mediação social e comunitária no contexto da reinserção de pessoas com CAD.

Figura 2. Pilares de intervenção do Modelo de Mediação Social e Comunitária



De acordo com as Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no Âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (Almeida e Carvalho et al., 2014, pág. 27-28), 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 **CAPACITAÇÃO individual e coletiva**, pressupõem 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 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.

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.

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.

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 coletiva com vista à alteração das representações associadas aos CAD. 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.

1.2.2. Modelo analítico

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. 3).

Figura 3. Modelo de Análise: Dimensões analíticas



1. Contextos	Macro/Político/Comunitário Meso (familiar) Micro (situações concretas)
2. Sujeitos	Profissionais (Técnicos de Reinserção) Cidadãos com CAD / Utentes Familiars /outras pessoas significativas Stakeholders institucionais/profissionais
3. Objetivos e processos da Intervenção	Níveis de Intervenção Pilares Objetivos do Modelo de MSC Diagnóstico Processos e estratégias de intervenção
4. Resultados do Modelo de MSC	Mudanças ocorridas (individuais, sociais e comunitárias) Limites Potencialidades

1. 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).

2. Os sujeitos participantes 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.

1.3. Caracterização dos casos: sujeitos de intervenção e objeto de investigação em CAD

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.

No momento de início da intervenção, os **utentes** envolvidos no estudo apresentavam as seguintes características:

- 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.

- No que se refere à situação habitacional, 33% vivem em casa de familiares, em coabitação com os seus progenitores e 33% vivem sós.
- 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 comorbidade.
- Em relação às fontes de rendimento, 44% não tem 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%).
- 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 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, ou seja mais de 50% dos casos está em acompanhamento há mais de 10 anos.
- 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.

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.

2. Resultados da pesquisa

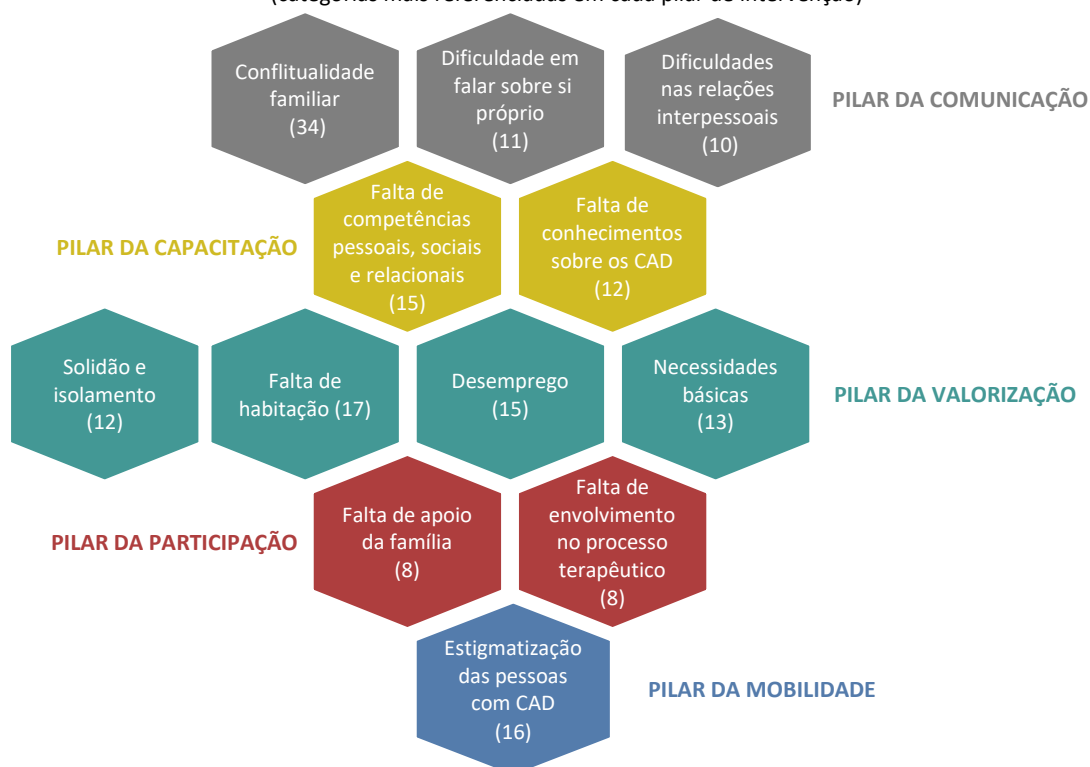
No relatório final da pesquisa, são apresentados de forma exaustiva e pormenorizada os resultados obtidos pela análise de conteúdo das 51 entrevistas realizadas, de forma descritiva e analítica. A descrição centra-se na identificação das categorias resultantes da análise de conteúdo efetuada às entrevistas realizadas aos técnicos de reinserção, cidadãos com CAD e familiares ou outras pessoas significativas, um total de 728 categorias analíticas, distribuídas por 11 dimensões e 32.107 referências (excertos de texto). A análise foi norteada pelos níveis de intervenção (micro, meso e macro) e pelos pilares do modelo MSC, e evidencia os contextos, os sujeitos, os processos e estratégias de intervenção, assim como a avaliação das mudanças ocorridas, traduzidas em impacto da intervenção. Foram utilizados múltiplos excertos resultantes do processo de tratamento de dados

realizado, como evidências das principais categorias e que dão voz aos entrevistados, principais atores dos processos de reinserção estudados. Neste sumário executivo optou-se por integrar um número reduzido de extratos das entrevistas, para não sobrecarregar a sua leitura.

De seguida apresentam-se os principais resultados da análise efetuada, tendo por referência três componentes: o **diagnóstico social** efetuado, que caracteriza a situação prévia à intervenção e coloca em evidência os fatores de vulnerabilidade desta população; a **intervenção** que foi desenvolvida, traduzida por estratégias e processos de intervenção; e por fim os principais resultados atingidos, considerados como **impacto** da intervenção. Os resultados obtidos permitiram a formulação de recomendações, explanadas na conclusão deste documento.

2.1. Diagnóstico social efetuado

Figura 4. Principais categorias identificadas no diagnóstico social (categorias mais referenciadas em cada pilar de intervenção)



No âmbito da análise do diagnóstico social que foi realizado aos 18 cidadãos com CAD, os principais problemas identificados são:

- a **conflitualidade familiar** é a categoria mais expressiva com 92 excertos em 34 entrevistas, sendo este um problema referente ao pilar da comunicação;

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 **dificuldade em falar de si próprio** e a existência de **dificuldades no relacionamento interpessoal** são também problemas identificados no pilar da comunicação;

“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)

“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)

- a **falta de competências pessoais, sociais e relacionais** dos cidadãos com CAD traduz dificuldades no âmbito da **capacitação**;

“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)

- a **falta de conhecimentos sobre os CAD**, identificada sobretudo em familiares e técnicos de entidades parceiras, é a segunda categoria com mais referências no pilar da **capacitação**;

“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)

- o **desemprego, a falta de habitação**, as dificuldades de acesso às **necessidades básicas e de subsistência** e a **solidão e isolamento**, traduzem necessidades que convocam para a mobilização e valorização das redes;

“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)

“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, C03)

“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)

“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)

- a **falta de apoio da família** e o baixo envolvimento do próprio no seu processo terapêutico são dificuldades expressas no pilar da **participação**;

“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)

“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)

- a **estigmatização das pessoas com CAD na comunidade local** é o principal problema sentido no âmbito do pilar na **mobilidade**.

“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)

2.2. Processos e estratégias de intervenção desenvolvidos

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.

Figura 5. Principais categorias referentes aos processos e estratégias de intervenção (categorias mais referenciadas em cada pilar de intervenção)



- 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 e que permite a regulação das relações.
- No âmbito da **comunicação**, o **acompanhamento à família** e o **estabelecimento de relação de confiança** são as estratégias mais referidas nas entrevistas. Neste contexto, a **comunicação** revela-se como um pilar vital para prossecução do trabalho dos profissionais.

“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.” (Técnico de Reinserção, CT, C 04)

“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. (...) (Técnico de Reinserção, CRI, C 03)

- 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 da **formação profissional** e do **desenvolvimento de competências** do cidadão com CAD foram as estratégias que mais se destacaram e que se situam no nível micro.

“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)

“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)

- No nível meso, a aplicação de estratégias de **sensibilização para a problemática dos CAD**, no sentido de preparar as famílias, foi a dimensão mais percecionada. Ainda no âmbito da **capacitação**, mas no nível macro, foram ainda desenvolvidas **estratégias de sensibilização e formação em CAD dirigidas aos parceiros**.

*“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 reverter a realidade que foi conseguida pela família.” (Técnico de Reinserção, CRI, C 06)*

“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)

- O pilar da **valorização** centra-se nas interações dos sistemas, nomeadamente com a **articulação com parceiros da comunidade**, estratégia que foi referida em 33 entrevistas.

“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)

- O **acompanhamento próximo aos parceiros envolvidos** e a **passagem de informação a outras equipas** são categorias muito presentes, que traduzem o trabalho colaborativo desenvolvido pelo técnico de reinserção.

“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)

- No âmbito deste trabalho de mobilização de recursos, os técnicos de reinserção procuraram também **envolver elementos da rede primária** (familiares diretos ou mais afastados, vizinhos e/ou outras pessoas próximas), que podem contribuir para a concretização dos objetivos traçados no âmbito de cada PII.

“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)

- A forte incidência destas categorias associadas ao pilar da **valorização** pode indiciar que foi feito 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.

- A **participação** está identificada no conjunto das entrevistas e traduz-se nas categorias da **monitorização e avaliação dos resultados atingidos, definição de objetivos em conjunto com o utente e a elaboração de Plano Individual de Inserção**. Estas são estratégias que maximizam o envolvimento do utente no seu próprio processo e que garantem a adaptação das estratégias a seguir a todo o momento, em função da evolução obtida.

“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)

“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)

- O conceito de **participação** remete para a promoção e co-construção de alternativas sociais e de compromissos no âmbito da cidadania, pelo que a **informação sobre direitos e deveres** é uma estratégia essencial neste âmbito.

“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)

- Ainda relativamente ao pilar da **participação** importa destacar o **contacto com familiar ou outra pessoa significativa**, enquanto estratégia para envolver estes atores tão importantes para o processo de reinserção.

*“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)

- A **mobilidade** é o pilar menos identificado no que concerne aos processos e estratégias de trabalho desenvolvidas. Envolve como já foi referido a dinâmica dos sistemas sociais, onde surgem os obstáculos ao processo de criação de oportunidade e de possibilidades de inserção, motivados muitas vezes pelo estigma em torno dos CAD. A intervenção dirigida

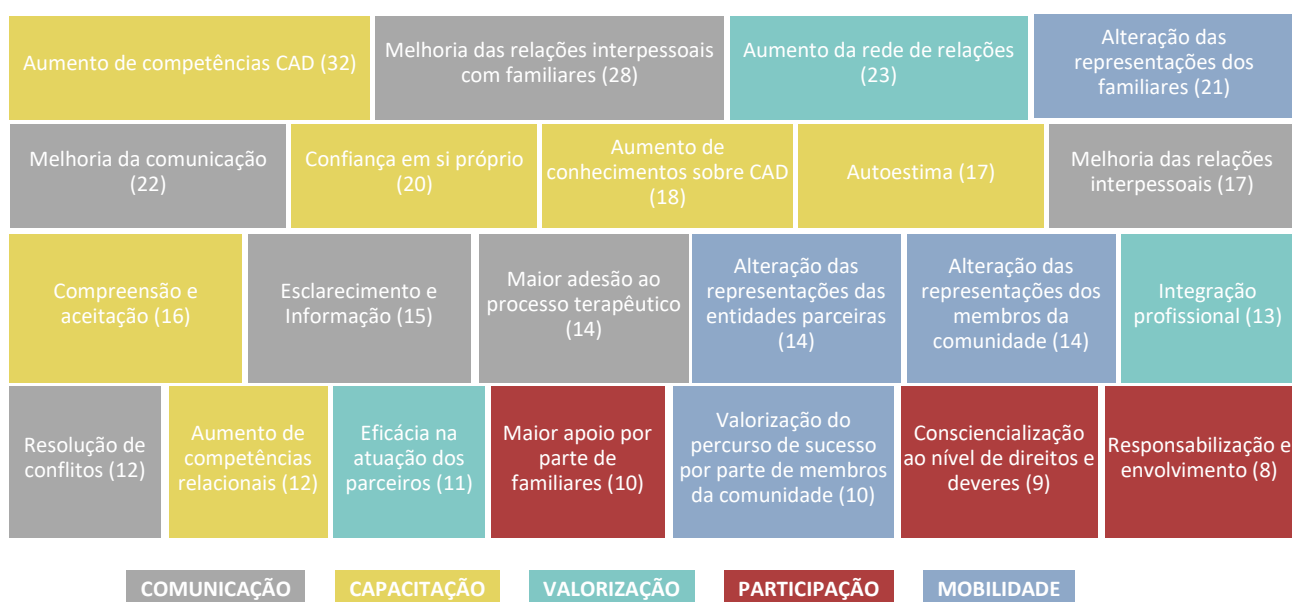
à **desconstrução de mitos e preconceitos sobre as pessoas com CAD** é fundamental e necessita de ser reforçada no âmbito da intervenção dos técnicos de reinserção.

“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)

2.3. Resultados percebidos / Impacto da intervenção

Relativamente aos resultados atingidos com a intervenção realizada pelo técnico de reinserção, traduzida neste contexto por impacto da intervenção, podemos constatar que os pilares da **comunicação** e da **capacitação** são os mais referenciados nas 51 entrevistas e é onde encontramos mais categorias de impacto verificado.

Figura 6. Principais categorias referentes aos impactos da intervenção
(categorias mais referenciadas em cada pilar de intervenção)



- Sendo o técnico de reinserção um agente que conduz a comunicação e que intervém mediante determinadas estratégias, podemos afirmar que, segundo os entrevistados, houve **melhorias** significativas nas **relações interpessoais com familiares** e outros significativos, assim como ao nível do **relacionamento interpessoal com outros elementos** da rede mais alargada.

“Aumentou sim. Tinha casos que, derivado aos consumos, ficaram para trás e uma vez que, souberam que dei início 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)

“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)

- Também foram percecionadas **melhorias** significativas na **capacidade de comunicação** dos cidadãos que foram acompanhados.

“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)

- Ainda no que se refere ao pilar da **comunicação**, houve também **esclarecimento e informação**, uma **maior adesão ao processo terapêutico** e em alguns casos há referências à **resolução de conflitos**.

“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)

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

“Estávamos a falar de uma pessoa que habitava numa casa com outras pessoas com problemáticas semelhantes mas em estadios 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)

- No âmbito do processo de **capacitação** das pessoas acompanhadas pelos técnicos de reinserção, foram identificados impactos significativos, traduzidos no aumento das competências pessoais e sociais, tais como: **confiança em si próprio, autoestima, compreensão e aceitação, aumento de competências relacionais**. Estes impactos resultam da intervenção ao nível micro, com o cidadão com CAD.

“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)

“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)

“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)

“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)

- Mas também ao nível meso e macro foram sentidos resultados, ao nível do **aumento de conhecimentos sobre os CAD** e um **aumento de competências para lidar com as pessoas com CAD** identificados nos familiares e entidades parceiras envolvidas nos processos de reinserção.

“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)

“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)

- No pilar da **capacitação** foram identificadas muitas outras categorias, com menor expressão, que traduzem um trabalho efetivo de aquisição e reconhecimento de competências, que contribuiu seguramente para a mudança de atitudes e de comportamentos. aspetos como ser **responsável no cumprimento de regras**, a **criação de rotinas de trabalho**, mostrar empenho na **execução de tarefas** e a **capacidade para resolver problemas** são competências preponderantes identificadas como tendo sido adquiridas pelos cidadãos.

“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)

- Quanto aos resultados percecionados no pilar da **valorização**, pode-se inferir que o trabalho em equipa e a articulação interinstitucional e intersectorial que foi desenvolvida, de modo coordenado e coerente, poderá ter contribuído para o **aumento da rede de relações**, para a **integração profissional** dos cidadãos e para uma **maior eficácia da atuação dos parceiros**, o que traduz a satisfação das necessidades das pessoas com CAD.

“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)

“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)

“O resultado foi que nós conseguimos, de facto, estabilizar o utente, retirá-lo da rua, desabitá-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)

- A intervenção desenvolvida pelos técnicos de reinserção permitiu também impactos relevantes associados ao pilar da **participação**: um **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.

“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)

“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)

- O pilar da **mobilidade** refere-se à necessidade de alteração das representações que as pessoas do meio envolvente, da comunidade, têm sobre com os CAD e sobre as pessoas que consomem 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 da comunidade à integração de pessoas com CAD, muitas vezes assentes em mitos e crenças, no preconceito e no estigma, revelam-se muitas vezes como obstáculos a uma plena integração social.

Contudo, no âmbito do impacto da intervenção do técnico de reinserção, verificamos que foram referidas **alterações 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.

“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)

“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)

*“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)*

“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)

3. Perspetivas dos diferentes entrevistados

A perspetiva dos diferentes entrevistados face aos **PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS** apresenta diferenças, quando comparados os problemas referidos nas entrevistas em cada um dos pilares.

Figura 7. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização dos problemas diagnosticados, por pilar



- 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).

Também do ponto de vista da **INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA** existem perspetivas diferentes de acordo com os entrevistados.

Figura 8. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização da intervenção desenvolvida, por pilar



- As intervenções mais valorizadas são as que se referem ao pilar da Capacitação (50 em 51 entrevistas). Digamos que é o pilar 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.
- A intervenção do pilar da Mobilidade é referida exclusivamente pelos técnicos de reinserção, o que pode significar que este trabalho tem pouca visibilidade para os utentes e seus familiares.

Por fim, também relativamente às referências sobre o **IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS** nos vários pilares verificamos uma expressão diferente de acordo com o tipo de entrevistado.

Figura 9. Perspetiva dos entrevistados relativamente à valorização do impacto da intervenção desenvolvida, por pilar

Impacto da intervenção	+	-
Técnicos de Reinserção	 Comunicação Capacitação	Participação
Cidadãos com CAD	 Comunicação Capacitação Valorização	Participação
Familiares	 Comunicação	Participação

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.

Para os familiares, o maior número de referências a impactos concentra-se no pilar da Capacitação.

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.

O pilar da Mobilidade, que apresentava referências à intervenção exclusivamente pelos técnicos de reinserção, teve um impacto reconhecido por todos os intervenientes e sobretudo valorizado pelos utentes (17 em 18 entrevistas).

4. Perspetiva dos parceiros

No âmbito deste estudo, foi também considerada a perspetiva dos parceiros envolvidos, traduzida pelas perceções dos técnicos de entidades parceiras que participaram nos processos de reinserção dos 18 casos estudados. Estas perceções foram recolhidas através do preenchimento de um inquérito por questionário, tendo sido obtidas 21 respostas. 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). 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. De seguida destacam-se os aspetos mais relevantes:

PILAR DA COMUNICAÇÃO

Foi possível verificar que o início do processo de acompanhamento pelas entidades parceiras foi 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 ocasionais, o que parece apontar para um acompanhamento mais próximo por parte das entidades privadas. Esta proximidade é crucial ao sucesso do acompanhamento, ao permitir uma maior **comunicação** entre todos os elementos do processo e 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 sua resolução (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.

PILAR DA 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.

- 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.

PILAR DA 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, o vestuário e/ou a 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.

PILAR DA 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.

- Os inquiridos consideram que a grande maioria dos cidadãos teve um envolvimento ativo nas decisões tomadas (85,7%), tendo esta **participação** sido desenvolvida através da colaboração nas ações propostas e do cumprimento dos objetivos.
- 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.

PILAR DA 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%).
- Relativamente à existência de situações de discriminação do utente, pelo facto de ter CAD, na comunidade, a maioria dos inquiridos 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).

5. Diagrama analítico de resultados

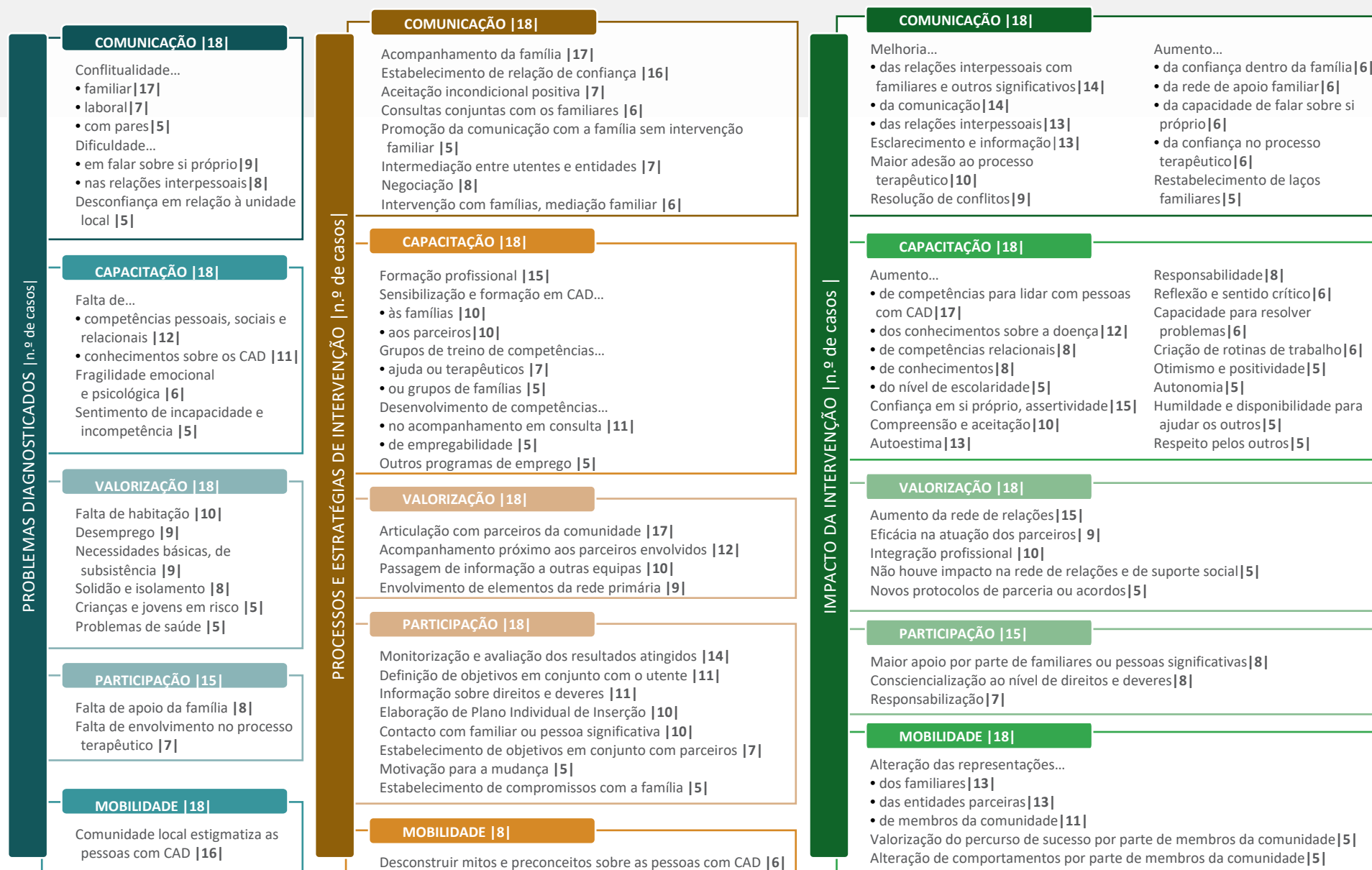
A análise de conteúdo efetuada às 51 entrevistas realizadas permitiu constituir, com base nas percepções de técnicos de reinserção, utentes e familiares, um conjunto complexo de categorias que traduzem as três principais componentes explanadas neste relatório:

- 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.

Figura 10. Diagrama Analítico de Resultados



• **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 reinscrição 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 percepção 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, destacando-se 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;

5. Foram diagnosticados défices na **participação** de utentes e familiares em 15 casos, tanto no processo de reinscrição (8), como no processo terapêutico (7).

No que concerne aos **processos e estratégias de intervenção**, os resultados indicam que houve atuação dos técnicos de reinscrição 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 (16 com problemas associados à estigmatização), tendo havido intervenção registada apenas em 8 casos, através de desconstrução de mitos e preconceitos e outras estratégias. 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 reinscrição, 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 características 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 (6), 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:

- 1. 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 competências empoderadoras das pessoas com que os técnicos de reinscrição interagem.** Neste domínio, os técnicos de reinscrição 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 eficácia**: em mais de 80% dos casos ocorre um aumento da rede de relações, em mais de 70% (13) 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 reinscrição.

6. Potencialidades e limites do modelo de mediação social e comunitária

No contexto desta pesquisa e para evidenciar as potencialidades e os limites do Modelo de MSC, foi utilizada a metodologia de Análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats* – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças). A aplicação desta metodologia 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 MSC analisado, e recomendar mudanças se tal se considerar relevante.

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.

Figura 11. Análise SWOT do Modelo de Mediação Social e Comunitária em CAD

	FORÇAS (STRENGTHS)	FRAQUEZAS (WEAKNESSES)
AMBIENTE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
AMBIENTE EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
	OPORTUNIDADES (OPPORTUNITIES)	AMEAÇAS (THREATS)

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 4 e foi construída a partir dos resultados obtidos pela análise de conteúdo efetuada.

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**:

- **A perceção positiva dos entrevistados sobre a intervenção desenvolvida.** As apreciações sobre o processo de acompanhamento são sobretudo positivas e transmitidas 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 referem um elevado desempenho dos técnicos, seja pelos resultados obtidos, pela disponibilidade no acompanhamento, seja pela qualidade da relação estabelecida.

- **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 a intervenção desenvolvida para a resolução de conflitos não correspondeu à totalidade dos casos onde estes se verificaram e nem sempre 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 não foi perceptível 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** e de relacionamento interpessoal, das competências para lidar com pessoas com CAD, das competências pessoais e sociais, da rede de relações e o maior apoio por parte de familiares ou outras pessoas significativas 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 em todos os 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, 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.

- **Avaliação positiva da articulação interinstitucional**. Foram identificadas referências à importância da articulação com entidades parceiras, 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.

- **Articulação interinstitucional potenciadora da criação de novas parcerias** 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 e multidimensionais problemáticas presentes, espelhando a fragilidade individual e social dos sujeitos acompanhados pelos técnicos de reinserção.** O perfil dos utentes evidencia fatores de vulnerabilidade muito relevantes no início da intervenção, dos quais se destacam a dependência financeira, a baixa escolaridade, a comorbilidade e a existência de CAD no seio familiar. 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 de 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.** 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 dados demonstram que

existem perceções desadequadas à compreensão da problemática. Estas perceções encontram-se sobretudo associadas a membros da comunidade e de redes de vizinhança, assim como a entidades parceiras. Apesar de ter havido um forte aumento das competências para lidar com a problemática, este apresenta-se ainda como um problema na avaliação da articulação interinstitucional. São, assim, 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 alguns dos entrevistados terem referido que não foram produzidas alterações ou não sabem se houve alterações nas representações de outros atores. 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 e Recomendações

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 no relatório final 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 UIL, 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.

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 caracterizar 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 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.

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 | www.facebook.com/SICADPortugal



FACULDADE
DE PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



OBSERVATÓRIO DA CIDADANIA E
INTERVENÇÃO SOCIAL

