



Modelo de Boas Práticas no Tratamento de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências

Intervenção do Projeto Sorrir no Tratamento Integrado de Pessoas com CAD no Concelho de Barcelos

Ficha Técnica

Título

Modelo de Boas Práticas no Tratamento de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências - Intervenção do Projeto Sorrir no Tratamento Integrado de Pessoas com CAD no Concelho de Barcelos

Data de Criação: Julho - 2024

Data de Publicação: Julho - 2025

Data de Revisão: Setembro - 2025

Entidade Promotora

GASC – Grupo de Acção Social Cristã

Projeto

Projeto Sorrir – Consulta Multidisciplinar Especializada no Tratamento de Comportamentos Aditivos e Dependências

Autoria

Equipa do Projeto Sorrir – Ana Rita Silva; Gilberto de Abreu; Matilde Araújo; Susana Fernandes e Tânia Figueiredo

Coordenação Técnica

Tânia Figueiredo

Consultoria Científica

Equipa do Centro de Respostas Integradas de Braga

Revisão de Texto e Edição

Célia Barbosa; Marta Lopes; Rita Magalhães; Sílvia Santos; Susana Fernandes e Tânia Figueiredo

Ficha de Caracterização do Projeto

Projeto:

Projeto Sorrir – Consulta Multidisciplinar Especializada no Tratamento de Comportamentos Aditivos e Dependências

Entidade Promotora:

GASC – Grupo de Acção Social Cristã

Tutela:

CRI – Centro de Respostas Integradas de Braga

Coordenação Técnica:

Tânia Figueiredo

Cofinanciadores e Parceiros:

ICAD–Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (antigo SICAD)

Município de Barcelos

APAC–Associação de Pais e Amigos de Crianças



Prefácio



Como cofundador do GASC e seu presidente da Direcção ao longo de cerca de 40 anos é-me particularmente grato ter a oportunidade de dirigir algumas palavras sobre a origem e missão desta instituição e deixar uma mensagem de esperança e confiança.

Parece indiscutível que em 75/76 Portugal passou por uma situação de crise e não se afigura menos evidente que tal situação de todos seclançou uma atitude que rasgasse caminhos que conduzissem a uma superação de tal crise. Assim, a entender o P. Pajóira que, com um grupo de cristãos mais comprometidos, se lançou numa campanha que unificasse os problemas mais agudos das famílias mais desprotegidas. Não foi tarefa fácil pois havia muito a fazer para satisfazer todos as necessidades. Assim, nasce o GASC, como quase tudo o que existe no universo, de uma necessidade.

O GASC começa a sua actividade apoiando as famílias e as pessoas em situação de vulnerabilidade sócio-económica, sem lecto, pessoas com comportamentos desviantes e marginais e, mais tarde, vítimas de violência doméstica. A problemática das drogas foi preocupação prioritária do GASC satisfazer as necessidades básicas da população dependente: alimentação e higiene pessoal.



Barcelos, junho de 2024

Inspetor Constantino Lopes
Presidente Honorário do GASC

A esta luz iniciamos a distribuição de sopa e sandwiches, ao princípio da noite, em pontos estratégicos da cidade enquanto construíamos instalações para funcionar um Refeitório onde passamos a fornecer, gratuitamente, duas refeições completas todos os dias e a permitir que todos pudessem realizar a sua higiene pessoal e mudança de roupa. Depois formamos estufas para outra necessidade - a habitação. Tarefa muito difícil mas onde nos sentimos realizados pois conseguimos alojar quase todos os sem teto. Falta um projeto para que todos estejam ocupados. Retorço certo que com a ajuda generosa dos barcelenses, o apoio da Câmara Municipal será possível concretizar este projeto. O GASC espalha sementes de esperança a partir do presente, sem esquecer o passado; com todos, já estamos sonhando e construindo um mundo melhor. Havemos de conseguir juntos chegarmos lá!



Prefácio

Barcelos, agosto de 2024

Dr. Domingos Lopes
Presidente do GASC

O Manual de Boas Práticas é um documento onde se pretendem registar as linhas fundamentais do exercício prático.

Um documento desta natureza será sempre uma síntese incompleta, um guia de procedimentos e de atitudes com a particularidade de ser “datado”.

É, portanto, um conjunto de orientações ou recomendações elaboradas a partir de conhecimentos tidos como verdadeiros à data da sua feitura e, frequentemente, moldados por condicionalismos operacionais. Por isso, a construção do Manual de Boas Práticas é um processo contínuo, nunca terminado, em permanente atualização.

Enquanto Presidente da Direção do GASC é um privilégio assistir ao nascimento de um documento desta natureza que constitui a constatação de que esta instituição, com 45 anos de vida, atingiu uma fase de maturidade que lhe permitiu dar passos concretos para um Sistema de Gestão da Qualidade.

Esse trabalho de sedimentação e estruturação, manifestou-se num salto qualitativo da organização que permitiu sistematizar as formas de atuação e harmonizar os comportamentos por forma a que seja mais fácil conhecer e perceber os caminhos a seguir e que torna mais transparente e coerente a prestação dos serviços.

Foi neste contexto que, de forma natural, “surgiu” este Manual, que tem como principal objetivo fomentar o desenvolvimento de estratégias de interação e de comunicação efetivas, facilitando o processo de transmissão de informação, tendo sempre em linha de conta os princípios fundamentais da acessibilidade, da centralidade no cidadão e do humanismo, e adotando uma abordagem assente no trabalho integrado e em rede.

Porque, todos somos poucos para fazer o “Bem”.



Prefácio

Dr. Torres Freixo
Psiquiatra no CRI de Braga
Supervisor do Projeto Sorrir

Este Modelo de Boas Práticas no Tratamento de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências, representa uma compilação de anos de estudo e prática clínica, com objetivo de fornecer uma visão abrangente e atualizada sobre os avanços e desafios neste campo fascinante.

Ao longo da minha colaboração, tive o privilégio de trabalhar com uma variedade de utentes e colegas, cada um contribuindo de forma única.

Este manual é uma homenagem a essas experiências e ao contínuo esforço para melhorar o bem-estar biopsicossocial de nossos utentes.

A obra desenvolve-se em várias valências, que abordam o enquadramento institucional e as práticas do tratamento integrado em CAD, na realidade do Concelho de Barcelos.

Enfatiza a importância de uma abordagem holística, que considera não apenas os sintomas clínicos, mas também os fatores sociais, culturais e biológicos.

Considero que este livro irá ser uma valiosa fonte de conhecimento, que inspire novas pesquisas e práticas clínicas mais eficazes e, acima de tudo, uma maior empatia e compreensão para com aqueles que enfrentam desafios de saúde mental.

Expresso a minha gratidão a todos quantos contribuíram para a realização deste trabalho e implementação deste projeto centrado na pessoa, desde a fundação do GASC até à criação do Projeto Sorrir, em 2008, em parceria com o atual ICAD, manifestando a expectativa que todo o conhecimento e experiência adquirida, pelos colaboradores, se perpetue no tempo, independentemente das mudanças que possam vir a correr.

Bem Hajam

Braga, 1 de julho de 2024

Índice

Nota Introdutória	7
Enquadramento Institucional	8
Enquadramento do Fenómeno	14
Funcionamento do Projeto Sorrir	22
Boas Práticas ao nível do Tratamento Integrado do CAD na realidade do Concelho de Barcelos	27
Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31



Nota Introdutória



A produção deste modelo de boas práticas emerge da identificação de metodologias de trabalho de base local, com impacto positivo no tratamento de pessoas com comportamentos aditivos e dependências (CAD), constituindo-se como memorando do trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto Sorrir que, enquanto Consulta Multidisciplinar Especializada no Tratamento de CAD, se constitui como um serviço de proximidade, enquadrado no Eixo de Tratamento do Programa de Respostas Integradas de Barcelos, no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas, promovido pelo Grupo de Acção Social Cristã (GASC) e co-financiado pelo Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD).

Concretamente, este modelo descreve o circuito de encaminhamento, articulação e intervenção integrada no tratamento de CAD, no concelho de Barcelos, assente numa metodologia de construção participativa intersectorial e numa ação coordenada entre várias entidades. Pretende ainda, consolidar recomendações e boas práticas em matéria de intervenção, alicerçadas num verdadeiro trabalho em rede e de convergência de sinergias.

1. Enquadramento Institucional



1.1 O GASC

O Grupo de Acção Social Cristã (GASC) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social com 45 anos de história, com sede em Barcelos, e que desenvolve a sua intervenção no âmbito de quatro grandes fenómenos sociais: a **Vulnerabilidade Socioeconómica**, os **Comportamentos Aditivos e Dependências**, a **Violência Doméstica** e as **Pessoas em Situação de Sem-Abrigo**.

Atualmente, dinamiza 10 respostas sociais, uma das quais enquanto entidade parceira, ao abrigo de fundos europeus, acordos de cooperação com o Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD) e protocolos de colaboração com a autarquia local.

Descrevem-se, sucintamente, as 4 grandes áreas em que o GASC atua e os serviços que disponibiliza à comunidade local:

Vulnerabilidade Socioeconómica

- Refeitório Social: funciona ao abrigo de um Acordo de Cooperação com a Segurança Social desde 2005, e visa apoiar as pessoas em situação de especial vulnerabilidade, com serviço de refeições, balneários, lavandaria e distribuição de roupas e calçado.
- Cantina Social: visa garantir a satisfação de uma das necessidades básicas e fundamentais das famílias identificadas com grave carência económica e alimentar, através do acesso diário e gratuito a refeições confeccionadas (uma refeição principal), privilegiando o seu consumo no domicílio.
- Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas (POAPMC): visa apoiar a distribuição de géneros alimentares às pessoas mais carenciadas. O Consórcio do território de Barcelos é constituído pela Entidade Coordenadora: Banco Alimentar Contra a Fome de Braga e pelas Entidades Mediadoras (6 no total).
- Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS): serviço de atendimento e acompanhamento social disponibilizado a pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, exclusão e emergência social. Atualmente, sob a coordenação da câmara municipal, presta apoio a 26 freguesias do concelho.





Pessoas em Situação de Sem Abrigo

Na área das pessoas em situação de sem-abrigo (PSSA), o GASC tem desenvolvido diferentes ações e projetos com vista a uma intervenção promotora de maior conhecimento sobre o fenómeno e maior capacidade de inclusão social das PSSA'S.

Atualmente, dinamiza a resposta social **Um Teto para Todos** através de um Protocolo de Compromisso com o Instituto da Segurança Social, I. P., parceria com a autarquia local e Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana – IHRU. Esta resposta está vocacionada para o acolhimento temporário de PSSA'S ou de pessoas em risco de ficar nessa situação, na modalidade de residência partilhada/colaborativa. Não obstante esta resposta, o GASC tem procurado soluções inovadoras e complementares, capazes de responder às necessidades idiossincráticas de cada caso, procurando que ninguém fique de fora. É exemplo disto, a recente abordagem pelo modelo de intervenção **Housing First**, que pressupõe o acesso a uma habitação individualizada.

Recentemente, o GASC assumiu uma parceria técnica com a autarquia de Barcelos e ambos dinamizam o projeto **Barcelos D'Abrigo - Rede Especializada para a integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo para o concelho de Barcelos**. Esta rede prevê um reforço de profissionais a atuar em complemento aos recursos profissionais existentes no fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo num modelo de atuação concertado e alargado, contemplando o atendimento especializado a esta população.

Violência Doméstica

No que respeita ao fenómeno da violência doméstica, vários têm sido os projetos e as respostas implementados/as pelo GASC, na área do apoio à pessoa vítima, com o intuito de desenvolver uma intervenção multidisciplinar e intersetorial, alinhada com os princípios e requisitos que enquadram a Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, sob a tutela da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, assente no princípio da idiosincrasia das necessidades das Pessoas.

Comportamentos Aditivos e Dependências

No que diz respeito ao fenómeno dos comportamentos aditivos e dependências, o GASC, desenvolve, desde 2008, o Projeto Sorrir - Consulta Multidisciplinar Especializada no Tratamento de Comportamentos Aditivos e Dependências, que visa contribuir para a Missão do SICAD, agora ICAD, promovendo a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências com/sem substância, através de uma intervenção estruturada que incide sobre os problemas de saúde e outros que resultam dos comportamentos aditivos e das dependências.

No passado, o GASC já desenvolveu também um projeto na área da prevenção das dependências, mas desde essa altura, não foram abertos concursos para financiamento nesta área.





1.2 O Projeto SORRIR

O Projeto Sorrir está a funcionar ao abrigo do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), no âmbito do Programa de Respostas Integradas (PRI) desenvolvido no concelho de Barcelos sob a alçada do ICAD.

Nas primeiras edições, este projeto centrou-se no tratamento multidisciplinar, através de uma abordagem biopsicossocial das Perturbações de Uso de Substâncias Ilícitas, alargando, em edições posteriores, o seu âmbito de intervenção aos Problemas Ligados ao Álcool e, em 2016, também aos CAD sem substância: a Perturbação de Jogo. Na VII edição, que arrancou em 2021, passou a abranger também outros comportamentos aditivos, como por exemplo: novas substâncias psicoativas, benzodiazepinas, etc.

Este projeto centra a sua intervenção numa abordagem biopsicossocial assente num diagnóstico individualizado, multidisciplinar, olhando para cada pessoa com uma visão holística, de forma a garantir cuidados especializados, adequados e continuados em pessoas com CAD, do concelho de Barcelos, em função da patologia apresentada e eventuais comorbilidades.



1.3 Os Parceiros do Projeto SORRIR

O Projeto Sorrir tem como principal entidade financiadora o ICAD, mas conta também com o apoio de algumas entidades parceiras, que integram o consórcio para o desenvolvimento do projeto e que se assumem como entidades cofinanciadoras. Tem sido preocupação do GASC, enquanto entidade promotora, garantir a continuidade dos parceiros cofinanciadores, verificando-se, no geral, desde há vários anos, e em várias edições do Projeto Sorrir, uma grande estabilidade na manutenção da sua colaboração, à exceção do período da pandemia que trouxe desafios acrescidos a todas as instituições. Têm sido os principais parceiros: a Câmara Municipal de Barcelos, a Associação de Pais e Amigos de Crianças (APAC), a Casa de Saúde São João de Deus e a Casa de Saúde S. José. Este cofinanciamento assenta na colaboração e apoio com recursos logísticos e/ou humanos, essenciais para a intervenção e desenvolvimento das atividades propostas.

Não obstante, o estabelecimento de parceria não se esgota nesta dimensão de cofinanciamento, mas estende-se a um vasto conjunto de outras entidades que contribuem para potenciar a intervenção do eixo de tratamento ao nível territorial, consolidando metodologias de trabalho em rede, muitas vezes sob a forma de parcerias informais, com quem se tem vindo a desenvolver uma relação de proximidade interinstitucional, no que toca à sinalização e encaminhamento por este projeto ou ainda ao nível do acompanhamento multisectorial complementar.

Por último, será imperativo destacar que o Projeto Sorrir tem assumido um papel muito ativo na consolidação de mecanismos estruturados de trabalho em rede que, de facto, dão vida a uma arquitetura interinstitucional que promove, através de respostas de complementaridade e de apoio técnico, uma ação significativa e positiva em todas as entidades envolvidas em torno de uma resposta de tratamento local.

2. Enquadramento do Fenómeno

Desde que há registos sobre o comportamento humano que o mesmo sempre foi procurando, mais ou menos conscientemente, mais ou menos intencionalmente, experiências de forma a obter prazer ou alívio do desprazer, experiências de descoberta (partilhadas com outras pessoas ou vividas de forma mais solitária), mas também formas de garantir um certo desempenho, físico ou mesmo intelectual. Muitos destes comportamentos, com potencial de desenvolver problemas, para o/a próprio/a, para as pessoas próximas e/ou para a sociedade, distintos em função de variáveis ligadas à substância ou atividade (potencial aditivo da substância e de desenvolvimento de problemas), características do próprio indivíduo, e ao contexto micro, meso e macro em que este se insere. (SICAD, 2022).

Importa ainda salientar que “a discussão sobre o consumo de substâncias ou comportamentos suscetíveis de conduzir a situações de dependência tem vindo progressivamente a sair do domínio da responsabilidade exclusiva dos indivíduos para constituir objeto da ação coletiva e da ação do Estado, através da definição de políticas públicas. Esta transição é muito nítida em Portugal, entre o final do século XX e início do século XXI, com a adoção da política sobre a descriminalização das drogas” (SICAD, 2019).

A mudança de paradigmas, em que os consumos eram colocados no domínio de intervenção da justiça e dos aparelhos de repressão, para uma leitura feita em termos de doença, passível de ser tratada, em conformidade com protocolos de saúde pública, considerando a sua epidemiologia, a sua prevenção, o seu tratamento e os acompanhamentos sociais adequados, foi de extrema importância para as pessoas que sofrem desta doença (Lei nº30/2000, de 29 de novembro).

É nesta mudança de paradigma que se abre uma importante janela da literacia em saúde, caminho que ainda continua a ter que ser feito mas que desenvolve a área da saúde num domínio de problema muitas vezes ainda associado ao crime, o que é ainda hoje visível no estigma que a esfera dos comportamentos aditivos e dependências ainda sofre.

consultar
para mais detalhes

2.1 Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD)

Os comportamentos aditivos podem ser definidos como “comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: substâncias psicoativas, jogo, internet, relações sexuais, compras, etc., envolvendo também um potencial de prazer.

A continuidade e a perseverança deste tipo de comportamento, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos e ambientais, poderão evoluir para o ciclo da adição” (SICAD, como citado em Sequeira, 2020, p. 301).

Os CAD “são fenómenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados” (SICAD, 2020).

A possível magnitude dos problemas que podem surgir relacionados com os CAD, representam um grave problema de saúde pública, em todo o mundo. Assim sendo, a acessibilidade destas pessoas a serviços mais diferenciados e especializados nesta área é crucial para o sucesso da intervenção, tendo por base uma aproximação real às pessoas.



A adição é uma “doença primária do cérebro, crónica, que envolve os circuitos neuronais de recompensa, da motivação, da memória e outros circuitos relacionados.

A disfunção nestes circuitos provoca manifestações biológicas, psicológicas, sociais e psíquicas que concorrem para a incapacidade de abstinência consistente, défice no controlo dos impulsos, *craving*, diminuição na qualidade do juízo crítico com diminuição no reconhecimento das consequências negativas do comportamento (problemas de saúde, pessoais, familiares, judiciais e outros) e resposta emocional disfuncional” (SICAD, 2013, p. 76).

Esta abrange um espectro de comportamentos, com aumento da possibilidade de exposição ao risco e de dependência que podem estar, ou não, relacionados com substâncias.

Ainda segundo o mesmo documento, e efetuando referência à Organização Mundial de Saúde (OMS), **a adição de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas** caracteriza-se por um consumo repetido, de uma ou várias substâncias psicoativas, em que o/a consumidor/a “fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para consumir a(s) substância(s) preferida(s), tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o consumo da(s) substância(s) e demonstra uma determinação de obter a(s) substância(s) por qualquer meio.

A tolerância é proeminente e quando o uso da substância é interrompido frequentemente ocorre uma síndrome de abstinência” (SICAD, 2013, p. 76).

A síndrome de abstinência caracteriza-se por sintomas físicos e/ou psicológicos que surgem na ausência da substância, aquando da interrupção do consumo pelo/a consumidor/a. A intensidade varia consoante o tipo, intensidade da substância e do período de consumo.

Relativamente ao conceito de substâncias psicoativas importa referir que é toda a substância que, quando introduzida no organismo, por qualquer via de administração, produz uma alteração no funcionamento do sistema nervoso central da pessoa, e poderá provocar dependência física, psicológica ou ambas (OMS).

Estas substâncias estão divididas por categorias, pelo efeito que provocam, nomeadamente, substâncias sedativas (tranquilizantes, hipnóticos, opiáceos e álcool), estimulantes (nicotina, cocaína, cafeína, ecstasy e anfetaminas) e perturbadoras (LSD, cogumelos mágicos e cannabis).

Contudo, há que realçar a existência de patologia aditiva sem substância, como é o caso da perturbação de jogo, uma vez que estas “têm vindo a receber uma atenção crescente por parte da comunidade científica e dos clínicos ao longo das últimas décadas, de certo modo paralela ao incremento e expansão das oportunidades de jogo pelo mundo fora e em particular nas sociedades ocidentalizadas” (SICAD, 2017, p.9), apesar dos estudos de cariz epidemiológico e clínico relativamente à caracterização desta problemática em Portugal ainda serem relativamente escassos.



A integração da perturbação de jogo na última versão do DSM-5 é o resultado desta preocupação crescente, pelas repercussões importantes no modo como esta problemática é observada, compreendida, diagnosticada e também tratada.

Existem vários agentes na esfera social da pessoa que, de forma direta ou indireta, influenciam o seu comportamento perante o CAD. Não se trata de um processo passivo, mas, sim, de um processo complexo mediado pelo próprio sujeito. Em todas as situações, isto é, de consumo de substâncias ilícitas e/ou de dependência de álcool e/ou policonsumos e/ou perturbação de jogo, assistimos, não raras vezes, a uma deterioração muito significativa dos percursos de vida, passando estes a ser fortemente ocupados pelos contextos circunscritos e associados à adição.

Assim sendo, e tendo em conta o facto de se tratar **de uma doença crónica**, importa intervir de forma sistémica, ou seja, devemos olhar para a pessoa como um sistema que faz parte de outros sistemas maiores e que vai debruçar-se sobre a função que estes comportamentos têm na sua relação consigo própria, com a sua família, com os grupos sociais e culturais em que se insere e também nas consequências destes comportamentos nas várias áreas da sua vida.



2.2 Plano de Respostas Integradas de Barcelos

O Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) é uma estrutura nacional ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências, que procura potenciar as sinergias disponíveis, quer através do desenvolvimento e implementação de metodologias que permitam a realização de diagnósticos que fundamentem a intervenção, quer através da implementação de **Programas de Respostas Integradas (PRI)** de âmbito territorial.

Os PRI's são programas de intervenção específicos, que integram respostas interdisciplinares e multisectoriais, com alguns ou todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção) e que decorre dos resultados do **diagnóstico de um território** identificado como prioritário.

Estes podem ser constituídos por entidades parceiras (públicas e privadas), que em articulação com o ICAD atuam localmente com vista à concretização dos objetivos comuns inicialmente planeados.

No que diz respeito ao PRI de Barcelos, este tem sido constituído, nos últimos anos, por três eixos de intervenção, dinamizados por três instituições do concelho, concretamente: o eixo da Redução de Riscos e Minimização de Danos, dinamizado pela Associação Médicos do Mundo; o eixo do Tratamento que é dinamizado pelo GASC, desde 2008; e, por fim, o eixo da Reinserção, cuja operacionalização compete à Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Barcelos.

No que se refere aos diferentes tipos de intervenção em CAD, no que toca à **dissuasão**, esta assenta nos princípios da deteção e intervenção precoce, da motivação para a mudança de comportamentos aditivos e no tratamento da dependência, atuando no sentido de promover a aproximação dos/as consumidores/as de substâncias psicoativas ilícitas aos sistemas de saúde, promovendo uma maior adesão aos apoios especializados disponíveis, como, por exemplo, o eixo da prevenção ou o eixo do tratamento.

Importa, ainda, recordar que a descriminalização do consumo de substâncias concretizou-se através da aprovação da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de substâncias ilícitas, mas não o despenaliza. Assim, o uso e posse de quantidade até ao limite considerado necessário para o consumo médio individual, durante o período de 10 dias (quantidades definidas para cada substância) deixou de ser considerado crime. Assim sendo, os/as consumidores/as não incorrem em penas de prisão, nem ficam com registo criminal, mas podem ser objeto de penalidades administrativas determinadas pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT). Estas têm como objetivo último a dissuasão dos consumos e a promoção de melhor qualidade de vida dos/as consumidores/as.

Relativamente ao eixo da **prevenção**, este “foca-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva” (SICAD), atuando nos fatores de risco e nos fatores de proteção, dado que está comprovado que estes podem influenciar as atitudes e os comportamentos dos sujeitos em relação ao consumo de substâncias psicoativas ou outro comportamento aditivo.

Os fatores de proteção são de natureza biológica, psicológica e social, ou seja, podem ser internos ou externos às pessoas e atravessam os vários domínios da sua vida. Por outro lado, os fatores de risco constituem-se como características e condições individuais, sociais ou ambientais (comportamentos, atitudes, contextos específicos) de cada pessoa, que aumentam a probabilidade de uma pessoa ou grupo vir a consumir substâncias psicoativas ou ter outros comportamentos de risco.

No que diz respeito ao eixo de **tratamento**, este “poderá ser definido, de forma geral, como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas destinadas a lidar com os problemas de saúde e outros, que resultam dos comportamentos aditivos e dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social” (SICAD) da pessoa que terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido.



Tratando-se de uma doença crónica sujeita, na maioria das vezes, a recaídas, sendo a redução dos consumos, muitas vezes, o primeiro passo do tratamento, requer a projeção de um plano de tratamento a longo prazo e que envolva múltiplas áreas de intervenção (medicina, psicologia, enfermagem e serviço social), bem como a combinação de diferentes intervenções terapêuticas.

Não há um tratamento que sirva para todas as situações. Há que ter em conta as características de cada pessoa, o tipo de comportamento aditivo em causa, bem como possíveis comorbilidades associadas (físicas e/ou psiquiátricas). Importa, assim, que a conceção do plano de tratamento tenha em conta as idiossincrasias e que se ajuste às reais necessidades da pessoa intervencionada.

Ao nível do **eixo da redução de riscos e minimização de danos** (RRMD), as respostas de proximidade, como é o caso das equipas de rua, são o meio que permite a intervenção nos contextos onde os/as consumidores/as de substâncias psicoativas se encontram. Continuam a existir consumidores/as que não procuram os serviços de saúde e estas equipas concorrem para a promoção de uma maior procura dos serviços de saúde.

Assim, “as intervenções em RRMD aplicam-se e são necessárias para uma população heterogénea, seja em termos de faixas etárias, estilos e histórias de vida, contextos que oferecem o enquadramento para o consumo de diferentes substâncias consumidas, nomeadamente o contexto recreativo, bem como em termos de diferentes substâncias psicoativas e de formas de consumo” (SICAD).



Os percursos de vida das pessoas com comportamentos aditivos e dependências são, na sua grande maioria, complexos e acarretam graves consequências nas várias esferas das vidas das pessoas com CAD. Por esse motivo, a reinserção, ou mesmo inserção, no seio da sua comunidade, é carateristicamente, lenta e sinuosa, exigindo intervenções globais e sistémicas.

Assim sendo, podemos afirmar que o **eixo da Reinserção** ocupa, no contexto atual, um lugar central nas ações e preocupações dos vários agentes da rede de intervenção na área dos CAD.

A intervenção, ao nível da reinserção, possui uma dupla estratégia: por um lado, contribui para o fortalecimento da capacidade crítica das pessoas com CAD, aumentando os seus recursos internos e da sua capacidade para agir e, por outro lado, prepara os sistemas sociais para a promoção da inclusão destas pessoas. Portanto, assume-se como um processo simultaneamente individual e coletivo, capaz de impulsionar mudanças tanto nas pessoas envolvidas em processos de reinserção, como nas estruturas que dispõem dos recursos para as incluir.



3. Funcionamento do Proj. SORRIR

3.1 Modelo Orientador de Intervenção

Num contexto de interação de múltiplos fatores e contextos de vida que envolvem a pessoa com CAD, conforme já foi explicado anteriormente, o Projeto Sorrir assenta a sua intervenção no Modelo Bioecológico da Abordagem Sistémica de Urie Bronfenbrenner. De acordo com este modelo, é imperativo reconhecer a multiplicidade de contextos de vida e agentes que envolvem cada pessoa no seu todo. Concretamente, não importa olhar a pessoa apenas no seu microssistema, mas também compreender toda a envolvência do seu meso, exo e macrossistema, sendo fundamental o envolvimento ativo de todos os recursos formais e informais. É nesta visão alargada que mais facilmente se poderá potenciar um equilíbrio global entre subsistemas, atuando em conexão com o que envolve todo o comportamento humano, adequando estratégias e intervenções a desenvolver mediante as necessidades/competências elencadas pelas pessoas nesse processo.

3.2 Localização

O Projeto Sorrir desenvolve-se nas instalações do GASC, sito no Campo 25 de Abril, nº26, r/c, Barcelos, em espaços cedidos pela autarquia local.

É um serviço gratuito e funciona de 2.^a a 6.^a feira, das 9h às 13h e das 14h às 17h.

3.3 Destinatários/as

São destinatários/as do Projeto Sorrir pessoas com comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente, com Problemas Ligados ao Álcool, com uso de Substâncias Ilícitas, com Perturbação de Jogo ou com dependências de outras substâncias, de idade igual ou superior a 18 anos, residentes no concelho de Barcelos.

No caso de menores, residentes no concelho de Barcelos, a prestação de cuidados de saúde está dependente da existência de um diagnóstico prévio de Perturbação de Uso de uma Substância Psicoativa e/ou de Perturbação de Jogo, efetuado por pedopsiquiatria.

3.4 Processo de Inscrição

A inscrição efetua-se no serviço de secretaria do projeto, através do preenchimento da Ficha de Inscrição pela própria pessoa ou por encaminhamento de outras entidades locais, carecendo, na mesma, do consentimento da pessoa.

Após a entrega da Ficha de Inscrição, o Projeto Sorrir procede ao agendamento da primeira consulta e a pessoa é contactada para ser informada da data.

A inscrição da pessoa efetiva-se com a sua presença no primeiro agendamento de acolhimento (independentemente da área) e o processo de acolhimento fica completo com a presença da pessoa aos 4 acolhimentos multidisciplinares, momento em que a mesma passa a estar em acompanhamento nesta consulta. Até então, está inscrito/a, em fase de acolhimento e avaliação multidisciplinar.

No caso da pessoa faltar à primeira consulta, procede-se ao encerramento da inscrição por abandono e o agendamento de nova consulta depende da mesma formalizar um novo pedido de inscrição.

3.5 Acolhimento e Intervenção Multidisciplinar

Sendo esta uma doença crónica, sujeita, na sua maioria, a recaídas, requer um processo de tratamento projetado a longo prazo e envolvendo múltiplas áreas de intervenção (medicina, psicologia, enfermagem e serviço social), bem como a combinação de diferentes intervenções terapêuticas (como atrás referido): psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistémicas e de reabilitação social.

Assim, e de forma a ir de encontro às orientações no âmbito da atuação nos CAD, o acolhimento de cada pessoa no Projeto Sorrir é efetuado nestas quatro áreas de intervenção.

Caso se verifique necessário no plano de tratamento do/a utente, poderão ser agendados acolhimentos multidisciplinares a envolver duas ou mais áreas de intervenção de forma a concertar objetivos de intervenção.

3.5.1 Acolhimento/ Consulta Médica

No acolhimento médico, ou seja, na primeira consulta com o/a clínico/a, é realizado o exame objetivo e o exame subjetivo à pessoa, bem como a prescrição dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (que, entre outros indicadores considerados úteis, permitam o rastreio de Hepatite B, Hepatite C, VIH, Sífilis e Tuberculose), e dada uma primeira orientação terapêutica, que poderá ser ajustada em função do aprofundamento diagnóstico.

Depois de avaliada e analisada a problemática do/a utente, o/a clínico/a indica qual o tratamento adequado e ajustado ao diagnóstico multifatorial efetuado numa avaliação, caso a caso.

3.5.2 Acolhimento/ Consulta de Psicologia

No acolhimento de psicologia, são esclarecidos os princípios da confidencialidade e é realizada a entrevista clínica e anamnese onde o/a terapeuta explora a história de vida (principais marcos), a história e o padrão de consumo, identifica a rede informal da pessoa e constrói o genograma, e por fim, avalia o estágio de motivação para o tratamento.

A avaliação psicológica, para além de suportada numa entrevista com anamnese, é também aprofundada com recurso a instrumentos psicométricos, tais como AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), SOGS (South Oaks Gambling Screen), ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).

Nas consultas de seguimento de psicologia, o/a terapeuta estabelece os objetivos de intervenção psicológica, com base na avaliação diagnóstica multidisciplinar e em concertação com o plano de tratamento interdisciplinar. A evolução da intervenção psicológica e a monitorização do alcance dos objetivos definidos é efetuada ao longo do acompanhamento, com base num conjunto de indicadores qualitativos (assiduidade, comprometimento com tarefas, etc) e quantitativos (ex. resultados de testes de pesquisa de metabólitos na urina e teste de pesquisa de álcool no ar expirado).



3.5.3 Acolhimento/ Consulta de Enfermagem

No acolhimento de enfermagem é realizada a entrevista clínica e é completada a anamnese onde o/a enfermeiro/a explora o consumo, avalia a existência de comportamentos de risco, efetua o levantamento de problemas de saúde passados e atuais e a medicação prescrita, bem como, a adesão à mesma.

No acolhimento, ou nas consultas de seguimento, para além da monitorização da evolução do tratamento, é efetuada educação para a saúde nas áreas lacunares identificadas, como, por exemplo, ao nível de comportamentos sexuais de risco, consumos endovenosos, partilha de material de consumo, e outros temas na área da saúde que se apresentem pertinentes. Representando assim, um espaço privado para esclarecimento de dúvidas, de promoção do acesso à mais variada informação. São também distribuídos gratuitamente preservativos e/ou gel lubrificante.

Durante esta primeira consulta com o/a enfermeiro/a, caso ainda não se tenha realizado o acolhimento de psicologia, é adiantado o preenchimento dos questionários de avaliação ao nível da caracterização do uso de substâncias psicoativas (ilícitas e álcool) e da perturbação de jogo: AUDIT; ASSIST; e SOGS, respetivamente.

Neste acolhimento, são também realizados os testes rápidos ao VIH, VHB, VHC e Sífilis, bem como o inquérito de sintomas para rastreio da tuberculose ativa.

As consultas de seguimento podem ser agendadas pelo/a enfermeiro/a, a pedido do/a utente ou de outro elemento da equipa que, na sua intervenção, considere necessário e oportuno.

3.5.4 Acolhimento/ Consulta de Serviço Social

No acolhimento de serviço social é efetuada a avaliação da situação social, familiar e económica da pessoa com CAD e do seu meio envolvente, e, conseqüente, elaborado o Plano Individual de Inserção.

Caso esta seja a primeira consulta da pessoa, o/a técnico/a de serviço social, realiza os questionários de avaliação ao/à utente: AUDIT; ASSIST; e SOGS.

Ao longo do acompanhamento, o/a técnico/a de serviço social tem como objetivo potenciar a reinserção social, familiar e profissional do/a utente, através da mediação/articulação e encaminhamento para as respostas existentes na comunidade que se mostrem pertinentes para o alcance dos objetivos do Plano Individual de Intervenção, concertado com o plano de tratamento do/a utente.



3.6 Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo - com Cloridrato de Metadona (PTAO-MTD)

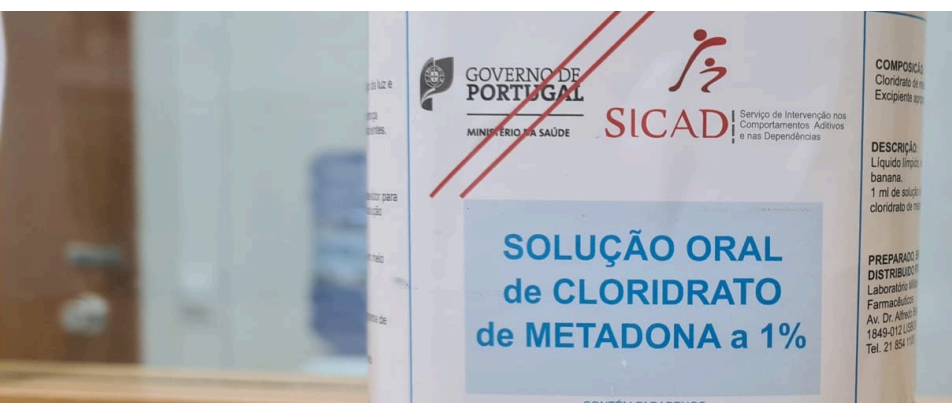
Uma das intervenções farmacológicas que pode ser usada no tratamento da Perturbação do Uso de Opióides é o Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo - com Cloridrato de Metadona. Este é indicado para pessoas dependentes de opiáceos e trata-se de um tratamento de manutenção com medicamentos opióides de efeito agonista que, administrados em dose adequada, impedem o sofrimento físico provocado pela abstinência e a necessidade física de a consumir, ao mesmo tempo que reduzem o “craving” (desejo intenso de consumir heroína).

Este programa visa “o tratamento da dependência e a abstinência de consumos danosos para a saúde. Destina-se a doentes dependentes de opiáceos que têm capacidade de cumprir com as regras do programa, doentes que têm a capacidade de frequentar consultas médicas, consultas de apoio psicológico e de frequentar outras actividades terapêuticas individuais ou de grupo” (Patrício, 2020, p.87).

Este medicamento é usualmente administrado sob a forma de solução oral (preparada no ato da administração ou disponibilizado em saquetas), mas também poderá ser administrado sob a forma de comprimidos.

Sendo assim, este medicamento é administrado, uma vez por dia, isto é, a cada 24 horas. A administração de metadona é presencial e realizada por um/a enfermeiro/a, na dose e periodicidade fixada por prescrição médica, sendo fornecida gratuitamente, todos os dias úteis, durante os períodos da manhã e da tarde, conforme horário definido com o/a utente e de acordo com o horário global deste serviço.

Para muitos/as utentes, poderá ser incomportável (por motivos profissionais, saúde, familiares e outros) a deslocação diária para a toma da medicação, assim sendo, em determinados casos, e de acordo com a equipa técnica, o/a utente poderá aceder a um regime de dispensação de doses de metadona para domicílio, conforme regime acordado (1x/semana, 2x/semana ou 3x/semana), responsabilizando-se, assim, pela gestão das doses entregues para toma no seu domicílio. Para que o/a utente possa aceder a este regime especial, deverá manter-se abstinente, e, sempre que lhe seja solicitado, deve realizar teste de pesquisa de metabolitos na urina a substâncias ilícitas (heroína e cocaína) e o resultado da análise deverá ser negativo.



4. Boas Práticas ao nível do Tratamento Integrado do CAD na realidade do Concelho de Barcelos



4.1 Princípios orientadores

Os princípios como a acessibilidade, a centralidade no cidadão e o humanismo são princípios fundamentais em todos os serviços de cuidados de saúde, mas na intervenção no fenómeno dos comportamentos aditivos e das dependências apresentam-se como fatores que contribuem muito positivamente para a adesão ao tratamento. É, por isso, preocupação do Projeto Sorrir que o exercício da sua atividade e prestação de serviços se funde nesses princípios.

O Projeto Sorrir centra a sua intervenção numa abordagem biopsicossocial assente num diagnóstico individualizado, olhando para cada pessoa com uma visão holística, de forma a garantir os cuidados especializados, adequados e continuados, em função da perturbação diagnosticada e eventuais comorbilidades.

Não importa olhar a Pessoa apenas no seu microssistema, mas também compreender toda a envolvência do seu meso, exo e macrossistema, sendo fundamental o envolvimento ativo de todos os recursos formais e informais.

4.2 Intervenção Integrada / Trabalho em Rede

O desenvolvimento de uma abordagem assente no trabalho integrado e em rede, onde a articulação frequente e a cooperação com as diferentes entidades locais e eixos deste PRI mantém-se como uma estratégia e metodologia de trabalho para se assegurar a concertação de intervenções, bem como na definição e implementação de novas metodologias mais eficientes de intervenção.

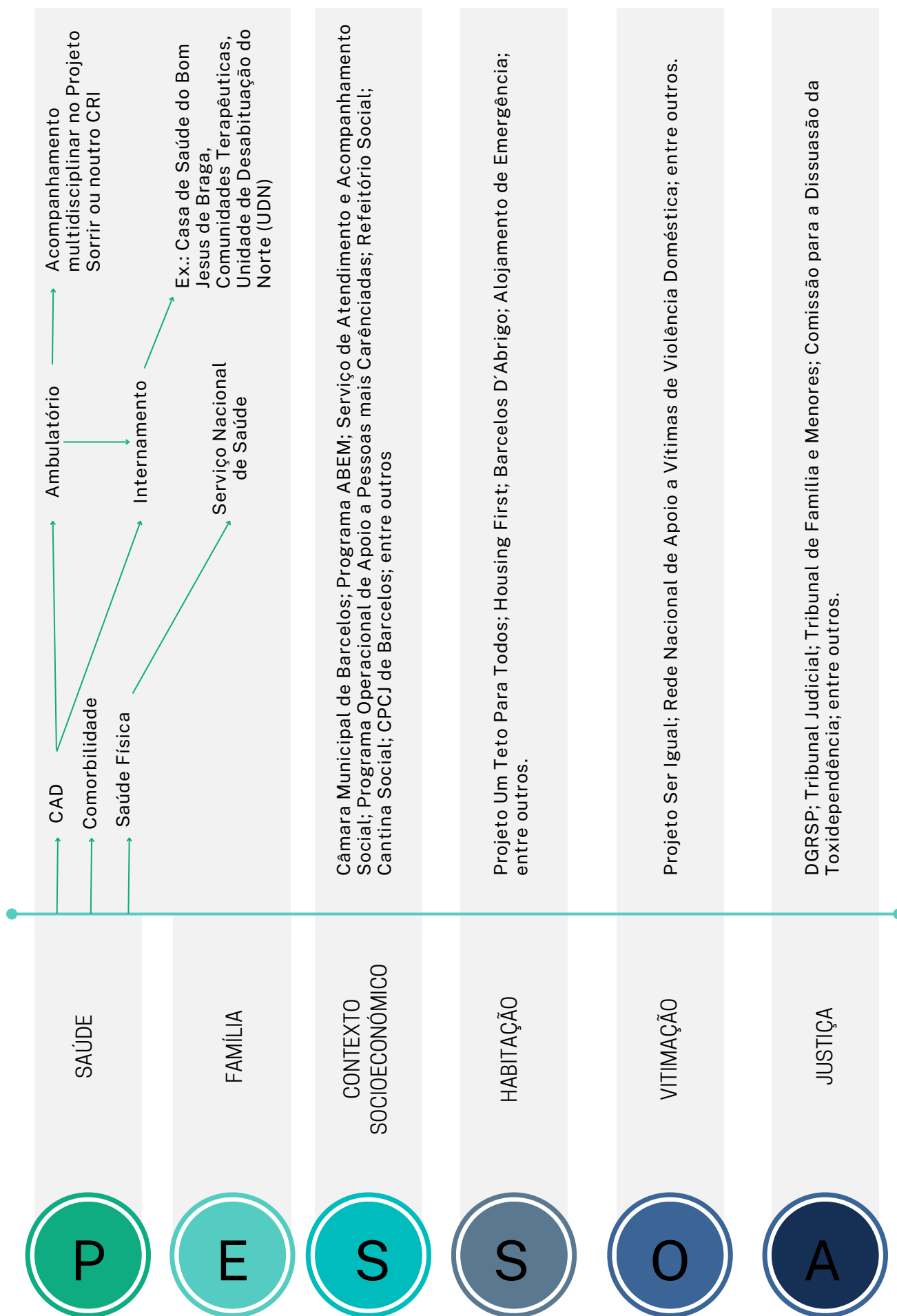
Mais concretamente, na nossa prática de intervenção, o trabalho desenvolvido com esta população assenta numa articulação interinstitucional, de forma a dar resposta às necessidades diagnosticadas de cada utente. Esta articulação acontece de acordo com as necessidades elencadas, aquando a definição do seu plano de tratamento. A organização das esferas de vida, por exemplo: esfera da saúde, trabalho, habitação não segue uma cronologia específica, há uma priorização nas escolhas enumeradas por cada utente.

Neste sentido, apresentamos, à frente, o algoritmo que reflete uma intervenção intersetorial, de forma a responder às necessidades multidimensionais diagnosticadas, concertando a intervenção específica no âmbito dos CAD com a intervenção noutras dimensões biopsicossociais, através da mobilização de outras respostas/serviços úteis ou indicadas/os para cada pessoa.

4.3 Como são aplicados na prática estes princípios?

Ao longo de várias edições do Projeto Sorrir, foram desenvolvidas e mantidas articulações interinstitucionais, bem como uma estreita ligação às valências internas do GASC. Estas articulações e/ou encaminhamentos são realizados através de contatos telefónicos, reuniões presenciais e/ou não presenciais com diversas entidades, tais como o Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social (SAAS), o Refeitório Social, o projeto “Um Teto para Todos” e o Barcelos d’Abrigo, em função das necessidades biopsicossociais identificadas na avaliação diagnóstica inicial e de novas necessidades que surjam ao longo de todo o tratamento.





5. Conclusão

A intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, seja qual for o seu eixo de atuação - prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, reinserção ou dissuasão - exige conhecimento especializado e uma abordagem interdisciplinar, assente num conjunto de princípios que acolhem a pessoa no seu todo e na sua individualidade, não esquecendo a pluralidade de fatores que devem ser considerados de natureza psicológica, neurobiológica, genética e ambiental. Cada pessoa é uma pessoa e, por isso, não existe um tratamento que sirva para todas as situações, devendo-se ter em conta as características específicas de cada uma, a sua história de vida (por exemplo, a relação entre a exposição a eventos traumáticos e a iniciação do uso de substâncias psicoativas), o tipo de comportamento aditivo em causa e as eventuais comorbilidades físicas e psiquiátricas que poderão estar associadas, bem como as características do contexto social.

Ao nível do tratamento de CAD em particular, importa, em primeiro lugar, não confundir conceitos, que evoluem entre o comportamento de consumo até ao ciclo da adição e dependência, que exige a presença de critérios específicos para que se fale neste diagnóstico.

É igualmente importante ter presente que, quando se fala em doença aditiva, ou seja, onde o ciclo da dependência está presente, falamos de uma doença que, muito provavelmente, acompanhará a vida da daquela pessoa, processo que é sujeito a recaídas e, frequentemente, numa fase inicial, até de uma forte ambivalência na adesão ao tratamento. Por este motivo, a acessibilidade e a intervenção precoce são fatores que relevam essenciais para o sucesso do tratamento, para além de requerer frequentemente um processo de tratamento a longo prazo, envolvendo múltiplas áreas interdisciplinares (medicina, psicologia, enfermagem, serviço social e psiquiatria) e exigindo acompanhamento regular.

O tratamento poderá decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamento, com combinação de diferentes intervenções terapêuticas: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistémicas e reabilitação social).

Garantir a melhor resposta de tratamento, centrada na evidência científica que atenda à Pessoa e ao seu contexto, numa intervenção humanizada, especializada e idiossincrática, acionando recursos locais e um forte trabalho em rede, é, assim, o objetivo motor do modelo de intervenção do Projeto Sorrir, enquanto resposta de proximidade junto da comunidade barcelense, que se encontra refletido nos circuitos, práticas e metodologias de intervenção apresentados neste manual.

6. Referências Bibliográficas

(SICAD), S. d. (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências.

(SICAD), S. d. (2017). Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências Sem Substância - A Perturbação de Jogo.

(SICAD), S. d. (2019). Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos - Dossier Temático.

(SICAD), S. d. (2020). PLANO ESTRATÉGICO 2020 – 2022.

(SICAD), S. d. (2021). Enquadramento Epidemiológico - Uma breve perspetiva da situação atual.

(SICAD), S. d. (s.d.).

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>.

Patrício, L. (2020). Dependência de Heroína - Medicamentos Opióides - Novidades e Necessidades.

Sequeira, C. (2020). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. Lidel.

(SICAD), S. d. (s.d.).

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMMais/SitePages/Home%20Page.aspx>.

(SICAD), S. d. (s.d.).

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Dissuasao/Paginas/default.aspx>.

(SICAD), S. d. (s.d.).

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>.

SORRIR, P. (2022). Regulamento Interno.

Glossário

APAC: Associação de Pais e Amigos de Crianças

ASSIST: Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

CAD: Comportamentos Aditivos e Dependências

CDT: Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

CRI: Centro de Respostas Integradas

CPCJ: Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

DGRSP: Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GASC: Grupo de Acção Social Cristã

ICAD: Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

IHRU: Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana

LSD: Liquid crystal display

OMS: Organização Mundial da Saúde

POAPMC: Programa Operacional de Apoio às Pessoas Carenciadas

PORI: Plano Operacional de Respostas Integradas

PRI: Programa de Respostas Integradas

PSSA: Pessoas em situação de sem-abrigo

PTAO-MTD: Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo com Cloridrato de Metadona

RRMD: Redução de Riscos e Minimização de Danos

RSI: Rendimento Social de Inserção

SAAS: Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social

SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SOGS: South Oaks Gamblig Screen

VHB: Vírus da Hepatite B

VHC: Vírus da Hepatite C

VIH: Vírus da imunodeficiência humana

UDN: Unidade de Desabituação do Norte



