

PATRÍCIA FREITAS DE LIMA

**CRIAÇÃO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NOS AÇORES
VIABILIDADE POLÍTICA, SOCIAL E ECONÓMICA**

Orientador: Professor Doutor António Duarte Amaro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Volume I

Lisboa

2012

PATRÍCIA FREITAS DE LIMA

**CRIAÇÃO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NOS AÇORES
VIABILIDADE POLÍTICA, SOCIAL E ECONÓMICA**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor António Duarte Amaro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Volume I

Lisboa

2012

Epígrafe

Marco Polo descreve uma ponte, pedra a pedra.

*- Mas qual é a pedra que sustém a ponte? - Pergunta
Kublai Kan.*

*- A ponte não é sustida por esta ou aquela pedra -
responde Marco, - mas sim pela linha do arco que elas
formam.*

*Kublai kan permanece silencioso, reflectindo. Depois
acrescenta: - Porque me falas das pedras? É só o arco
que me importa.*

Polo responde: - Sem pedras não há o arco.

As cidades invisíveis de Ítalo Calvino -2003

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento vai para o orientador de todo este trabalho, ao Professor Doutor António Duarte Amaro, que desde o início deste longo percurso nunca duvidou da minha capacidade e da viabilidade desta investigação, disponibilizando-se sempre para o necessário, mesmo tendo que orientar com um oceano no meio, a 1600 km de distância.

Aos Deputados da Assembleia Legislativa Regional dos Açores pelo imprescindível contributo no preenchimento dos questionários.

À Associação Regional de Reabilitação e Inserção Sócio Cultural dos Açores, na pessoa da Dra. Suzete Frias que fez um grande esforço para que os seus profissionais de saúde colaborassem no preenchimento das entrevistas.

À equipa de profissionais do Programa de Substituição Opiácea “Percurso” pela disponibilidade e prontidão no preenchimento dos questionários.

À equipa de trabalho da Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências pela disponibilidade e apoio ao longo desta caminhada, que por vezes pareceu extremamente longa.

Ao meu pai que sempre acreditou que esta investigação chegaria a bom porto e que deu todos os contributos possíveis e imaginários, bem como todo o seu carinho, amor e apoio para que acontecesse.

À minha mãe e à minha irmã que têm sempre uma palavra de incentivo e um ombro amigo.

Às minhas amigas Joana e Sílvia que são sempre o meu porto de abrigo nos dias de tempestade.

Ao Fernando pela espera, paciência e apoio ao longo de todo este longo percurso.

Um muito obrigado a todos que tornaram possível e contribuíram para esta investigação.

Resumo

A presente dissertação tem como temática a Toxicodependência e como objecto empírico de investigação a viabilidade Política, Social e Económica da Criação de uma Comunidade Terapêutica nos Açores.

Em termos mais específicos o que se pretende provar cientificamente, é que é mais viável e sustentável a criação de uma comunidade terapêutica nos Açores, do que enviar os utentes para tratamento no território continental português.

Utilizando uma abordagem de cariz quantitativo e qualitativo, através de técnicas como a pesquisa e análise documental, questionários por auto preenchimento, entrevistas qualitativas semiestruturadas e a análise de conteúdo, foram as bases metodológicas fundamentais para garantir o suporte explicativo da viabilidade política, social e económica da criação de uma Comunidade Terapêutica nos Açores.

Neste contexto foram aplicados questionários a duas amostras distintas. A primeira constituída por profissionais de saúde que trabalhavam na área da toxicodependência para uma análise do ponto de vista técnico. A segunda constituída por membros da Assembleia Legislativa Regional dos Açores e órgãos do Governo Regional para uma análise do ponto de vista político, económico e social.

Da análise dos resultados, conclui-se que, quer a análise financeira, quer a análise política, técnica e social efectuadas legitimam a viabilidade da criação de uma Comunidade Terapêutica na Região Autónoma dos Açores.

Palavras-chave: Toxicodependência, Comunidade Terapêutica, Viabilidade Política, Viabilidade Social, Viabilidade Económica

Abstract

The theme of this dissertation is Drug Addiction and its investigation's empirical objective the Political, Social and Economic viability of setting up a Therapeutic Community in the Azores.

In more specific terms, what we aim to prove scientifically is that it is more viable and sustainable to set up a therapeutic community in the Azores than to send patients for treatment on Portuguese continental territory.

Using a quantitative and qualitative approach, with techniques such as the research and analysis of documents, self-completion questionnaires, semi-structured qualitative interviews and content analysis, where the fundamental methodological basis is to ensure the explanatory grounds of the political, social and economic viability to set up a Therapeutic Community in the Azores.

In this context, surveys were applied to two different samples. The first comprised by health professionals that worked in the area of drug addiction so as to obtain an analysis from a technical point of view. The second, comprised by members of the Legislative Regional Assembly of the Azores and members of the Regional Government to obtain an analysis from a political, economic and social perspective.

From the analysis of the results, we conclude that both the financial and the political, technical and social analysis carried out justify the viability to set up a Therapeutic Community in the Autonomous Region of the Azores.

Key Words: Drug Addiction, Therapeutic Community, Political viability, Social viability, Economic viability

Lista de Abreviaturas

CT – Comunidade Terapêutica

DRPCD – Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências

ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga

ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

HBSC/OMS - Health Behaviour in School-aged Children

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

PRPCD – Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências

PSO – Programa de Substituição Opiácea

RAA – Região Autónoma dos Açores

SAUDAÇOR – Sociedade Gestora de Recursos e Equipamentos de Saúde dos Açores, S.A.

SIDER – Sistema de Incentivos para o Desenvolvimento Regional

WHO – World Health Organization

Índice Geral

Introdução	13
Capítulo I – Estado da Arte	17
1.O Fenómeno da Toxicodependência na Europa, Portugal e Açores	18
2.Eixos de Intervenção na área das Toxicodependências.....	19
3.Estruturas de Tratamento.....	24
3.1.Tratamento em Internamento - Comunidades Terapêuticas.....	27
3.1.1.Intervenção do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas	31
4.Portugal e a Região Autónoma dos Açores em matéria de Toxicodependência.....	33
4.1.Portugal Continental	33
4.2.Região Autónoma dos Açores	38
5.Estimativa de custo com Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação em Portugal Continental e RAA.....	43
Capítulo II - Metodologia	48
1.Tipo de Estudo.....	49
2.População e Amostra	49
3.Instrumentos de Recolha de Dados	51
3.1.Os Questionários	51
3.1.1.Questionários dos Profissionais de Saúde	51
3.1.2.Questionários das Entidades Oficiais	52
3.2.A Entrevista	52
4.Procedimentos	53
4.1.Procedimentos Estatísticos e Análise de Conteúdo	54
4.2.Procedimento Éticos	54
Capítulo III - Apresentação dos Resultados	57
1.Apresentação dos Resultados	57
1.1.Caracterização da Amostra.....	57

1.1.1.Profissionais de Saúde	57
1.1.2.Viabilidade Económica.....	63
1.1.3.Viabilidade Social	65
1.1.4.Viabilidade Política	67
1.2.Entidades Oficiais.....	69
1.2.1.Caracterização da Amostra.....	69
1.2.2.Viabilidade Económica.....	71
1.2.3.Viabilidade Social	72
1.2.4.Viabilidade Política	74
Capitulo IV - Análise e Discussão dos Resultados.....	78
1.Análise e Discussão dos Resultados.....	77
1.1.Profissionais de Saúde	77
1.1.1.Viabilidade Económica.....	77
1.1.2.Viabilidade Social	78
1.1.3.Viabilidade Política	79
1.2.Entidades Oficiais.....	80
1.2.1.Viabilidade Económica.....	80
1.2.2.Viabilidade Social	82
1.2.3.Viabilidade Política	83
Conclusão	86
Bibliografia.....	89

Índice de Tabelas

Tabela I - Despesas da Saúde com o Internamento em Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação para fora da RAA	45
Tabela II - Despesas com o Internamento em Comunidade Terapêutica na RAA para maiores de 18 anos	46

Índice de Figuras

Figura 1- Mudanças ocorridas no antes e após tratamento numa comunidade terapêutica de estada prolongada	30
Figura 2- Resultados obtidos no acompanhamento após um ano de tratamento, numa comunidade de estada prolongada e numa comunidade de curta duração.	30
Figura 3 - Percentagem de consumo de haxixe por Ilha.....	39
Figura 4 - Percentagem de consumo de liamba/cannabis por Ilha	39
Figura 5 - Percentagem de consumo de heroína por Ilha	40
Figura 6 - Percentagem de consumo de cocaína por Ilha	40
Figura 7 - Consumo de droga por Concelhos	41
Figura 8 - Consumo de droga por faixa etária	41
Figura 9 - Idades de início do consumo de droga por ilha	42
Figura 10 - Idade dos Profissionais	57
Figura 11 - Género dos Profissionais	58
Figura 12 - Qualificação Académica	58
Figura 13 - Actividade Profissional.....	59
Figura 14 - Local de Trabalho	59
Figura 15 - Experiência Profissional na Intervenção com Toxicodependentes.....	60
Figura 16 - Formação Específica para Intervir com Toxicodependentes	60
Figura 17 - Grau de Conhecimento relativo a Comunidades Terapêuticas	61

Figura 18 - Conhecimento sobre modelos, programas e metodologias de intervenção utilizadas em Comunidades Terapêuticas.....	61
Figura 19 - Conhecimento de Casos de Sucesso em Comunidades Terapêuticas.....	62
Figura 20 - Conhecimento sobre a existência de Comunidades Terapêuticas na Região Autónoma dos Açores	62
Figura 21 - Pertinência da criação de uma nova Comunidade Terapêutica na RAA para maiores de 18 anos	63
Figura 22 - Sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos.	64
Figura 23 - Grau de importância das Vantagens Financeiras na Criação de uma Comunidade Terapêutica.....	64
Figura 24 - Grau de importância das Vantagens Sociais na Criação de uma Comunidade Terapêutica	65
Figura 25 - Grau de importância das Vantagens Técnicas na Criação de uma Comunidade Terapêutica	65
Figura 26 - Localização da nova Comunidade Terapêutica na Ilha Terceira.....	66
Figura 27 - Concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA	66
Figura 28 - Aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade	67
Figura 29 - Problemática da Toxicodependência na ordem do dia das Políticas do Governo Regional.....	67
Figura 30 - Toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA.....	68
Figura 31 - Ordem do dia das medidas promotoras da criação deste tipo de equipamentos....	68
Figura 32 - Idades dos representantes das entidades oficiais	69
Figura 33 - Género dos representantes das entidades oficiais	69
Figura 34 - Qualificação Académica	70
Figura 35 - Cargo que desempenham	70
Figura 36 - Sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos	71
Figura 37 - Encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA	71

Figura 38 - Diminuição de custos para a RAA.....	72
Figura 39 - Localização da nova comunidade Terapêutica na Ilha Terceira.....	73
Figura 40 - Aceitação da criação da C.T por parte da comunidade.....	73
Figura 41 - A problemática da Toxicodependência na ordem do dia das Políticas do Governo Regional.....	74
Figura 42 - Toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA.....	74
Figura 43 – Promoção da C.T na ordem do dia político na actual conjuntura	75

Índice de Quadros

Quadro 1- Resultados de Estudos: prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010	33
Quadro 2 - Cannabis: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010.....	34
Quadro 3 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de heroína ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010	34
Quadro 4 - Heroína: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010.....	35
Quadro 5 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de Cocaína ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010	36
Quadro 6 - Cocaína: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010.....	36
Quadro 7 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de Ecstasy ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010	37
Quadro 8 - Ecstasy: Alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010	37

Introdução

A presente dissertação é apresentada no âmbito do Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e de Bem-Estar e versa a problemática da Viabilidade Política, Social e Económica da Criação de uma Comunidade Terapêutica na Região Autónoma dos Açores.

Sobretudo, do ponto de vista social, a pertinência desta temática não necessitaria de qualquer justificação, uma vez que a problemática da Toxicodependência assume dimensões que se traduzem num problema social de âmbito mundial, embora diferindo de continente para continente as medidas adoptadas por cada país no que se refere à luta contra a droga.

Contudo, sempre que se avança na criação de políticas de combate à toxicodependência, que ao longo do tempo se verificam ter alguma eficácia, evolui paralelamente o mercado das novas drogas sintéticas não controladas, traduzindo-se por parte dos consumidores no uso de uma maior variedade de substâncias psicoactivas padrão predominante de consumo na Europa.

Efectivamente, nos termos do Relatório de 2011 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – “A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa”, o consumo de droga apresenta-se estável na Europa e apesar de o nível de prevalência se manter elevado relativamente ao passado, importa salientar que não está a aumentar.

No quadro deste relatório europeu, a vítima de overdose fatal típica é um homem entre 35 e 39 anos de idade, com um longo historial de problemas com opiáceos.

Todavia, com o aumento da disponibilidade de tratamento de substituição ao longo dos anos, o número de consumidores mortos por overdose de droga na Europa tem-se mantido estável.

Entre os países Europeus, Portugal situa-se entre os que apresentam menores prevalências de consumo de drogas para a generalidade das substâncias, com excepção da Heroína, em que Portugal surge com maiores prevalências de consumo, conforme veremos mais adiante.

Por outro lado, tal como acontece na Europa e em Portugal Continental, no que concerne à Região Autónoma dos Açores¹, objecto principal deste trabalho, a realidade decorrente do estudo “*Dependências e Outras Violências*” realizado em 2005 e em

¹ A área total do arquipélago dos Açores é de 2 333 km², sendo constituído por nove ilhas divididas em três grupos distintos: Grupo Ocidental: Corvo e Flores; Grupo Central: Faial, Graciosa, Pico, São Jorge e Terceira e o Grupo Oriental: Santa Maria e São Miguel.

2009/2010, que adiante desenvolveremos, assinala um agravamento do fenómeno da toxicodependência.

A constatação deste facto traduziu-se, politicamente, na criação, em 2008, de uma Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD), tutelada pela Secretaria Regional da Saúde.

Com a DRPCD, nasce o Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências (PRPCD) que tem como objectivo primordial ser *“orientador das diversas políticas relativas às dependências, estando vocacionado para nortear a actividade das Instituições com competência nesta área e servir de referência para todos os intervenientes e actores que intervenham ou venham a intervir neste domínio”* e visa permitir o alinhamento das políticas a desenvolver na RAA, no âmbito da luta contra as substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas, com as estratégias Europeia e Nacional. O PRPCD tinha como horizonte temporal o ano de 2012, a fim de permitir uma maior articulação com outros instrumentos de planeamento, nomeadamente com o Programa do X Governo dos Açores.

A pertinência da presente investigação prende-se com o facto da Região Autónoma dos Açores não ter Instituições que desenvolvam tratamento em regime de internamento de estada prolongada para maiores de dezoito anos na área das toxicodependências, nomeadamente Comunidades Terapêuticas. Associado a este facto estão as linhas estratégicas definidas pelo X Governo Regional dos Açores que, na área da Saúde, nos objectivos da promoção da prevenção combate e tratamento das dependências apenas prevê a construção de um centro de reabilitação e tratamento do jovem toxicodependente com menos de 18 anos², deixando de fora ou utentes maiores de 18 anos que necessitam de tratamento.

Para além de mais no que se refere à prevenção, ao combate e ao tratamento das dependências nem todas as ilhas da Região dispõem de instituições para tratamento na área específica e as instituições existentes não são suficientes para permitir o tratamento de todos aqueles que necessitam de cuidados terapêuticos na área das dependências. Para tal efeito existem instituições nacionais que podem propiciar o tratamento necessário nos termos conjugados da Portaria n.º 16/2007, de 27 de Março e do despacho n.º 670/2010 de 29 de Junho de 2010 que regulam a deslocação de doentes do Serviço Regional da Saúde na Região Autónoma dos Açores, intra e inter-ilhas, para fora da Região ou para o estrangeiro.

O presente trabalho tem como objecto primordial de investigação a viabilidade Política, Social e Económica da criação de uma Comunidade Terapêutica para maiores de

² Programa do X Governo Regional dos Açores – Capitulo III - Sociedade: Potencial Humano como Capital de Futuro.

dezoito anos na Região Autónoma dos Açores, de molde a evitar que os doentes dos Açores tenham que se deslocar para o continente.

Nesta linha, pretende provar-se que é mais favorável que o tratamento seja efectuado numa comunidade terapêutica criada nos Açores e que tal desiderato tem viabilidade política, social e económica.

A metodologia utilizada foi de cariz quantitativo e qualitativo, utilizando não só pesquisa e análise documental mas também questionários por auto preenchimento, entrevistas qualitativas semiestruturadas, bem como a respectiva análise de conteúdo.

Por outro lado, a escolha deste tema prende-se com o percurso académico e profissional da autora. Efectivamente, o estágio académico da licenciatura em Serviço Social foi realizado na Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Departamento Sócio-Terapêutico, Comunidade Terapêutica “ Casa da Barragem” cujo objectivo é o tratamento e reinserção de indivíduos com problemas de uso e abuso de substâncias psicoactivas ilícitas e lícitas. Foi com a experiência anteriormente mencionada que surgiu a interesse por esta área que, para muitos profissionais, é um tema polémico e com pouco proveito. Além disso, desde então até ao presente, o percurso profissional tem sido nesta área, actualmente como Técnica Superior de Serviço Social inserida na divisão do Tratamento, da Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências, serviço operativo da Secretaria Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores que tem como missão a promoção de hábitos de vida saudáveis, a redução, o combate, a prevenção e o tratamento das dependências.

Para além desta introdução geral, o presente trabalho estrutura-se em quatro capítulos.

No primeiro capítulo procede-se à apresentação do Estado da Arte, destacando os conceitos associados ao fenómeno da toxicodependência no contexto Europeu, de Portugal Continental e da Região Autónoma dos Açores, bem como o enfoque nos diversos eixos de intervenção, nomeadamente ao nível do tratamento em internamento, destacando as Comunidades Terapêuticas.

O segundo capítulo apresenta a metodologia utilizada ao longo de toda a investigação, bem como as dificuldades encontradas ao longo do percurso da aplicação dos questionários por auto-preenchimento.

No terceiro capítulo faz-se a apresentação dos resultados, que foram utilizados para caracterizar as duas amostras seleccionadas para o estudo.

Finalmente, no quarto e último capítulo procede-se à análise e discussão dos resultados, que visa responder ao desafio inicialmente proposto, ou seja a viabilidade política, social e económica da criação de uma comunidade terapêutica nos Açores.

Por último apresentam-se as conclusões finais e a bibliografia.

Capítulo I



Estado da Arte

1. O Fenómeno da Toxicodependência na Europa, Portugal e Açores

Como assinalámos na introdução, o Relatório de 2011 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – “A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa”, refere que o consumo de droga apresenta-se estável na Europa e apesar de o nível de prevalência se manter elevado relativamente ao passado, importa salientar que não está a aumentar.

As estimativas do relatório referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos dados dos inquéritos realizados entre 2001 e 2009-2010, principalmente 2004-2008, observando-se o seguinte ponto de situação quanto às principais drogas e respectivos consumos:

“ (...) Na Cannabis a prevalência ao longo da vida é de cerca de 78 milhões de pessoas (23,2% dos adultos europeus). No que concerne ao consumo no último ano: cerca de 22,5 milhões de adultos europeus (6,7%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida. Quanto ao consumo no último mês: cerca de 12 milhões de pessoas (3,6%). Variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,4% a 14,3%. ”

“ (...) Na Cocaína a prevalência ao longo da vida é de cerca de 14,5 milhões de pessoas (4,3% dos adultos europeus); consumo no último ano: cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida; consumo no último mês: cerca de 1,5 milhões de pessoas (0,5%) e as variações do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 2,7%. ”

“ (...) No Ecstasy a prevalência ao longo da vida é de cerca de 11 milhões de pessoas (3,2% dos adultos europeus); consumo no último ano: cerca de 2,5 milhões de pessoas (0,7%) ou um quinto dos consumidores ao longo da vida e as variações do consumo no último ano por país têm uma variação global de 0,1% a 1,6%. ”

“ (...) Nas Anfetaminas, a prevalência ao longo da vida é de cerca de 12,5 milhões de pessoas (3,8% dos adultos europeus); o consumo no último ano foi de 1,5-2 milhões de pessoas (0,5%) ou até um sexto dos consumidores ao longo da vida; as variações do consumo no último ano por país têm uma variação global de 0,0% a 1,1%. ”

“ (...) Nos Opiáceos, os consumidores problemáticos desta droga foram estimados em 1,3 a 1,4 milhões de europeus. Cerca de 700 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2009. Por outro lado, as mortes induzidas pela droga foram cerca de 7 600, tendo sido detectados opiáceos em cerca de três quartos dos casos. ”

Ao nível do nosso país o Relatório Anual de 2010 explícita: “ A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência”, publicado pelo IDT, I.P, refere que “*embora as prevalências de consumo de qualquer droga, salienta-se as prevalências do consumo de cannabis quer na população total quer na população jovem adulta, as regiões do Norte, Centro, Alentejo, Algarve, Lisboa e Açores registaram as maiores prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias para quase todas as substâncias ilícitas, sendo de destacar as excepções, o caso das anfetaminas dos Açores e o caso da heroína no Alentejo. De uma forma genérica, as regiões mantem o padrão de consumo do país, em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se a cocaína e o ecstasy respectivamente, com excepção do Alentejo em que a heroína surge como a segunda droga mais consumida e do Algarve em que a heroína surge entre as três substâncias com maiores prevalências de consumo e dos Açores que as Anfetaminas ocupam posição equivalente à que o ecstasy ocupa a nível nacional. ”*

“A evolução das prevalências de consumo ao longo da vida entre 2001 e 2007 manteve-se ao nível das seis regiões atrás mencionadas, quer na população total quer na jovem adulta, sendo de mencionar entre as excepções, a descida do consumo de heroína no

Norte, em Lisboa e nos Açores, nestas duas últimas regiões só a nível da população jovem adulta.”

Relativamente à Região Autónoma dos Açores, o estudo *Dependências e Outras Violências* realizado em 2005 e em 2009/2010 respectivamente, menciona que “nos Açores, em 2004, 10,8% da população já tinha consumido substâncias ilícitas pelo menos uma vez, 3% acima da média nacional, que se situava nos 7,8%. **Em 2009, a prevalência de consumo nos Açores, atingiu os 14,8%, ou seja, 2,8% acima da média nacional.**”

“Em termos absolutos, em 2004 nos Açores de um total de 241762 habitantes, 26110 já consumiram drogas. Em 2009 de um total de 244780 habitantes, 36227 já consumiram. O que significa um aumento de 10117 consumidores em cinco anos. Quanto á média Açores, da percentagem da população consumidora de drogas por ilha, em 2004 era de 10,8% e em 2009 de 14,8%. O que significa, como já referido, um aumento significativo de novos consumidores.”

2. Eixos de Intervenção na área das Toxicodependências

A nosso ver a toxicodependência exige uma intervenção de carácter multi, pluri e interdisciplinar. Essa intervenção inicia-se quando o indivíduo toma consciência do seu problema e pede ajuda, prolonga-se durante todo o tratamento e só se apresenta eficaz quando o indivíduo, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, afectiva, cultural e social consegue estabelecer um projecto de vida autónomo e livre de substâncias psicoactivas ilícitas.³

Enquanto problema social candente as toxicodependências surgem a partir dos anos 60, assim como as drogas que de um modo geral são definidas como substâncias que alteram o estado de consciência, os modos de vida e as relações interpessoais, levando à dependência psíquica e/ou física, ou seja, todas as substâncias que induzem o regime farmacológico provocam alterações vividas com tonalidade agradável mas que deterioram o convívio e a relação humana destas pessoas com outros. Estas substâncias são utilizadas para experimentar novas sensações, modificar agradavelmente a mente, criar um estado de bem-estar físico passageiro e euforia com exaltação e inquietude.

Segundo Patrício (1991) “qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga, mas, mais do que a substância, é a atitude da pessoa face à substância que gera a toxicodependência. É uma atitude de fixação, de “paixão” pela (s) substância (s) ”.

Em rigor, a toxicodependência comporta uma dependência psíquica que se traduz por uma pulsão que requer o uso periódico ou contínuo de uma droga com o fim de criar um

³ PORI – Eixos de Intervenção: Componente Técnica e Financeira, IDT.IP

prazer ou anular uma tensão; a dependência física entende-se como uma exigência do organismo que para conservar um eventual equilíbrio exige o aporte regular de um produto químico de exterior, e finalmente efeitos nocivos à sociedade e ao indivíduo.

Já a OMS⁴ define o conceito de dependência⁵:

“Como sendo um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de tomar a droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente”.

Podemos agrupar os factores de risco do binómio personalidade e toxicodependência em três grupos parafraseando (Rosa et al, 2000:82-84):

- Factores sócio-demográficos, tais como: idade, sexo, etnia, residência, influência do grupo e situação escolar/laboral.

Nestes factores estão incluídos todas as características sociais e comunitárias que podem ser factor de desenvolvimento de um comportamento de consumo, tendo em conta as vivências de cada indivíduo e na sua personalidade.

- Factores familiares, tais como: antecedentes familiares, situação familiar, relação conjugal, estilos de educação e relações afectivas.

Tais factores estão relacionados com o uso de tóxicos pela família, da atitude dos pais face ao consumo de tóxicos pelo adolescente, da psicopatologia associada, da situação familiar, das relações conjugais, das relações familiares, das relações entre pais e filhos e respectivos estilos de educação, das relações afectivas e de potenciais abusos físicos e sexuais.

- Factores pessoais, tais como: atitude, experiências, personalidade e conflitos emocionais referem-se à atitude face aos tóxicos, de experiências e expectativas prévias, da estrutura da personalidade e respectivos traços e dos conflitos emocionais.

Contudo, a personalidade é também fruto das experiências relacionais, sociais e familiares de cada indivíduo.

⁴ www.humanus.pt, acedido a Fevereiro de 2011

⁵ Na história conceptual da entidade “dependência” podemos distinguir três fases: a primeira caracterizada pelo Modelo Unifactorial, que surge no Século XVIII e chama a atenção para o poder tóxico da substância, fazendo dela o factor responsável pela dependência. O produto, devido às suas capacidades de reforço positivo e negativo torna-se na principal causa de consumo. A segunda fase, o modelo Bi-factorial, surge já no Século XX e defende que a dependência envolve duas realidades: a substância e o indivíduo consumidor. O terceiro Modelo, denominado Tri-factorial, surge mais tarde, desenvolvido por Timothy Leary citado por Rosa et al (2000), o consumo de uma substância psico-activa é uma interacção entre o produto, a personalidade e o momento sócio-cultural. Actualmente este modelo denomina-se de intervenção biopsicossocial, ou seja, interacção preconizada entre o produto, o consumidor e o meio.

Continuando a seguir (Rosa et al; 2000:82-84) as causas que levam os indivíduos à toxicodependência podem ser várias, tais como:

- Família

Quanto à família esta pode ser considerada factor de risco quando existe disfunção familiar, disfunção a nível da comunicação, uso de drogas por parte dos pais ou atitudes positivas em relação às mesmas, autoritarismo, presença de violência física ou psicológica, super protecção paterna ou materna e ausência de um dos progenitores.

- Experiência pessoal

A representação positiva das substâncias e a ilusão de que estas resolvem os problemas derivam da experiência pessoal do indivíduo.

- Pressão de grupo

A pressão de grupo torna-se uma causa quando o indivíduo tem vontade de pertencer a um grupo ou quando este tem medo de ser excluído do mesmo ou quando há o desejo de diversão entre estes.

- Determinação individual

Em relação à determinação individual, esta torna-se uma causa quando o indivíduo tem comportamentos anti-sociais na adolescência, curiosidade, características da personalidade como baixa auto-estima, impulsividade, alienação e rebeldia.

No tocante à intervenção nas toxicodependências a mesma deve ser desenvolvida paralelamente em diversos eixos: Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção.

A Prevenção pode ser dividida em vários níveis, tais como, prevenção universal, prevenção selectiva e prevenção indicada.⁶

- A prevenção universal é dirigida à população em geral, especialmente ao nível da escola e da comunidade. A intenção é dissuadir ou atrasar o início do consumo de droga e os problemas a estes associados, fornecendo aos jovens as competências necessárias para evitar a iniciação no consumo de drogas.
- A prevenção selectiva é associada a grupos específicos, famílias ou comunidades que, devido aos seus carentes laços sociais e recursos, podem ser mais propícias a desenvolver um consumo de droga ou a cair na toxicodependência.

⁶ PORI – Eixos de Intervenção: Componente Técnica e Financeira, IDT.IP

- A prevenção indicada identifica os indivíduos com problemas comportamentais ou psicológicos, que podem prognosticar o desenvolvimento de problemas de consumo de substâncias numa fase da vida posterior, e torná-los individualmente objecto de intervenções especiais.

Segundo Patrício (2006:15) *“a prevenção é um conjunto de atitudes, conhecimentos e estratégias antecipadas para fazer face a ameaças à saúde. Este defende que a prevenção deve ser feita através da educação, da família, da escola e da comunicação.”*

Relativamente à Dissuasão, esta compete às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência que se regem pela Lei n.º 30/2000 de 29 Novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias.

Quanto ao Tratamento, existem várias modalidades, nas quais se destacam intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação, podendo ser feito em regime ambulatorio ou em internamento.

No que concerne ao tratamento em regime ambulatorio destacam-se as intervenções psicossociais e o tratamento de substituição de opiáceos. As intervenções psicossociais prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga. Estas intervenções incluem aconselhamento, aumento da motivação, terapia cognitivo-comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar e prevenção de recaídas. O Tratamento de Substituição Opiácea pode ser feito com administração de antagonista dos opiácios ou com a administração de agonistas de opiáceos. Estes são tratamentos de manutenção que se destinam a indivíduos heroíno-dependentes.

Já quanto ao tratamento em regime de internamento, o mesmo pode ser de curta ou longa duração, exigindo que os utentes pernoitem na instituição durante várias semanas ou vários meses. Estes programas têm como finalidade levar os utentes a absterem-se de consumir droga e não permitem tratamentos de substituição.

“A desabilitação física é o processo através do qual o indivíduo elimina gradualmente, do seu corpo, a substância responsável pela dependência física e pode ser definida como um processo de cuidados médicos e de farmacoterapia que tem como objectivo ajudar o paciente a alcançar a abstinência bem como níveis normais de funcionamento psicológico com um mínimo de desconforto físico e emocional” (United Nations Office on Drugs and Crime, 2002).

A desintoxicação nos tratamentos em regime de internamento de longa duração é muitas vezes obrigatória, por serem baseados na abstinência de droga.

Os utentes em regime de internamento recebem alojamento e tratamentos psicológicos de acordo com as necessidades individuais, e participam em acções norteadas para a sua reabilitação social. O tratamento em regime de internamento mais utilizado é o das Comunidades Terapêuticas.

No respeitante à Redução de Riscos o objectivo é *“diminuir a prevalência e a incidência quer do consumo de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo”* (Presidência de Conselho de Ministros: 2001:60)⁷

Já quanto ao conceito de redução de danos e *“no contexto da prevenção e da terapia, refere-se às medidas que visam limitar ou prevenir os malefícios ligados ao consumo de droga, mais do que ao consumo em si mesmo”* (Presidência de Conselho de Ministros: 2001:29).

Por último,

“a reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do Tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e Redução de Riscos e Minimização de Danos. Realça-se, assim, a relevância do seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção na problemática da toxicodependência.” (Instituto da Droga e da Toxicodependência, Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências 2005-2012, Lisboa, 2005, pág. 46.)

Importa agora salientar as várias dimensões a ter em conta ao longo de todo o percurso de um tratamento, nos termos dos princípios orientadores definidos pelo National Institute on Drug Abuse (1999)⁸ que referem o seguinte:

- *“Não existe um único tratamento que seja indicado para todos os indivíduos, sendo necessário harmonizar os “settings” de tratamento, as intervenções e os serviços, em função dos problemas e das necessidades específicas de cada indivíduo sendo isso fundamental para que estes ao regressarem à família, emprego e sociedade possam conduzir com êxito as suas vidas”;*
- *“O tratamento deve ser disponibilizado em tempo útil, sendo importante aproveitar as janelas de oportunidade abertas numa população habitualmente muito ambivalente quanto à transformação de um desejo vago numa vontade firme de tratamento; a motivação para o tratamento não é o único preditor de êxito, existindo tratamentos que não se iniciam voluntariamente que obtêm bons resultados”;*
- *“O tratamento eficaz abrange todas as necessidades do indivíduo e não apenas o seu problema de uso de substâncias; o plano de tratamento de um indivíduo deve ser avaliado continuamente e modificado sempre que necessário, de modo a assegurar que este vai ao encontro de necessidades em constante mutação”;*

⁷ <http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Paginas/Enquadramento.aspx>, acedido a Outubro de 2011

⁸ NIDA-Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, 1999

- “A permanência em tratamento durante um período de tempo adequado é fundamental para a sua eficácia”;
- “O acesso a uma psicoterapia e o tratamento com suporte farmacológico são, em muitos casos, importantes recursos de tratamento, que contribuem para a obtenção de bons resultados; nos casos de co-morbilidade psiquiátrica as diferentes patologias devem ser tratadas de modo integrado”;
- “A desabituação física ou o internamento em comunidades terapêuticas de média ou longa duração são apenas fases de um tratamento”;
- “O uso de substâncias não prescritas durante o tratamento deve ser monitorizado, podendo esta monitorização funcionar como factor de contenção da recaída; as doenças infecto-contagiosas devem ser rastreadas, devendo igualmente ser disponibilizada informação sobre os cuidados a ter para evitar o contágio e trabalhadas as atitudes e comportamentos de risco”;
- “A recuperação do uso, abuso e dependência de substâncias pode ser um processo de longo prazo que pode requerer múltiplos episódios de tratamento.”

3. Estruturas de Tratamento

Ainda, no que concerne ao tratamento, enquanto um dos principais eixos de intervenção, este implica a definição dos princípios estratégicos que regem o sistema onde o indivíduo se insere e as componentes e processo que o integram. Tal é particularmente difícil, já que não só as necessidades de cada indivíduo variam, como também existe uma grande diversidade de componentes que podem estar conjugadas diferentemente nas abordagens de tratamento disponibilizadas não existindo uma que seja apropriada para todos os pacientes.

A natureza e a organização das intervenções de tratamento podem assumir diversas formas a cada momento, já que estão sujeitas a influências políticas, religiosas, culturais e económicas ao longo do tempo (Filho, 2004).

Assim, podemos entender por tratamento a prestação de uma ou mais intervenções estruturadas, ao nível da saúde, do comportamento e da vida pessoal e/ou familiar de um indivíduo, com o objectivo de ajudar a gerir a saúde física, mental, social e outros problemas que derivam do uso de substâncias e melhorar o funcionamento pessoal e social do indivíduo (ASAM, 1990).

Em boa verdade, o tratamento é um processo que se inicia quando os indivíduos que abusam de substâncias psicoactivas entram em contacto com um prestador de saúde ou com qualquer outro serviço comunitário, que pode continuar através de uma sucessão de intervenções específicas até que seja atingido o mais alto nível de saúde e bem-estar. O tratamento inclui abordagens compreensivas para a detecção, assistência, cuidados de saúde e

integração social das pessoas que apresentam problemas resultantes directa ou indirectamente do uso de substâncias.⁹

Sendo assim, as estruturas de tratamento podem ser classificadas da seguinte forma: Unidades Públicas (São unidades que integram a Rede de Unidades de Tratamento do IDT, IP.);

- Unidades Privadas (São todas as unidades de prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência, às quais foram atribuídas pelo IDT, IP licenças de funcionamento, que lhes permite aceitar toxicodependentes em tratamento);
- Unidades Privadas Convencionadas (o Estado estabelece a todos os toxicodependentes que o queiram e que, para tal, tenham indicação clínica, a garantia de condições de acesso a meios de tratamento, comparticipando nos custos a suportar pelos utentes e suas famílias nos processos de tratamento que se desenvolvam nas unidades privadas de saúde convencionadas);
- Unidades Privadas não Convencionadas (São unidades licenciadas pelo IDT, IP que não foram objecto de convenção).

O Despacho Conjunto nº 18683/2008 de 14 de Julho dos Ministérios das Finanças, da Administração Pública e da Saúde, fixa os requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do IDT, IP, e as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendo em vista o apoio ao tratamento de pessoas toxicodependentes e alcoólicas.

A Rede Nacional de Unidades de Tratamento inclui:

- As *unidades de desabituação* são estruturas orientadas para internamentos de curta duração para tratamento do Síndrome de Privação em pessoas toxicodependentes que não o conseguem fazer em ambulatório (IDT, 2011).
- Os *centros de dia* são estruturas de apoio ao tratamento e à reinserção, essenciais em determinadas fases do projecto terapêutico, que visam a ressocialização, o desenvolvimento pessoal, a aquisição e o treino de competências sociais, com vista à reinserção social dos indivíduos (IDT, 2011).
- As *unidades de alcoologia* são serviços especializados no tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool (IDT, 2011).

⁹ Expert Committee on Drug Dependence - WHO, 1998, 2000

- As *comunidades terapêuticas* são unidades especializadas que prestam cuidados a toxicodependentes que necessitam de internamento prolongado com apoio psicoterapêutico e socio-terapêutico, com o objectivo de promover o seu tratamento e a sua ressocialização (IDT, 2011).

Ainda no que se refere ao Tratamento e para concluir, existem várias modalidades em regime ambulatorio, tais como: As Equipas de Tratamento (ET) estão integradas nos Centros de Respostas Integradas (CRI), unidades de intervenção local que prestam cuidados globais às pessoas com problemas de dependência e seus envolventes, em regime ambulatorio, individualmente ou em grupo que englobam como principais valências:

- Consultas de Psicologia (São consultas destinadas a apoiar a pessoa dependente de substâncias numa fase inicial ou ao longo do seu processo de tratamento);
- Apoio Psicoterapêutico ou Psicoterapia com diferentes modelos conceptuais (Psicoterapias são métodos de tratamento de perturbações psíquicas através dos quais se pretende por um lado, estabilizar emocionalmente o “paciente”, reduzindo os sintomas que manifesta, e por outro, identificar as causas do adoecer psicológicos que deverão ser alvo de intervenção psicológica);
- Consultas Médicas;
- Programas Terapêuticos com Agonistas de opiáceos (É um tratamento de manutenção com medicamentos opióides de efeito agonista indicado para heroíno dependentes que, administrados regularmente e em dose adequada retira o sofrimento físico provocado pela falta de heroína e a necessidade física de a consumir, ao mesmo tempo que reduzem o mau estar psicológicos da falta da droga – “craving”);
- Programas Terapêuticos com Antagonistas de opiáceos (Este programa destina-se a indivíduos organizados, abstinentes de heroína e com suporte familiar ou social. São prescritos medicamentos bloqueadores dos receptores opiáceos com tempo de actuação prolongado, que após tomados impedem o utilizador de sentir o efeito da substância, prevenindo a recaída por impulso);
- Consultas destinadas a públicos-alvo específicos, nomeadamente crianças e jovens, grávidas e doentes com patologia mental concomitante, famílias – incluindo filhos de pessoas toxicodependentes;
- Consultas de Enfermagem (Têm como objectivo facilitar a integração do utente e sua família na estrutura de tratamento, ajudando-o a enfrentar as dificuldades

com que se depara no momento, qualquer que seja o seu estado de saúde/doença);

- Grupos de Suporte Terapêutico (Existem modelos diversificados de intervenção em grupo com objectivos e populações-alvo também muito diferentes. Podem ser abertos ou fechados, com periodicidade destinados a diferentes públicos alvo, muitas vezes com objectivos pedagógicos, que visam enquadrar estas pessoas, dar-lhes suporte ou complementar o trabalho terapêutico com elas realizado) (IDT, 2011).

3.1. Tratamento em Internamento - Comunidades Terapêuticas

A denominação de Comunidade Terapêutica teve origem na Grã-Bretanha e foi inventada por Maxwell Jones no início dos anos 50, designando inicialmente estruturas no seio dos hospitais psiquiátricos que, para transformar o funcionamento do hospital, introduziram procedimentos de decisões participativas, e tentaram uma melhor partilha dos poderes entre prestadores de cuidados e utentes para responsabilizar o utente face à sua evolução. A ideia subjacente ao projecto de Jones era que a pessoa que apresentasse perturbações psiquiátricas possuía um potencial terapêutico explorável tanto por ela mesma como pelos outros pacientes (Morel et al, 1998: 278-279).

É no início dos anos 70 pelo aparecimento dos “novos toxicodependentes” que se assiste à multiplicação, primeiro nos Estados Unidos e depois na Europa, de Comunidades Terapêuticas, para toxicodependentes (Morel et al, 1998: 278-279).

Em 1958, foi criada na Califórnia a primeira estrutura do género chamada Synanon fundada por Charles Dederich. Este, membro dos Alcoólicos Anónimos, inspirou-se inicialmente em grande medida na ideologia deste movimento, tendo-se depois separado para fundar a sua comunidade, que imaginava como uma sociedade ideal donde seriam banidos a propriedade privada e o dinheiro, e donde seria excluída qualquer ideia de reinserção exterior. Paralelamente à inspiração tirada dos Alcoólicos Anónimos, este inspirou-se também nas fontes do comportamentalismo e das ideologias alternativas atacando o poder médico e psiquiátrico e as instituições tradicionais. A partir desta primeira experiência, várias outras Comunidades Terapêuticas foram criadas na América do Norte, tais como: Daytop Village, Phoenix House, Satori, Portage, entre outras. Com excepção da França e da Dinamarca, os Europeus também se interessaram por estas experiências (Morel et al, 1998: 278-279).

Na concepção que norteia estas instituições, a toxicodependência não é uma doença mas um comportamento desadequado que carece de um tratamento social. A comunidade terapêutica funciona como uma micro sociedade, que deve permitir controlar os comportamentos individuais pelo grupo.

Em Portugal, na década de 70 é criado o Gabinete de Coordenação do Combate à Droga, que teve como função não só coordenar as actividades do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD) no domínio da prevenção, tratamento e reinserção social dos toxicodependentes, mas também coordenar o Centro de Investigação e controlo da Droga que era responsável pelo combate ao tráfico.

É através do Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEDP) que nascem as primeiras duas Comunidades em Portugal: a Comunidade “Arco-Iris” do CEPD-Centro e a Comunidade do CEPD-Sul (Restelo). Estas duas Comunidades utilizavam inicialmente modelos medicalizados, mas ao longo do tempo, foram adoptados outros modelos terapêuticos com o objectivo de encontrar um modelo adequado para o tratamento eficaz dos utentes.

Actualmente os modelos utilizados pelas Comunidades Terapêuticas podem ser diversos, consoante a duração do tratamento e o modelo da intervenção preconizada.

Segundo Sugarman (1986), existem dois modelos de Comunidades Terapêuticas: o Modelo Democrático e o Modelo Hierárquico.

Os quatro princípios básicos do Modelo Democrático são: a democracia, a permissividade, o confronto com a realidade e o comunalismo.

Já o Modelo Hierárquico defende a participação dos internados no processo terapêutico, baseia-se na responsabilidade progressiva de cada residente pela sua vida, pela vida do grupo e pela vida de toda a Comunidade. É valorizada a comunicação entre os residentes e a vivência dos afectos, na verdade e honestidade. Este modelo é constituído apenas por dois princípios básicos: o confronto com a realidade e o comunalismo. O mesmo defende a participação dos internados no processo terapêutico. No entanto, o conjunto de normas e regras que regem o dia-a-dia da Comunidade são definidas pelos técnicos e não podem ser postas em causa pelos residentes (Santos, 2006/2007:18-22).

Ainda no que concerne ao tratamento em regime de internamento, o mesmo pode ser de curta ou longa duração como já foi anteriormente mencionado, exigindo que os utentes pernoitem na instituição durante várias semanas ou vários meses. Estes programas têm como finalidade levar os utentes a absterem-se de consumir droga e não permitem tratamentos de

substituição. A desintoxicação nos tratamentos em regime de internamento de longa duração é muitas vezes obrigatória, por serem baseados na abstinência de droga.

Um artigo publicado pela NIDA no *Research Report Series* refere que as comunidades terapêuticas para tratamento de uso e abuso de drogas existem acerca de 40 anos e diferem de outros tratamentos, pela sua abordagem, uma vez que fazem uso da comunidade, envolvendo os agentes de tratamento e os utentes em recuperação como agentes fundamentais de mudança. Esta abordagem é muitas vezes referida como “comunidade como método”. Os membros da CT interagem de formas estruturadas e não estruturadas para influenciar atitudes, percepções e comportamentos associados ao uso e abuso de drogas.

Durante três décadas, a NIDA tem conduzido vários estudos científicos para o conhecimento de resultados na área do tratamento do uso e abuso de substâncias psicoactivas ilícitas. Estes estudos tiveram como linha de base mais de 65.000 indivíduos admitidos e financiados por serviços públicos de tratamento. Foram incluídas amostras de utentes de CT, bem como de outros tipos de programas. Os dados foram colhidos na admissão dos utentes, durante o tratamento e nos acompanhamentos realizados após doze ou mais meses de tratamento. Estes estudos descobriram que associados ao internamento na CT estavam vários resultados positivos na vida dos indivíduos. O “*The Drug Abuse Treatment Outcome Study*” mostrou que os indivíduos que completaram com sucesso o tratamento em CT, tinham menores níveis de uso de cocaína, heroína e álcool, bem como menor comportamento criminoso, menor desemprego e menor indicadores de depressão do que tinham antes do tratamento.

A figura 1 a seguir, mostra-nos os resultados obtidos, numa amostra de 676 utentes, em relação às mudanças ocorridas no antes e após tratamento numa comunidade terapêutica de estada prolongada.

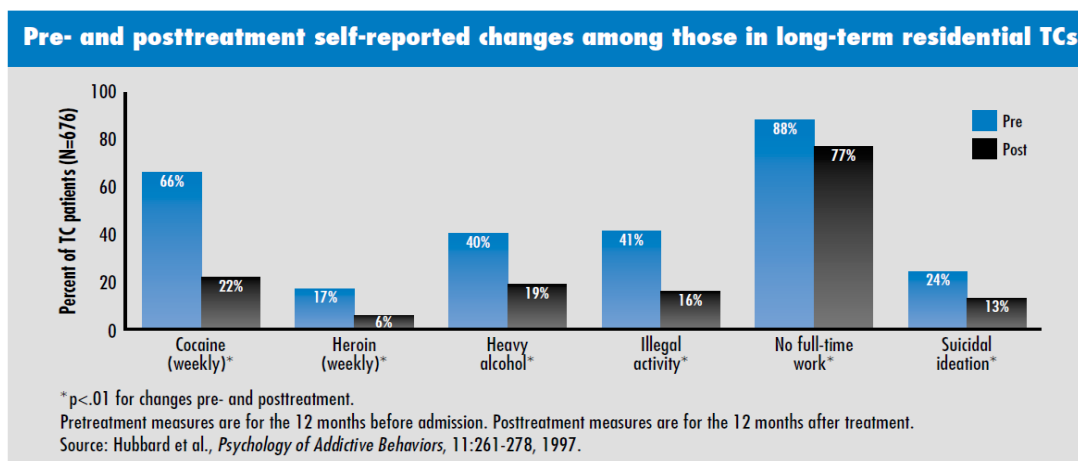


Figura 1- Mudanças ocorridas no antes e após tratamento numa comunidade terapêutica de estada prolongada

Fonte: National Institute on Drug Abuse – Research Report Series – Therapeutic Community (2002:2), 2012

A figura 2 mostra-nos numa amostra de 342 utentes, os resultados obtidos, no acompanhamento após um ano de tratamento, numa comunidade de estada prolongada e numa comunidade de curta duração.

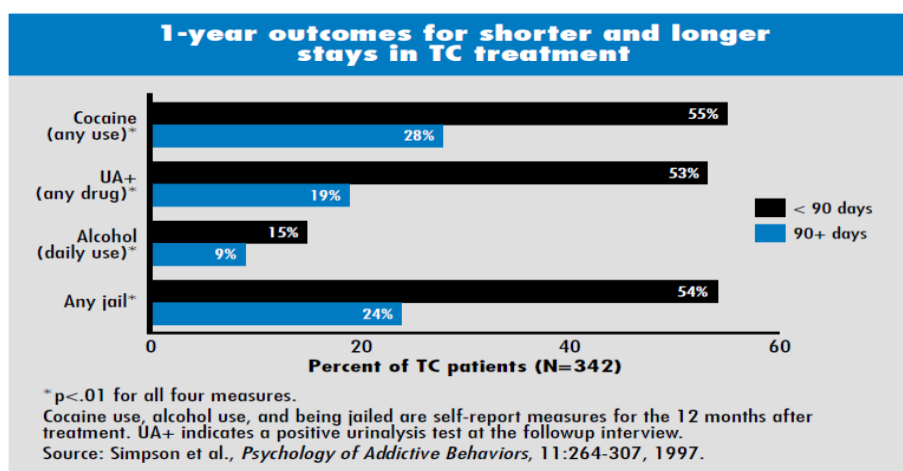


Figura 2- Resultados obtidos no acompanhamento após um ano de tratamento, numa comunidade de estada prolongada e numa comunidade de curta duração.

Fonte: National Institute on Drug Abuse – Research Report Series – Therapeutic Community (2002:3), 2012

Os dados acima expostos levam-nos a concluir que, o tratamento em internamento numa comunidade terapêutica de estada prolongada tem resultados positivos em diversos níveis da vida do utente. Para além disso, a abordagem envolvendo a comunidade comporta vantagens emocionais, sociais, educacionais, e comunitárias.

3.1.1. Intervenção do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas¹⁰

Em regra, a intervenção do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas segue modelos que não são exclusivos do serviço social. Alguns dos modelos utilizados são: o Modelo Biopsicossocial; o Modelo Cognitivo Comportamental; o Modelo Sistémico; o Modelo Intervenção em Rede e o Modelo Construtivista (cf. Entrevista ao Assistente Social-apêndice IV).

No âmbito do modelo biopsicossocial este está caracterizado por dois elementos principais: primeiro tem em conta o aspecto psicológico e social que comporta cada caso e em segundo, dá importância a um diagnóstico – avaliação que trata ao mesmo tempo os problemas e recursos, os pontos fortes e os pontos fracos da pessoa e da situação.

Entende-se por intervenção psicossocial uma actuação de suporte, apoio e orientação às pessoas com problemas no seu funcionamento social, actuação que se baseia em “maneiras de fazer” (Silva, 2001:16).

O modelo Interaccional Sistémico valoriza o facto de o utente viver integrado num sistema (família, amigos e vizinhos), dando a possibilidade de compreender a situação/problema tanto no global como nos vários sistemas onde o indivíduo se integra. Esse modelo é utilizado na Comunidade porque ao longo do tratamento é necessário dar enfoque, não só ao indivíduo mas também aos sistemas em que o indivíduo está integrado, principalmente a família.

O modelo de Intervenção em Rede tem como objectivo conseguir uma aproximação do utente com a rede primária, secundária e terciária. Na área da Toxicodependência, a família (rede primária) é a primeira Instituição a que se recorre para garantir o suporte social imprescindível ao cuidado do toxicodependente e sua reabilitação. No caso da inexistência de possibilidades de resposta familiar, procura-se em ligação com o utente junto dos vizinhos, amigos e outros membros (rede social secundária e terciária) sensibilizar pessoas para a prestação de auxílios inevitáveis.

A intervenção em rede segundo Payne (1995) pode ser do tipo pessoal e do tipo social. A nível pessoal no sentido de oferecer treinamento para lucrar na melhoria do uso das suas potencialidades na resolução dos seus problemas. A nível social, pretende-se estimular os sistemas de apoio dos clientes/utentes.

¹⁰ Tratando-se de um Mestrado em Serviço Social faz todo o sentido dar relevo ao papel interventivo do Assistente Social nas comunidades terapêuticas.

Algumas das metodologias utilizadas na intervenção nas comunidades terapêuticas são: Acompanhamento Individual (comportamental); Terapia de grupo (grupos terapêuticos, dinâmicas e seminários), grupos focais; Terapia familiar e multifamiliar (sistémica) e acompanhamento terapêutico e Prevenção da Recaída (cf. Entrevista ao Assistente Social-apêndice IV).

No que concerne aos valores e princípios que regem a actuação de um Assistente Social numa comunidade terapêutica passa por um conjunto de valores centrais. Estes valores, levados a cabo pelos assistentes sociais ao longo da história da profissão, são a base do único propósito e da perspectiva do serviço social: serviço, ética profissional, justiça social, dignidade e valor pessoal, importância das relações humanas, integridade e competência.

A especificidade da intervenção de um Assistente Social passa pela integração da experiência de aprendizagem dos utentes em sistema hierárquico, que supõe aspectos regressivos no início do tratamento, e consequente promoção da autonomia e ressocialização do indivíduo no quadro da aprendizagem e experiencição de estilos de vida saudáveis e alteração e reconstrução de narrativas patológicas assentes num discurso bipolar, para uma abordagem mais centrada na vivência do aqui e agora. Por outro lado, defendendo uma autonomia, uma auto-estima e um auto-conceito satisfatórios como factores preventivos no processo de Prevenção da Recaída (cf. Entrevista ao Assistente Social-apêndice IV).

O dependente apresenta um discurso atemporal, bipolar, irresponsável em que não decide, não se compromete e apresenta histórias saturadas de problemas.

Nesse contexto o profissional introduz no diálogo a temporalidade, as diferenças e os dilemas. Perante o discurso bipolar do dependente, o profissional tenta estabelecer histórias diferentes, ou seja, dá outros significados e aborda o “não dito”. Perante a irresponsabilidade, o mesmo negocia acordos, distribui responsabilidades e procura consensos. Por último, distingue: queixa, dificuldade e problema.

O profissional procura a reconstrução e alteração da história pessoal, da história familiar e história com a substância assente num discurso com significado e centrado na realidade.

4. Portugal e a Região Autónoma dos Açores em matéria de Toxicodependência

4.1. Portugal Continental

Os quadros a seguir apresentados, retirados do Relatório Anual 2010 – “Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”, IDT, IP dão-nos uma visão sinóptica da situação do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas em Portugal Continental respeitando apenas à prevalência de consumo na população geral e população escolar, bem como à procura de tratamento.

Importa salientar desde já que nos estudos nacionais realizados ao longo dos anos, a cannabis tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas.

Efectivamente, entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida de 7,6% para 11,7% na população total e de 12,4% para 17% na jovem adulta, ou seja, registou-se uma maior prevalência no consumo quer na população dos 15 aos 64 anos, quer na população dos 15 aos 34 anos.

Na população escolar, de uma forma generalizada houve uma diminuição das prevalências de consumo de cannabis (Quadro 1).

Quadro 1- Resultados de Estudos: prevalências de consumo de cannabis ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010

Estudos		CONSUMOS					
		2001	2002	2003	2006	2007	2010
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	7,6	–	–	–	11,7	–
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	12,4	–	–	–	17,0	–
População Reclusa		56,5	–	–	–	55,2	–
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	–	15	–	13	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	–	9,2	–	8,2	–	8,8
	INME (3.º Ciclo)	10,4	–	–	6,6	–	–
	INME (Secundário)	25,6	–	–	18,7	–	–
	ECATD 13 anos	–	–	2,3	–	2,3	–
	14 anos	–	–	6,5	–	4,8	–
	15 anos	–	–	11,0	–	8,3	–
	16 anos	–	–	17,3	–	14,1	–
	17 anos	–	–	23,6	–	19,6	–
	18 anos	–	–	29,1	–	26,1	–

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijó & Lavado, 2002; Feijó & Lavado 2006; Feijó, 2008; Feijó, 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

No que diz respeito à procura de tratamento, em 2010 a cannabis foi identificada como a droga principal de 5% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e de 11% dos novos utentes nesta rede. Nos centros de dia públicos e licenciados, foi referida como a droga principal de 11% dos utentes. Em 2010, cerca de 1% dos utentes das unidades de desabilitação e 9% dos utentes das comunidades terapêuticas referiram a cannabis como a sua droga principal (Quadro 2).

Quadro 2 - Cannabis: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010

Indicadores Indirectos		CONSUMOS					
		2008		2009		2010	
		Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Utentes	Ambulatório / Rede Pública	1 061	5	1 282	6	1 245	5
	Novos Utentes	504	11	604	12	505	11
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	21	4	26	7	39	11
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	13	0,4	21	1	11	1
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	233	5	268	7	351	9

a) % Relativa a cada indicador

Fonte: Relatório Anual 2010 – “Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”, IDT, IP.,2012

Entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo de heroína ao longo da vida na população total de 0,7% para 1,1% e uma fixação na população jovem adulta, ou seja, 1,1% em 2001 e em 2007.

Na população escolar, de uma forma generalizada houve um aumento de 2003 para 2007 das prevalências de consumo de heroína, diminuindo apenas na população escolar do 3ºciclo e secundário e na população na faixa etária dos 14 anos (Quadro 3).

Quadro 3 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de heroína ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010

Estudos		CONSUMOS					
		2001	2002	2003	2006	2007	2010
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	–	–	–	1,1	–
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,1	–	–	–	1,1	–
População Reclusa		46,9	–	–	–	34,4	–
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	–	2	–	2	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	–	1,2	–	1,4	–	1,4
	INME (3.º Ciclo)	3,4	–	–	1,7	–	–
	INME (Secundário)	2,2	–	–	1,2	–	–
	ECATD 13 anos	–	–	0,8	–	1,1	–
	14 anos	–	–	2,2	–	1,4	–
	15 anos	–	–	1,7	–	1,8	–
	16 anos	–	–	1,4	–	2,3	–
	17 anos	–	–	1,0	–	2,5	–
	18 anos	–	–	0,8	–	2,0	–

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2008; Feijão, 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Relativamente ao tratamento, enquanto droga principal, a heroína foi referida por 77% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência e por 55% dos novos utentes nesta rede. A heroína foi assinalada como a droga principal de cerca de 39% dos utentes dos centros de dia públicos e licenciados (37% só heroína e 2% heroína e cocaína). A nível das estruturas de internamento, foi referida como a droga principal de 69% dos utentes das unidades de desabilitação públicas e licenciadas (67% só heroína e 2% heroína e cocaína) e de 49% dos utentes das comunidades terapêuticas públicas e licenciadas (46% só heroína e 3% heroína e cocaína) (Quadro 4).

Quadro 4 - Heroína: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010

Indicadores Indirectos			CONSUMOS					
			2008		2009		2010	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Uteses	Ambulatório / Rede Pública	Heroína	14 727	69	15 855	68	18 157 ^{b)}	77
	Total de Uteses	Heroína + Cocaína	2 514	12	2 530	11	35 ^{b)}	0,1
	Ambulatório / Rede Pública	Heroína	2 443	51	2 462	48	2 425 ^{b)}	55
	Novos Uteses	Heroína + Cocaína	561	12	420	8	6 ^{b)}	0,1
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	Heroína	292	59	181	47	126	37
		Heroína + Cocaína	8	2	4	1	6	2
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	Heroína	2 016	64	1 871	71	1 418	67
		Heroína + Cocaína	235	7	68	3	48	2
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	Heroína	2 010	43	2 045	52	1 893	46
		Heroína + Cocaína	713	15	160	4	109	3

a) % Relativa a cada indicador

Fonte: Relatório Anual 2010 – “Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”, IDT, IP.,2012

No que concerne à cocaína, entre 2001 e 2007, registou-se um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida, quer na população total de 0,9% para 1,9%, quer na população jovem adulta de 1,3% para 2,8%.

Na população escolar, de uma forma generalizada houve um aumento das prevalências de consumo de cocaína (Quadro 5).

Quadro 5 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de Cocaína ao longo da vida (%) : 2001-2003-2006-2007 e 2010

Estudos		CONSUMOS					
		2001	2002	2003	2006	2007	2010
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,9	—	—	—	1,9	—
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,3	—	—	—	2,8	—
População Reclusa		45,6	—	—	—	40,2	—
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	—	—	3	—	2	—
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	—	1,7	—	1,6	—	1,9
	INME(3.º Ciclo)	4,4	—	—	2,1	—	—
	INME(Secundário)	3,6	—	—	1,7	—	—
	ECATD 13 anos	—	—	1,5	—	1,6	—
	14 anos	—	—	2,4	—	2,5	—
	15 anos	—	—	2,4	—	3,3	—
	16 anos	—	—	2,5	—	3,3	—
	17 anos	—	—	1,6	—	3,9	—
	18 anos	—	—	1,4	—	3,8	—

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijão & Lavado, 2002; Feijão & Lavado 2006; Feijão, 2008; Feijão, 2009 / Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P.: DMFRI - NE

Quanto ao tratamento, em 2010, a cocaína foi assinalada como droga principal de 6% dos utentes em ambulatório na rede pública e de 9% de novos utentes nesta rede. Nos centros de dia públicos e licenciados foi mencionada como droga principal de 22% dos utentes (20% só cocaína e 2% heroína e cocaína). No internamento foi reportada como droga principal de 11% dos utentes das unidades de desabilitação públicas e licenciadas (9% só cocaína e 2% heroína e cocaína) e de 22% dos utentes das comunidades terapêuticas públicas e licenciadas (19% só cocaína e 3% heroína e cocaína) (Quadro 6).

Quadro 6 - Cocaína: alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010

Indicadores Indirectos			CONSUMOS					
			2008		2009		2010	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento: Droga Principal dos Utes	Ambulatório / Rede Pública	Cocaína	1 296	6	1 373	6	1 433	6
		Cocaína + Heroína	2 514	12	2 530	11	35 ^{a)}	0,1
	Ambulatório / Rede Pública	Cocaína	515	11	449	9	404	9
		Cocaína + Heroína	561	12	420	8	6 ^{a)}	0,1
	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)	Cocaína	79	16	73	19	68	20
		Cocaína + Heroína	8	2	4	1	6	2
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)	Cocaína	505	16	226	9	179	9
		Cocaína + Heroína	235	8	68	3	48	2
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)	Cocaína	857	18	751	19	782	19
		Cocaína + Heroína	713	15	160	4	109	3

a) % Relativa a cada indicador

Fonte: Relatório Anual 2010 – “Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicod dependências”, IDT, IP.,2012

No contexto da população geral, o consumo de ecstasy ganhou maior visibilidade entre 2001 e 2007. Já em populações escolares nos anos de 2006, 2007 e 2010 houve uma diminuição do consumo de ecstasy apesar de um aumento entre 2006 e 2010 (Quadro 7).

Quadro 7 - Resultados de Estudos: prevalências de consumo de Ecstasy ao longo da vida (%): 2001-2003-2006-2007 e 2010

Estudos		CONSUMOS					
		2001	2002	2003	2006	2007	2010
População Geral	Pop. Total (15-64 anos)	0,7	–	–	–	1,3	–
	Pop. Jovem Adulta (15-34 anos)	1,4	–	–	–	2,6	–
População Reclusa		17,0	–	–	–	19,9	–
População Escolar	ESPAD (alunos de 16 anos)	–	–	4	–	2	–
	HBSC/OMS (alunos do 6.º / 8.º / 10.º ano)	–	2,2	–	1,6	–	1,8
	INME (3.º Ciclo)	4,1	–	–	2,1	–	–
	INME (Secundário)	4,6	–	–	2,1	–	–
	ECATD 13 anos	–	–	1,5	–	0,9	–
	14 anos	–	–	3,1	–	1,5	–
	15 anos	–	–	2,5	–	2,5	–
	16 anos	–	–	3,7	–	2,3	–
	17 anos	–	–	3,5	–	3,3	–
	18 anos	–	–	4,3	–	4,0	–

Fonte: Balsa et al., 2008; Torres et al., 2009; Hibell et al., 2004; Hibell et al., 2009; Matos et al., 2003; Matos et al., 2006; Matos et al., 2010; Feijó & Lavado, 2002; Feijó & Lavado 2006; Feijó, 2008; Feijó, 2009 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE

Em 2010 o ecstasy foi referido como droga principal por 0,1% dos utentes em ambulatório na rede pública de tratamento da toxicodependência, e, por 0,1% dos novos utentes nesta rede. Nos centros de dia públicos e licenciados assim como nas unidades de desabilitação públicas e licenciadas não surgiram referências ao ecstasy enquanto droga principal, sendo também residuais a nível dos utentes das comunidades terapêuticas públicas e licenciadas (0,3%) (Quadro 8).

Quadro 8 - Ecstasy: Alguns indicadores indirectos relativos aos consumos 2008-2010

Indicadores Indirectos			CONSUMOS					
			2008		2009		2010	
			Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}	Total	% ^{a)}
Procura de Tratamento:	Ambulatório / Rede Pública	Total de Utentes	30	0,1	20	0,1	13	0,1
		Novos Utentes	10	0,2	4	0,1	3	0,1
Droga Principal dos Utentes	Centros de Dia (Públicos e Licenciados)		–	–	–	–	–	–
	Unidades de Desabilitação (Públicas e Licenciadas)		–	–	–	–	–	–
	Comunidades Terapêuticas (Públicas e Licenciadas)		53	1,1	9	0,2	12	0,3

a) % Relativa a cada indicador

Fonte: Relatório Anual 2010 – “Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências”, IDT, IP., 2012

4.2. Região Autónoma dos Açores

O estudo “*Dependências e Outras Violências*”¹¹ realizado em 2005 e repetido em 2009/2010 apresenta-nos uma visão sinóptica da realidade particular de cada uma das ilhas e do todo regional, no que diz respeito à toxicodependência na RAA e constitui, nesta investigação, a principal fonte de referência para a sua caracterização epidemiológica.

Nos Açores, em 2009, 14,8% da população experimentou ou consumiu substâncias ilícitas pelo menos uma vez na vida, valor este que é superior ao registado para 2004 (10,8%) e aos valores do Continente que foram, respectivamente, para 2001 e 2007, de 7,8% e 12,0%.

A liamba/cannabis e o haxixe são as drogas mais consumidas na Região, bem como ao nível de todas as ilhas, tendo-se registado na média de consumo/Açores, **um aumento destas substâncias de 4,6% para 6,2% e de 3,4% para 5,2%, respectivamente, do ano de 2004 para o ano 2009.**

É possível constatar que, relativamente a estas drogas houve, de 2004 para 2009, um aumento generalizado do seu consumo, (excepção feita à ilha da Graciosa onde o consumo de haxixe passou de 8,3% para 4,7%), o que demonstra, também, um agravamento deste fenómeno na RAA. A ilha do Pico regista o valor mais alto no que respeita ao consumo de liamba/cannabis (14,2%), enquanto o valor mais alto no consumo de haxixe foi registado em Santa Maria (9,2%).

As ilhas do Corvo e Flores, que em 2004 não haviam registado qualquer tipo de consumo surgem, em 2009, com valores que evidenciam um salto quantitativo significativo. Na ilha do Corvo dos 0,0% registados passa-se para 6,1% e 3,5%, respectivamente no que respeita ao consumo de liamba/cannabis e haxixe e na ilha das Flores dos 0,0%, em 2004, passa-se para valores na ordem dos 5,7% e 3,5% relativamente a estes mesmos consumos, em 2009, conforme pode ver-se nas figuras 3 e 4 seguintes.

¹¹ PEIXOTO, Alberto (2010), *Dependências e outras violências...Estudo comparado 2004-2009*, Ponta Delgada, Edições Macaronésia.

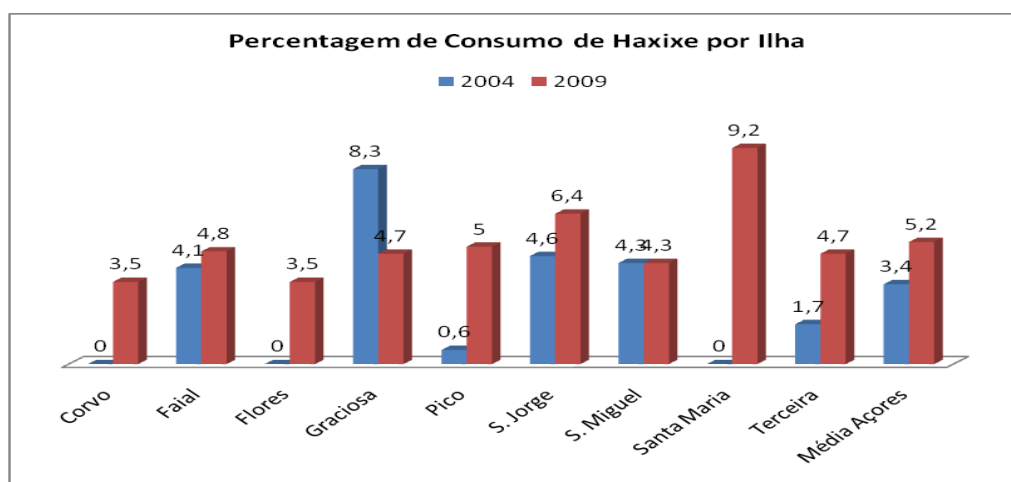


Figura 3 - Percentagem de consumo de haxixe por Ilha

Fonte: Elaboração própria, 2012

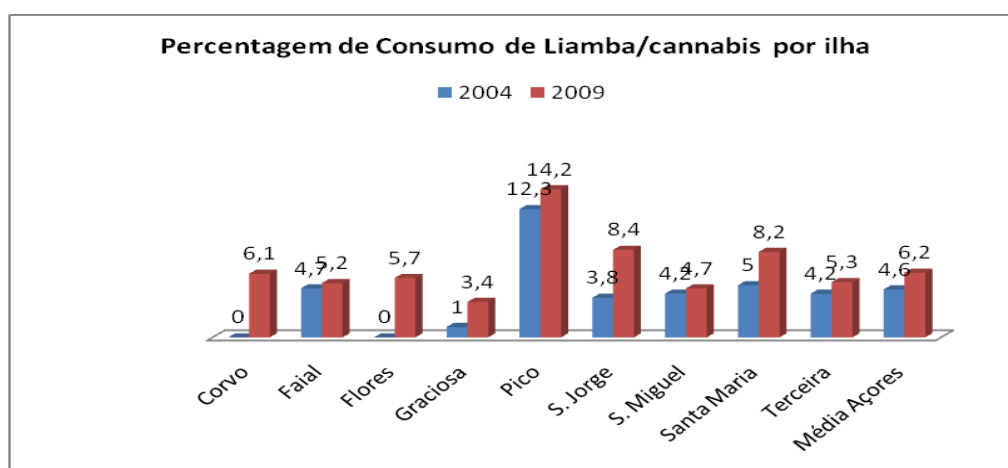


Figura 4 - Percentagem de consumo de liamba/cannabis por Ilha

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à média do arquipélago, em 2004, a prevalência de heroína e cocaína situavam-se no mesmo nível (0,1%). Em 2009 repete-se o mesmo fenómeno, conforme pode observar-se nas figuras 5 e 6 seguintes.

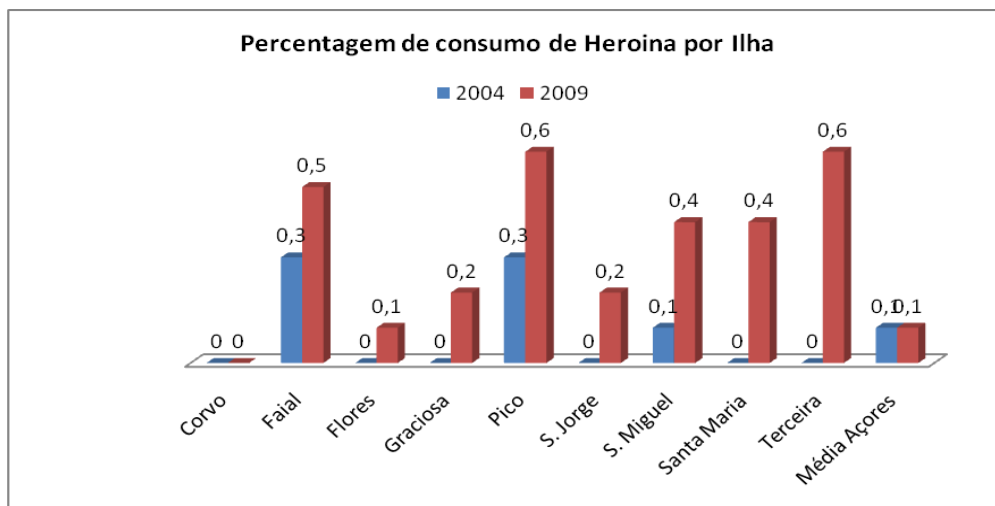


Figura 5 - Percentagem de consumo de heroína por Ilha

Fonte: Elaboração própria, 2012

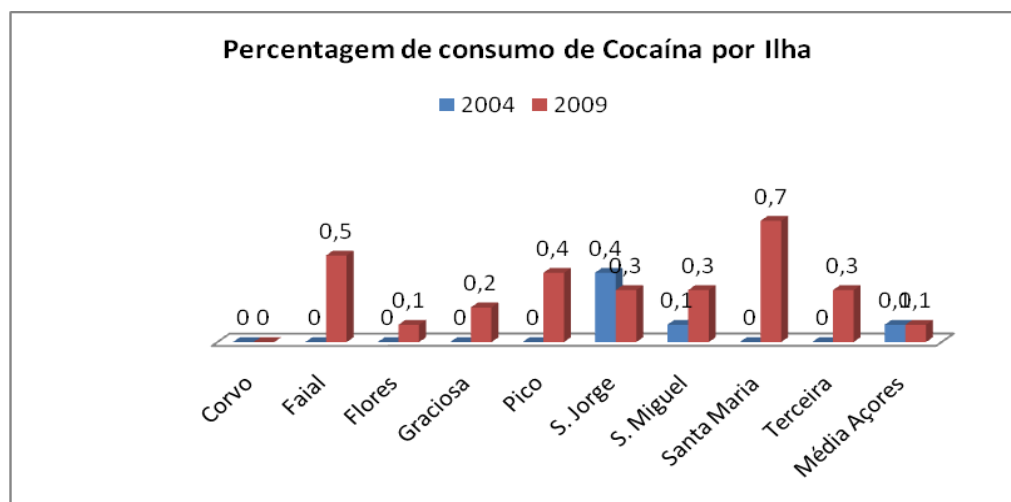


Figura 6 - Percentagem de consumo de cocaína por Ilha

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto ao consumo de droga por concelhos constata-se que dois dos concelhos do Pico, S. Roque (27,1%) e Madalena (24,3%), atingem os valores mais altos nos consumos de droga em 2009, sendo que no caso do primeiro não se havia registado quaisquer consumos em 2004. O concelho das Velas surge em 3º lugar com um consumo da ordem dos 23,6%, valor este significativamente superior ao de 2004 (11,9%) tal como sucedeu com São Roque e Madalena. Ao nível dos restantes concelhos verificamos, de igual modo, acréscimos significativos nos consumos, à excepção de Vila Franca do Campo que se mantém, e de Ponta

Delgada que, apesar de ser o concelho mais populoso da Região, regista um valor da ordem dos 13,3%, valor inferior ao de 2004 que foi de 14,2%.

Evidenciam-se os concelhos de Santa Cruz das Flores, Lajes das Flores e Corvo por em 2004 não terem registado quaisquer consumos de drogas ilícitas, contra valores da ordem dos 9,8%, 9,6% e 9,6%, respectivamente, em 2009, conforme pode observar-se na figura 7.

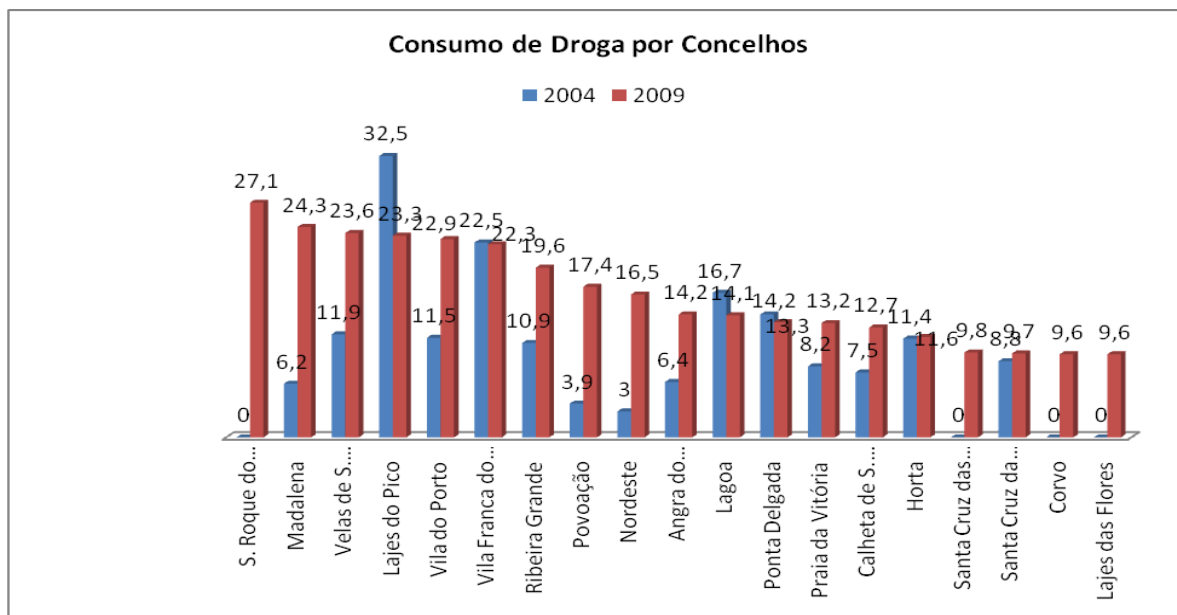


Figura 7 - Consumo de droga por Concelhos

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente ao consumo de droga por faixa etária, no ano de 2009 registaram-se alterações em todas as faixas etárias, contudo a faixa etária dos 21 aos 25 anos mostra, o aumento significativo do consumo de drogas, como se pode constatar na figura 8.

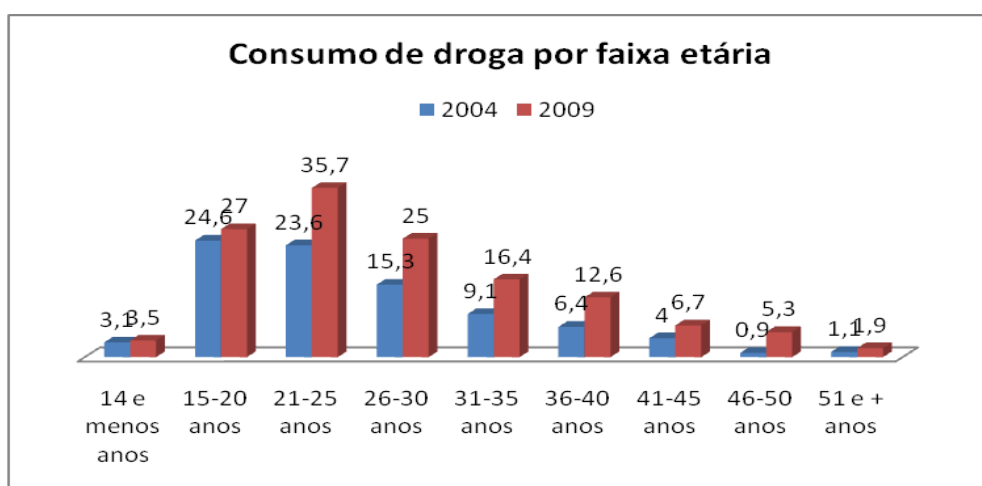


Figura 8 - Consumo de droga por faixa etária

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne às idades de início do consumo da droga é o grupo etário dos 15-20 anos que regista os maiores valores com um acentuado acréscimo (média/Açores) de 2004 (69,4%) para 2009 (75,0%), ou seja, da ordem dos 6%, tendo o grupo etário dos 14 e menos anos sofrido, também, um acréscimo. De 13,9%, em 2004, eleva-se a 14,1%, em 2009. No grupo etário dos 21-25 anos e 26-30 anos, pelo contrário, registaram-se decréscimos, da ordem dos 5,8% e 1,6%, respectivamente (figura 9).

Quanto às idades do início do consumo da droga por ilha, o estudo põe em evidência o aumento generalizado da percentagem de jovens com 14 e menos anos que iniciaram o consumo de droga, facto que, relativamente ao grupo etário 15-20 anos, se repete, à excepção do Faial e Graciosa, conforme pode observar-se na figura 9.

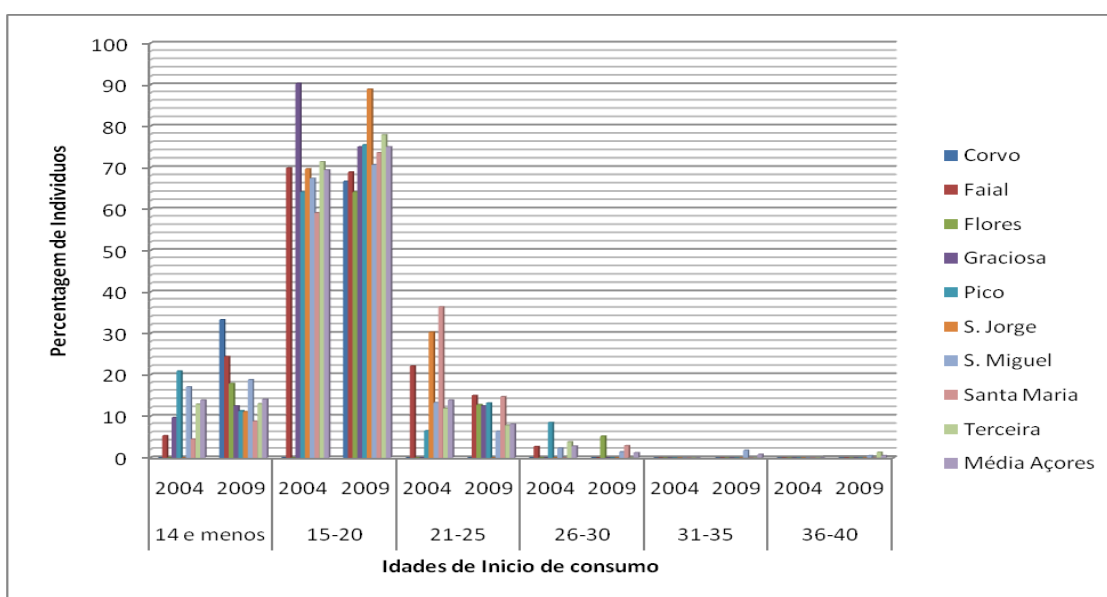


Figura 9 - Idades de início do consumo de droga por ilha

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito à procura de tratamento em regime de internamento, salienta-se, como já foi referido que não existem na Região Comunidades Terapêuticas a este nível.

Assim, entre 2007 e 2011, foram deslocados para Comunidades Terapêuticas fora da RAA¹²:

- 2007 – 21 Utentes
- 2008 – 36 Utentes
- 2009 – 44 Utentes
- 2010 – 39 Utentes

¹² Dados cedidos pela SAUDAÇOR, 2012

- 2011 – 54 Utentes

Quanto ao tratamento em regime ambulatorio - Programa de Substituição Opiácea (PSO), existem na Ilha Terceira cerca de 500 utentes em Tratamento no Centro de Adictologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Centros de Saúde e extensões. Na Ilha de S. Miguel, no mesmo PSO administrado no Centro Local de Intervenção à Toxicodependência e Equipa Móvel encontram-se 471 e 921 utentes respectivamente, por último na Casa de Saúde de S. Miguel encontram-se 270 utentes.

No que diz respeito às restantes ilhas e no âmbito do processo de descentralização¹³ administrado nos Centros de Saúde, temos na Ilha do Faial 18 utentes, na Ilha do Pico 1 utente, em S. Jorge 7 utentes (DRPCD, 2011).

Resumindo, houve um aumento generalizado de 2004 para 2009, ao nível do consumo de substâncias psicoactivas, bem como ao nível da procura de tratamento quer ao nível ambulatorio quer em internamento.

Finalmente, para melhor percepção da problemática dos custos reais da deslocação dos utentes dos Açores para o Continente, apresenta-se, no ponto seguinte uma simulação de despesas das deslocações nos termos da legislação em vigor (despacho n.º18683/2008).

5. Estimativa de custo com Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação em Portugal Continental e RAA

O Despacho n.º18683/2008 que fixa *“os requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, através do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT, I. P.), e as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, tendo em vista o apoio ao tratamento de toxicodependentes e alcoólicos nas unidades de tratamento nele referido”* (nº 1.)

Especificamente, os pontos 4 e 5 do despacho acima mencionado estabelecem que as convenções para o tratamento de toxicodependentes e alcoólicos têm como valor máximo: 80% do preço máximo estabelecido, no caso das comunidades terapêuticas e centros de dia e 100% do preço máximo estabelecido no caso das clínicas de desabilitação. Refere ainda que a diferença entre o financiamento do Estado e os preços máximos estabelecidos é assegurado pelo utente ou pela sua família, sem prejuízo, quando for caso disso, da possibilidade de

¹³ A descentralização consiste numa estratégia de proximidade de fazer chegar aos utentes não residentes na proximidade do centro, o tratamento necessário e adequado de forma a possibilitar a manutenção/inserção social e profissional, uma vez que a ida dos profissionais aos locais reduz o número de abandonos do programa por incompatibilidades existentes por parte dos utentes.

recurso aos instrumentos de apoio social disponíveis, conforme referido no despacho acima mencionado.

O ponto 7 estabelece como preço máximo os seguintes montantes: a) Comunidade terapêutica - 900 €/mês/utente; b) Comunidade terapêutica com programa específico e expressamente dedicada a menores, grávidas ou toxicodependentes com doença mental grave concomitante - 1000 €/mês/utente; c) Centro de dia - 150 €/mês/utente; d) Clínica de desabilitação - 75 €/dia/utente.

O ponto 8 refere ainda que as instituições acima mencionadas poderão cobrar ao utente ou à sua família, mensalmente, a título de dinheiro de bolso, um valor até 15% do preço máximo estabelecido do número anterior, sendo-lhes proibida a cobrança de quaisquer outros valores a qualquer título.

Vejamos o seguinte exemplo:

Para as Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação será considerada uma amostra de 59 utentes (21 utentes com programa específico e expressamente dedicada a menores, grávidas ou toxicodependentes com doença mental grave concomitante e 38 utentes com programa normal).

Ao nível do tratamento para as Comunidades Terapêuticas, 12 meses e para as Clínicas de Desabilitação um internamento de 15 dias, conforme tabela I e II.

A tabela I apresenta o cálculo das despesas que o sector da saúde tem com o internamento em comunidades terapêuticas e clínicas de desabilitação fora da Região Autónoma dos Açores, ou seja, em Portugal Continental.

Tabela I - Despesas da Saúde com o Internamento em Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação para fora da RAA

Internamento em Comunidades Terapêuticas Continente	Nº Utentes	Valor	Período	Total Parcial	Total Geral
Menores, grávidas ou toxicodependentes com doença mental grave concomitante	21	800,00€ (80% de 1000 €)	12 Meses	201.600,00€	529.920,00€
Toxicodependentes	38	720,00€ (80% de 900€)	12 Meses	328.320,00€	
Internamento em Clínicas de Desabilitação ¹⁴	59	75,00€ (100%)	15 Dias	66.375,00€	66.375,00€
Passagens Aéreas ¹⁵	59	336,86€		19.874,74€	19.874,74€
Encargos da Segurança Social					
Menores, grávidas ou toxicodependentes com doença mental grave concomitante	21	200,00€ (20% de 1000€)	12 Meses	50.400,00€	132.480,00€
Toxicodependentes	38	180,00€ (20% de 900€)	12 Meses	82.080,00€	
Custo total anual estimado					748.649,74€

Fonte: Elaboração própria, 2011

A tabela II apresenta o cálculo das despesas que o sector da saúde teria se os utentes fossem internados numa comunidade terapêutica e numa clinica de desabilitação na Região. Contudo, no que diz respeito à desabilitação, esta pode ser realizada em ambulatório não necessitando necessariamente de internamento.

¹⁴ No cálculo do valor foi considerado o tempo máximo previsto para o internamento em Clínica de Desabilitação

¹⁵ Preços de viagem Terceira/Lisboa/Terceira, incluindo taxas, obtidos em www.sata.pt em 22 de Novembro de 2011

Tabela II - Despesas com o Internamento em Comunidade Terapêutica na RAA para maiores de 18 anos

Internamento em Comunidade Terapêutica na RAA p/ maiores de 18 anos	Nº Utentes	Valor	Período	Total Parcial
Menores, grávidas ou toxicodependentes com doença mental grave concomitante	21	800,00€ (80% de 1000 €)	12 Meses	201.600,00€
Toxicodependentes	38	720,00€ (80% de 900€)	12 Meses	328.320,00€
Internamento em Clínicas de Desabilitação	59	75,00€ (100%)	15 Dias	66.375,00€
Custo total anual estimado				596.295,00€
Custo total anual estimado sem Internamento em Clínicas de Desabilitação				529.920,00€

Fonte: Elaboração própria, 2011

Em conclusão:

Como se pode verificar na tabela I referente ao cálculo das despesas da Saúde e da Segurança Social com o internamento em comunidades terapêuticas e clínicas de desabilitação fora da RAA, mais propriamente para Portugal continental, o valor anual final é de 748.649,74€, no que concerne à tabela II, que se refere ao cálculo das despesas com o internamento numa comunidade terapêutica na RAA, o valor anual estimado é de 596.295,00€. Nesta conformidade, o internamento dos utentes numa comunidade na RAA, comporta menos gastos ao Governo Regional, uma vez que a diferença é de 152.354,74€, ou seja 748.649,74€ - 596.295,00€.

No entanto, na tabela II, calculou-se o valor anual final com internamento em clínica de desabilitação (596.295,00€) e sem internamento em clínica de desabilitação (529.920,00€), uma vez que a desabilitação física pode ser realizada com recurso a serviços de internamento mas também em consultas em regime ambulatorio. Uma vez realizada em ambulatorio, não são comparticipados os 75,00€ diários por utente.

Sendo assim, calculando a diferença do internamento fora da RAA com o internamento em comunidade terapêutica na RAA sem internamento na clínica de

desabilitação o valor a participar seria menor, ou seja, (748.649,74€ - 529.920,00€) 218.729,74€.

Importa referir que na tabela II, não foram considerados os valores da segurança social, uma vez que podem ser as famílias dos utentes a participar, bem como os próprios utentes.

Em síntese, em qualquer das situações expressas, a simples análise financeira, dá razão à ideia de que é bastante menos dispendioso o tratamento nos Açores do que no continente.

Capítulo II



Metodologia

1. Tipo de Estudo

Os estudos qualitativos têm como objectivo descrever e definir um problema, isto é compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados. Contudo “os métodos de investigação qualitativa assemelham-se aos métodos de investigação quantitativa no que respeita a comportarem uma questão de investigação ou um problema, procedimentos de colheita e análise de dados assim como a apresentação dos resultados” (Fortin, 2009:290).

A metodologia utilizada na presente investigação foi de cariz quantitativo e qualitativo, utilizando técnicas como: pesquisa e análise documental; entrevista qualitativa semiestruturada, questionários auto-administrados e respectiva análise de conteúdo, assegurando, esta última técnica, a base metodológica explicativa que garante a viabilidade política, social e económica da criação de uma Comunidade Terapêutica nos Açores.

A utilização das técnicas de pesquisa e análise documental visam compreender, de uma forma global, o estado da arte do tema da investigação em causa.

Segundo Fortin (2009:300) a documentação existente pode prestar um bom serviço à investigação, uma vez que constitui uma fonte adicional de informação. Permite aos investigadores relacionar-se com a história de um grupo social, com a sua cultura e organização ou com os acontecimentos fundamentais ligados à investigação.

Metodologicamente a análise de conteúdo visa medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, frases, expressões, factos e acontecimentos. Ordenam-se os acontecimentos por categorias, contudo as características do conteúdo a avaliar são definidas e determinadas pelo investigador.

2. População e Amostra

Uma população define-se como um conjunto de elementos que têm características comuns, sendo a amostragem o processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população é escolhido de forma a representar de forma precisa as características de uma população inteira (Fortin, 2009:310).

A amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, deve ser representativa desta população, ou seja, certas características conhecidas devem estar presentes em todos os elementos (Fortin, 2009:312).

O número de participantes é geralmente pequeno (6 a 10), mas pode ser maior no caso de um fenómeno complexo ou quando se está a elaborar uma teoria. O número de participantes é determinado pela saturação dos dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações (Sandelowski, 1995).

Sendo assim, a presente investigação qualitativa recorre a uma amostra não aleatória (amostra na qual se encontrem características conhecidas na população), respondendo a características precisas que estes elementos possuem relativamente aos objectivos da pesquisa.

A escolha de duas amostras distintas teve como objectivo a recolha de duas visões panorâmicas sobre a viabilidade política, social e económica da criação de uma comunidade terapêutica: a visão dos técnicos e a visão dos políticos.

Nesta perspectiva, foi seleccionada uma amostra dos profissionais de saúde uma vez que estes trabalham na área da toxicodependência e estão em contacto diário com os utentes com o objectivo de se obter uma análise do ponto de vista técnico, que nos desse o panorama real deste fenómeno.

Para além disso, no decorrer de investigação e para fundamentar a sua viabilidade foi necessário perceber se os profissionais de saúde estão devidamente qualificados e habilitados a trabalhar com a população toxicodependente.

A escolha da amostra das entidades oficiais, na sua maioria elementos políticos, prende-se com a necessidade de obter uma análise do ponto de vista político, económico e social e ainda a nível de financiamentos e das políticas sociais implementadas na Região, na área da toxicodependência.

Voltando à amostra, esta é constituída por 21 Profissionais de Saúde das Ilhas Terceira e São Miguel que trabalham na área da Toxicodependência, e 23 deputados da Assembleia Legislativa Regional dos Açores, das Ilhas de São Miguel, Santa Maria, Terceira, Faial, Pico, São Jorge, Graciosa e Flores classificados como Entidades oficiais. Fizeram ainda parte desta amostra o Secretário Regional da Presidência do Governo Regional dos Açores e a Directora Regional da Prevenção e combate às Dependências, perfazendo um total de 25 entidades oficiais, significantes e significativas para a análise desta problemática.

3. Instrumentos de Recolha de Dados

3.1. Os Questionários

Na perspectiva de Fortin (2009:380) o questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões, tendo como objectivo a recolha de informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas.

“Os questionários podem ser preenchidos pelos próprios participantes, por vezes sem assistência, como no caso do questionário auto administrado expedido e reenviado pelo correio ou pela internet. Podem também ser preenchidos pelo assistente de investigação em presença do participante como no caso do questionário-entrevista, ou pelo telefone” (Fortin, 2009:380).

Após a elaboração do questionário, efectua-se um pré-teste junto de uma amostra da população alvo.

O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo, pois permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõe (Fortin, 2009: 386).

Inicialmente e após a realização dos guiões dos questionários foram realizados pré-testes. Ao nível dos profissionais de saúde o pré-teste foi realizado a uma psicóloga clínica e a uma enfermeira. Ao nível das entidades oficiais foi aplicado a dois deputados da Assembleia Legislativa Regional dos Açores.

Após os pré-testes foram realizadas as reformulações necessárias em algumas questões e procedeu-se á aplicação dos questionários. Salienta-se que as reformulações efectuadas foram apenas ao nível da redacção e não do conteúdo, pelo que não houve alterações na questão inicial do presente estudo.

3.1.1. Questionários dos Profissionais de Saúde

Para caracterizar os profissionais de saúde o primeiro grupo de perguntas do questionário é composto por doze questões (abertas e fechadas) e tem como finalidade caracterizar o profissional (idade, género, qualificação académica, actividade profissional, local de trabalho, experiencia profissional, formação especifica, grau de conhecimento na área a nível de modelos, programas e metodologias de intervenção, bem como dos equipamentos existentes na RAA). O segundo grupo é constituído por três temas fundamentais, viabilidade

económica, social e política, constituídos por questões na sua maioria abertas, dado que pretendíamos respostas menos rígidas, havendo a possibilidade de introduzir novas informações consideradas relevantes para a fundamentação da viabilidade económica, social e política da criação de uma comunidade terapêutica nos Açores.

3.1.2. Questionários das Entidades Oficiais

Para caracterizar as entidades oficiais, o primeiro grupo do questionário é composto por quatro questões fechadas que têm como finalidade caracterizar o entrevistado em causa (idade, género, qualificação académica e cargo que desempenha). O segundo grupo é constituído por três temas fundamentais, viabilidade política, social e económica, constituídos por questões abertas na sua maioria que, como acima mencionado, permite a possibilidade de introduzir novas informações consideradas relevantes para a investigação.

3.2. A Entrevista

A entrevista é o principal método de colheita dos dados nas investigações qualitativas. É um modo de comunicação verbal que se estabelece entre duas pessoas, um entrevistador e um respondente. Existem três tipos de entrevistas: não dirigida, dirigida e semidirigida.

Segundo Savoiezajc (2003:282) a entrevista semidirigida (...) *é uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir os respondentes, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.*

No que concerne aos tipos de questões, podem ser de três tipos: questão aberta, questão fechada e questão semi-estruturada.

Relativamente aos dados recolhidos nas entrevistas, estes devem ser transcritos antes de os analisar. Para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo (Fortin, 2009:379).

Este modelo de entrevista pareceu-nos ser aquele que melhor se apropriava a um dos objectivos desta investigação, pois embora tendo inicialmente um conjunto de questões

definidas, existe a possibilidade de introduzir novas questões de forma a obter mais algumas informações consideradas relevantes.

A entrevista utilizada neste estudo teve como objectivo elucidar a ligação entre o profissional de Serviço Social e o trabalho desenvolvido numa Comunidade Terapêutica de estada prolongada, cujo entrevistado foi o Director do Departamento Socio-Terapêutico da Comunidade Terapêutica “Casa da Barragem” (cf. Entrevista ao Assistente Social - Apêndice IV).

4. Procedimentos

Como já referido anteriormente, após a realização das reformulações necessárias, procedeu-se à aplicação dos questionários.

Os questionários aos profissionais de saúde foram enviados por correio electrónico com uma carta de apresentação, após um prévio contacto telefónico, tendo sido preenchidas e devolvidas pela mesma via. A escolha desta via prende-se com a situação de insularidade a que os Açores estão sujeitos, como é de conhecimento geral.

Contudo, importa referir as dificuldades sentidas ao longo de todo este percurso, como por exemplo os questionários aos Profissionais de Saúde da Ilha Terceira foram enviadas a 26 de Agosto de 2011 e só foram devolvidas a 22 de Setembro de 2011. Quanto às entrevistas dos Profissionais de Saúde da Ilha de S. Miguel foram enviadas a 29 de Agosto de 2011 e devolvidas a 03 de Novembro de 2011.

No que concerne aos questionários para as Entidades Oficiais, atendendo ao facto da investigadora ter sobre a sua tutela as nove ilhas da Região, na área do tratamento das dependências, tal estatuto e condição, permitiu a entrega e a recolha dos questionários em tempo útil na Assembleia Legislativa Regional dos Açores, aproveitando uma semana de Plenário Regional.

Neste quadro os questionários foram distribuídos pessoalmente e auto preenchidos, alguns na presença do investigador e recolhidos no decurso da semana destinada a tal efeito.

A disponibilidade para colaborar com a investigadora foi imediata, no entanto, salienta-se dois factos curiosos que foram constatados ao longo do preenchimento dos questionários. O primeiro facto a constatar, é que, conforme as habilitações académicas dos inquiridos as respostas foram mais ou menos elaboradas, o segundo é que dependendo da idade, e isso constatou-se na faixa etária dos 50 aos 54 anos as respostas foram menos livres, demonstrando algum receio de expressar livremente a sua opinião.

4.1. Procedimentos Estatísticos e Análise de Conteúdo

Após a realização dos questionários, procedeu-se à sua transcrição integral, agregando-os por tema e por questão.

A categorização das questões já estavam previamente estabelecidas (viabilidade política, viabilidade social e viabilidade económica), por isso procedeu-se à sua organização em quadros, os quais são designados de grelhas de análise de conteúdo (cf. Apêndice III).

Ao longo deste trabalho e à medida que se mostrou pertinente foram utilizados excertos dos discursos proferidos nos questionários tanto dos profissionais de saúde como das entidades oficiais. Como já referido anteriormente, a técnica utilizada para proceder à análise de toda a informação recolhida foi a análise de conteúdo, ou seja *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 2009:44).

A técnica da análise de conteúdo foi utilizada para fazer uma descrição objectiva, sistemática do conteúdo recolhido nas questões abertas dos questionários, de modo a facilitar a sua interpretação.

No capítulo III, far-se-á a apresentação dos dados relativos à caracterização da amostra dos profissionais de saúde e das entidades oficiais, através do programa informático excell.

É no capítulo IV, análise e discussão de resultados, que encontraremos grande parte dos excertos dos discursos proferidos, que confirmam ou infirmam as questões colocadas no início da presente investigação.

4.2. Procedimento Éticos

Qualquer investigação que inclua pessoas levanta questões de ordem moral e ética, e estas estão presentes desde que se determina o problema até à conclusão do estudo. (Fortin 1999:116, citado por Santos, 2008) refere que *“ (...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações ”*.

Após o esclarecimento dos objectivos do estudo, os profissionais de saúde e as entidades oficiais foram informados da confidencialidade dos dados. Foi garantido que a informação recolhida, apenas seria utilizada para a presente investigação e foram também assegurados o anonimato e a confidencialidade das respostas.

Capítulo III



Apresentação dos Resultados

1. Apresentação dos Resultados

1.1. Caracterização da Amostra

No contexto deste trabalho, a caracterização da amostra é importante, uma vez que são estes profissionais que estão em contacto diário com os utentes. É necessário perceber a faixa etária, o género, a experiência profissional, bem como, se as habilitações, formações e qualificações destes profissionais são adequadas para intervir neste tipo de população.

1.1.1. Profissionais de Saúde

A amostra deste estudo é constituída por 21 profissionais de saúde, sendo que 43% situam-se na faixa etária dos 25 aos 29 anos, em segundo lugar e com 24% surge a faixa etária dos 30 aos 34, seguindo-se a faixa etária dos 20 aos 24 com 19%, em penúltimo a faixa etária dos 35 aos 39 com 9% e por último a faixa dos 45 aos 49 anos com 5% (Figura 10).

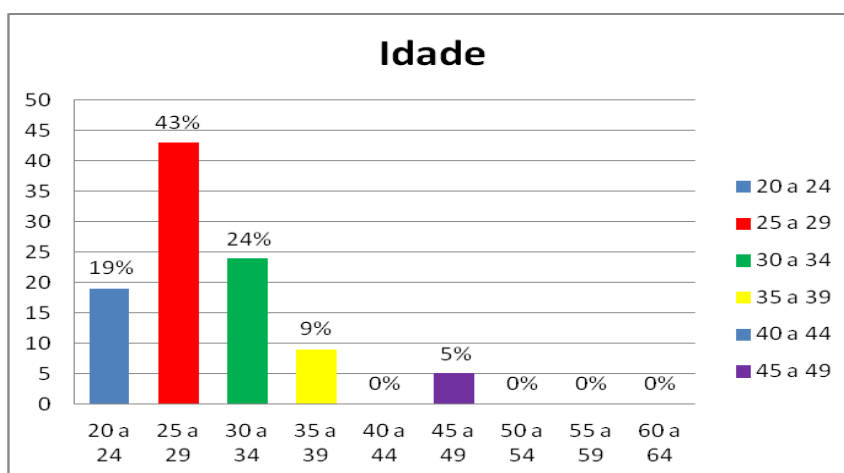


Figura 10 - Idade dos Profissionais

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente ao género dos 21 profissionais de saúde, 81% são do género feminino e 19% do género masculino (Figura 11).

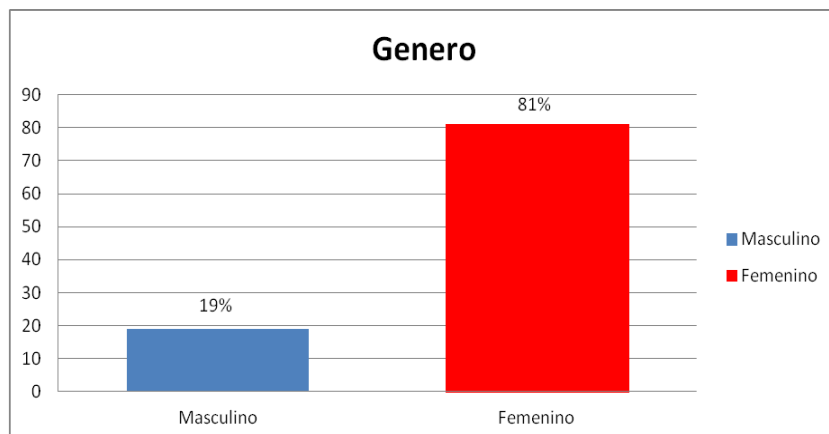


Figura 11 - Género dos Profissionais

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito à qualificação académica dos 21 profissionais, 90% tem o grau de licenciatura e 5% tem respectivamente o grau de bacharelato e o grau de mestrado (Figura 12).

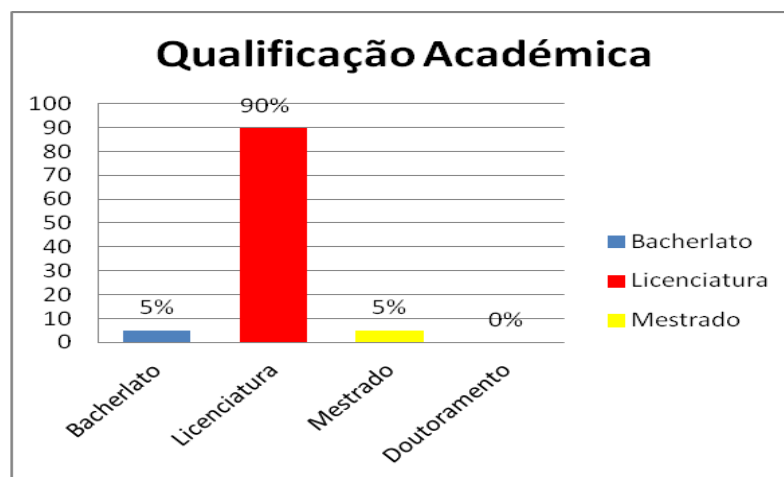


Figura 12 - Qualificação Académica

Fonte: Elaboração própria, 2012

Dos 21 profissionais, a maioria, 33% são assistentes sociais, 29% são psicólogos, 14% são enfermeiros, e sociólogos respectivamente, e 5% são também respectivamente educadores sociais e administrativos que trabalham nas instituições (Figura 13).

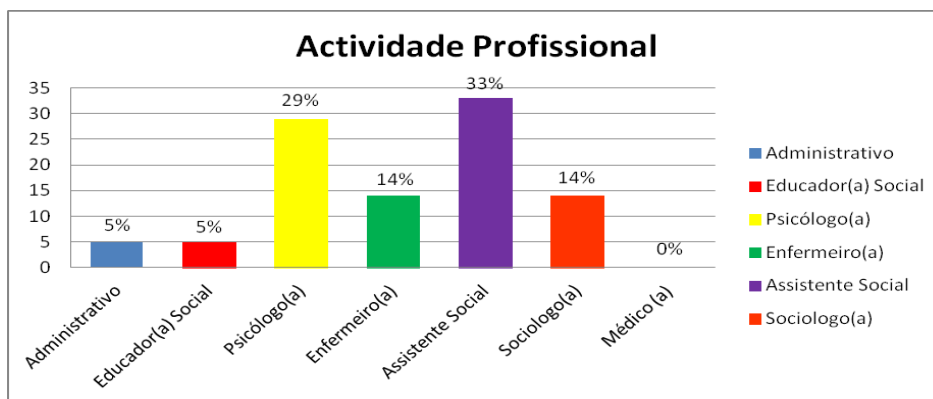


Figura 13 - Actividade Profissional

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto ao local de trabalho 95% dos profissionais de saúde trabalham numa Instituição Particular de Solidariedade Social e 5% no Centro de Adictologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo, EPE. (Figura 14).

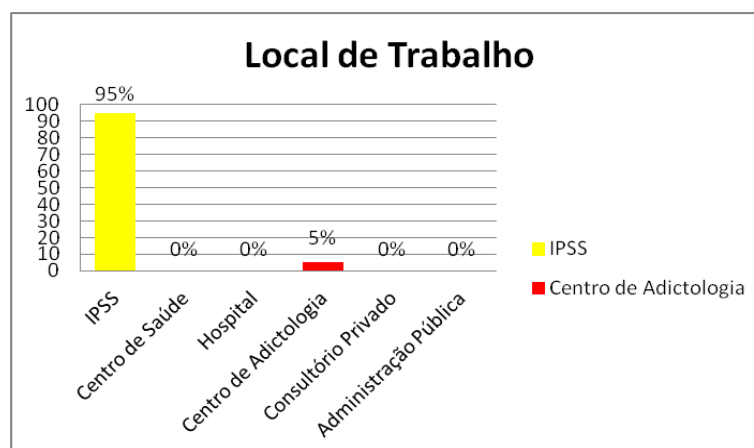


Figura 14 - Local de Trabalho

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente ao número de anos de experiência profissional na intervenção com toxicodependentes, 47% dos profissionais têm de 1 a 5 anos de experiência, em seguida 33% têm menos de 1 ano de experiência, 10% têm experiência de 5 a 10 anos e por último com mais que 10 anos temos 5% dos profissionais (Figura 15).

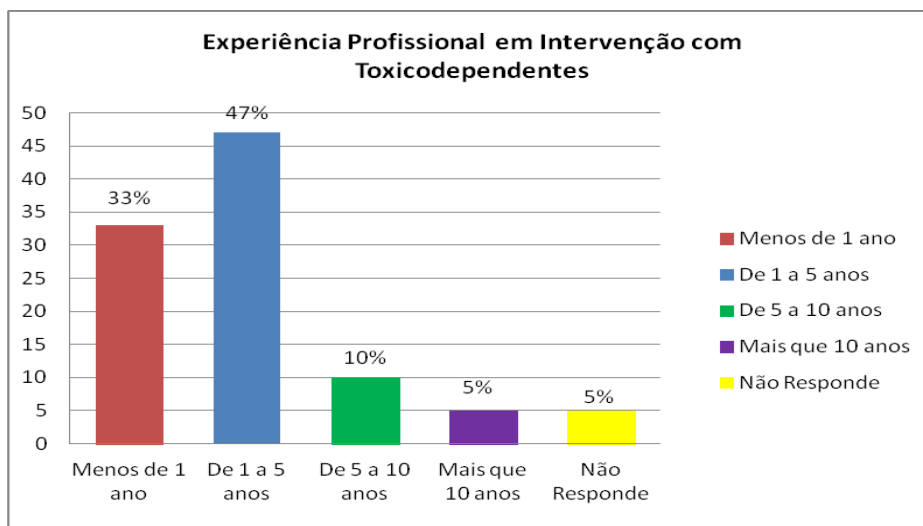


Figura 15 - Experiência Profissional na Intervenção com Toxicodependentes

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne à formação específica para intervir com toxicodependentes, dos 21 profissionais, 62% responderam afirmativamente, e 33% responderam que não tiveram formação específica e 5% não responderam à questão (Figura 16).

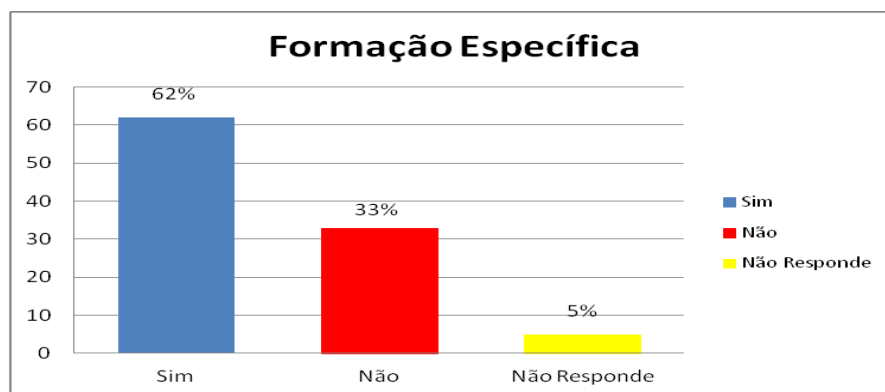


Figura 16 - Formação Específica para Intervir com Toxicodependentes

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito ao grau de conhecimento relativo a comunidades terapêuticas, 57% dos profissionais referem que têm um conhecimento médio, 33% dos profissionais classificaram como baixo, 5% classificaram como alto e 5% não respondeu (Figura 17).

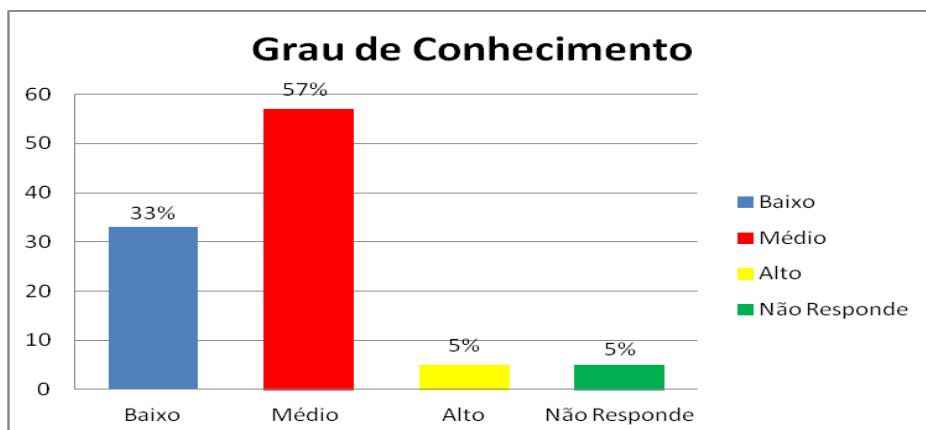


Figura 17 - Grau de Conhecimento relativo a Comunidades Terapêuticas

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto ao conhecimento sobre modelos, programas e metodologias de intervenção utilizadas em Comunidades Terapêuticas, dos 21 profissionais, 85% dizem que têm conhecimentos, 10% responderam que não têm conhecimentos nesta área e 5% não responderam à questão (Figura 18).

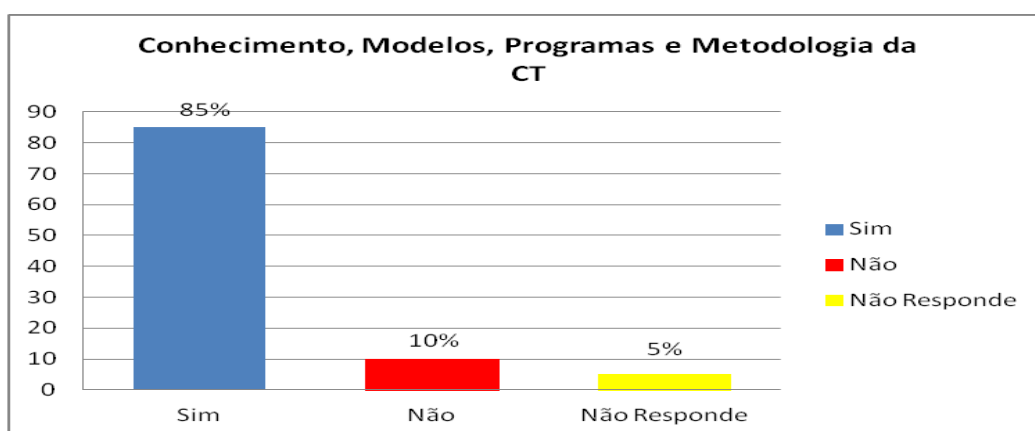


Figura 18 - Conhecimento sobre modelos, programas e metodologias de intervenção utilizadas em Comunidades Terapêuticas

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito ao conhecimento de casos de sucesso em Comunidades Terapêuticas, 62% dos 21 profissionais responderam afirmativamente e 38% responderam que não têm conhecimento (Figura 19).

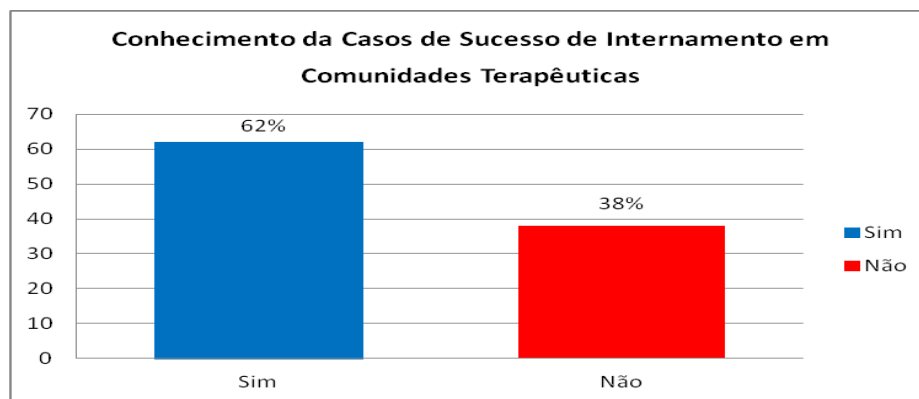


Figura 19 - Conhecimento de Casos de Sucesso em Comunidades Terapêuticas

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto ao conhecimento sobre a existência de Comunidades Terapêuticas na RAA¹⁶, 62% dos profissionais responderam afirmativamente e 38% dos profissionais responderam que não conheciam (Figura 20).

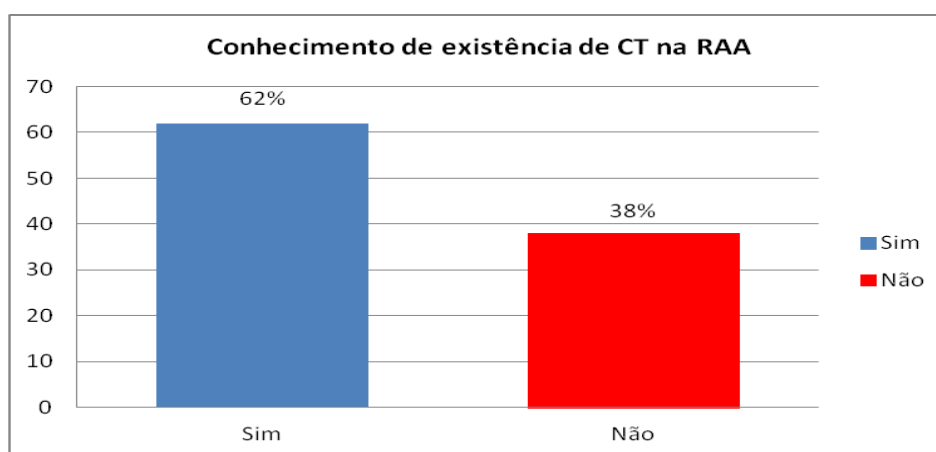


Figura 20 - Conhecimento sobre a existência de Comunidades Terapêuticas na Região Autónoma dos Açores

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à pertinência da criação de uma nova Comunidade Terapêutica na RAA para maiores de 18 anos, 95% dos profissionais consideram pertinente e apenas 5% não o consideram (Figura 21).

¹⁶ Vale a pena assinalar que após a realização destes questionários a única comunidade terapêutica privada existente na RAA, especificamente na Ilha de S. Miguel com internamento de curta duração encerrou as portas por má gestão e falta de sustentabilidade. O que legitima ainda mais a viabilidade da criação de uma comunidade terapêutica na Região.

Algumas das opiniões mais prementes referem que “ (...) *É urgente a criação de uma nova Comunidade Terapêutica na região para dar resposta ao elevado número de toxicodependentes (...) seria benéfico poderem tratar-se numa comunidade terapêutica, de preferência na região porque em certos casos ficam mais próximos da família, e eles próprios receiam ir para o Continente.*” (E1 - Psicóloga) e que “ (...) *A criação de uma Comunidade Terapêutica é pertinente nos Açores face ao crescente número de toxicodependentes e a falta de resposta de internamento (...)* ”. (E19 – Assistente Social).

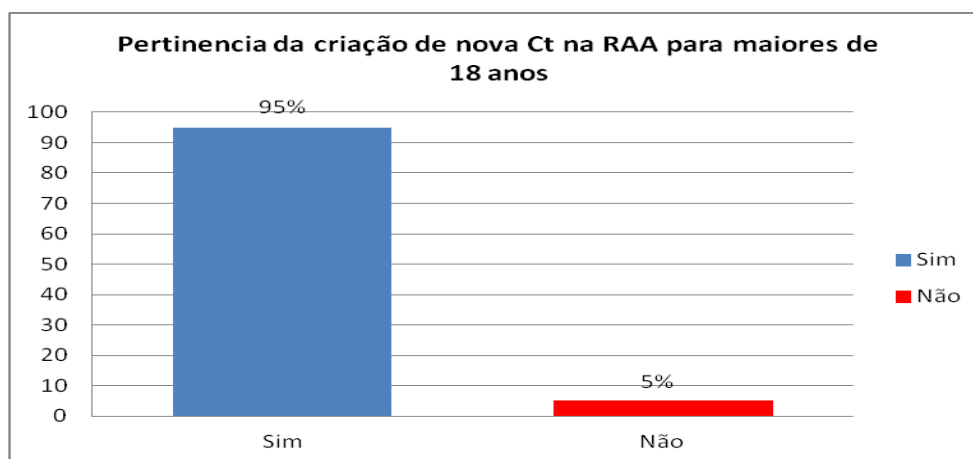


Figura 21 - Pertinência da criação de uma nova Comunidade Terapêutica na RAA para maiores de 18 anos

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.1.2. Viabilidade Económica

No que se refere à viabilidade económica e à sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos, 76% dos 21 profissionais respondem afirmativamente, apenas 19% não consideram sustentável e 5% não responderam (Figura 22).

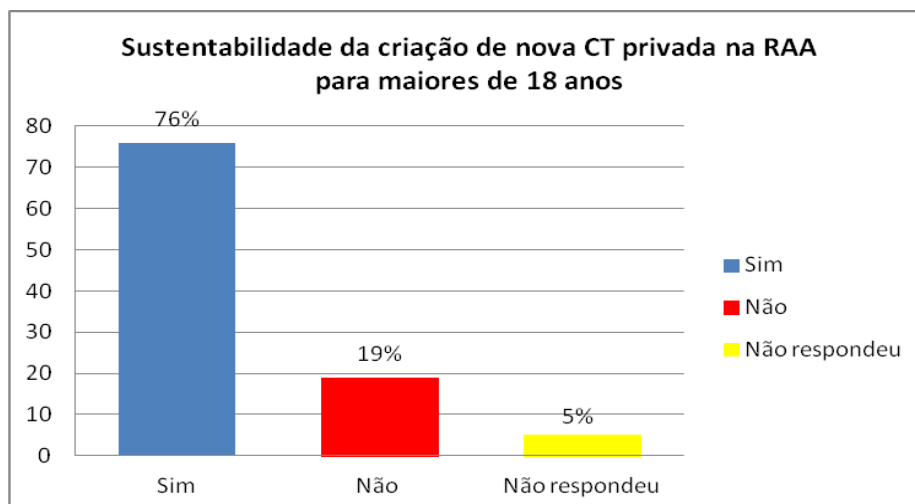


Figura 22 - Sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos.

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto ao grau de importância das vantagens financeiras para a RAA na criação de uma comunidade terapêutica, dos 21 profissionais, 33% classificaram como muito importante, 28% classificaram com alguma importância, 19% classificaram como importante, 10% classificaram como nada importante e 10% não responderam a esta questão (Figura 23).

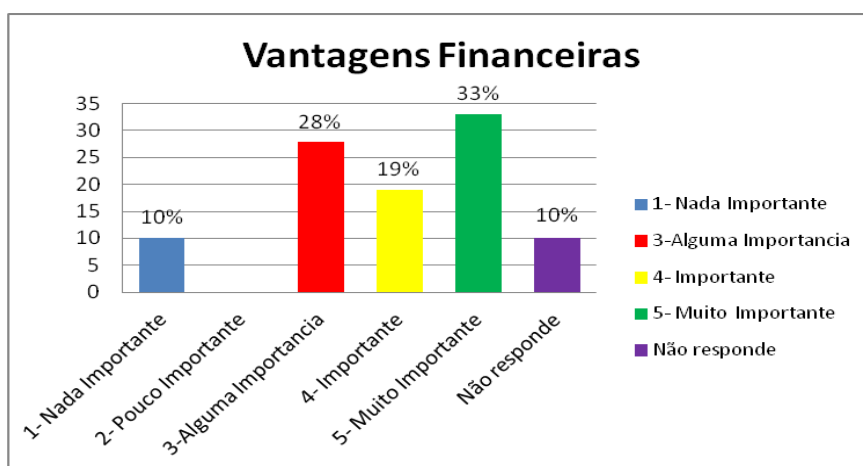


Figura 23 - Grau de importância das Vantagens Financeiras na Criação de uma Comunidade Terapêutica

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à importância das vantagens sociais para a RAA na criação de uma comunidade terapêutica, dos 21 profissionais, 62% classificaram como muito importante, 23% classificaram como importante, 10% e 5% não responderam a esta questão (Figura 24).

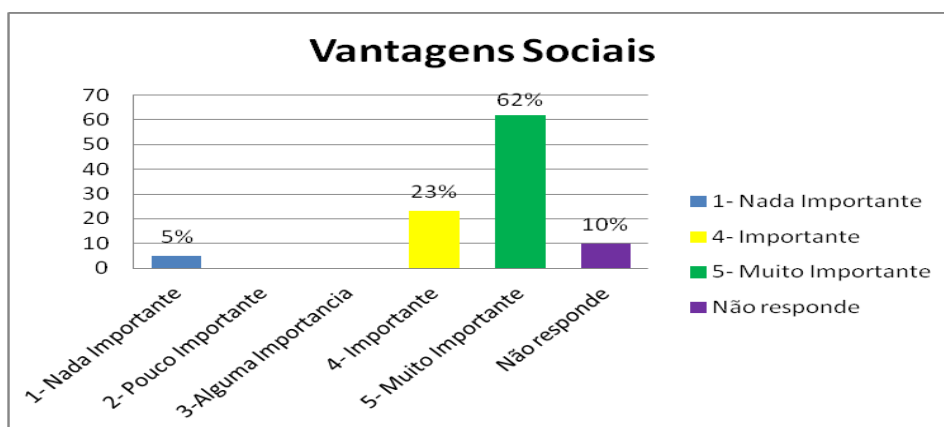


Figura 24 - Grau de importância das Vantagens Sociais na Criação de uma Comunidade Terapêutica

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente ao grau de importância das vantagens técnicas para a RAA na criação de uma comunidade terapêutica, dos 21 profissionais, 43% consideraram importante, 38% classificaram como muito importante, 14% não responderam e 5% consideraram com alguma importância (Figura 25).

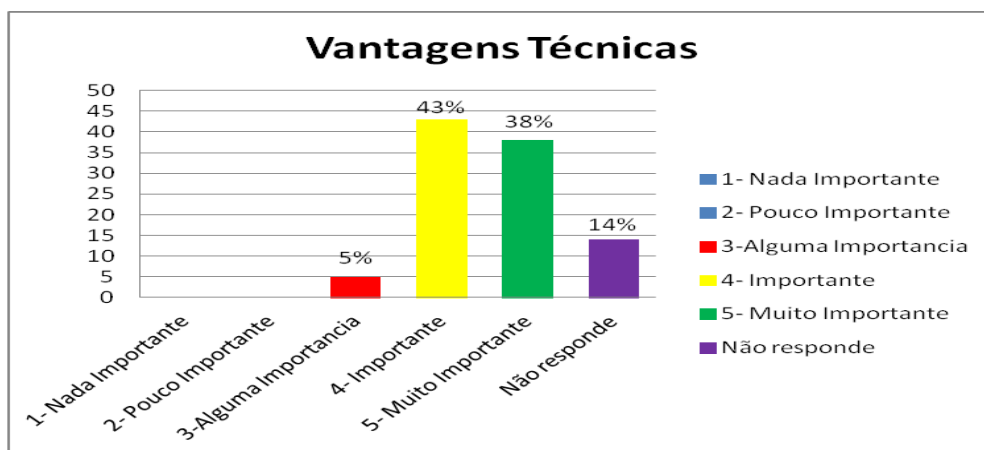


Figura 25 - Grau de importância das Vantagens Técnicas na Criação de uma Comunidade Terapêutica

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.1.3. Viabilidade Social

Relativamente à viabilidade social, a primeira questão prende-se com a localização da nova comunidade terapêutica na ilha Terceira. No que concerne a esta questão, dos 21

profissionais 42% responderam que era viável, 29% responderam negativamente e igualmente 29% não responderam a esta questão (Figura 26).

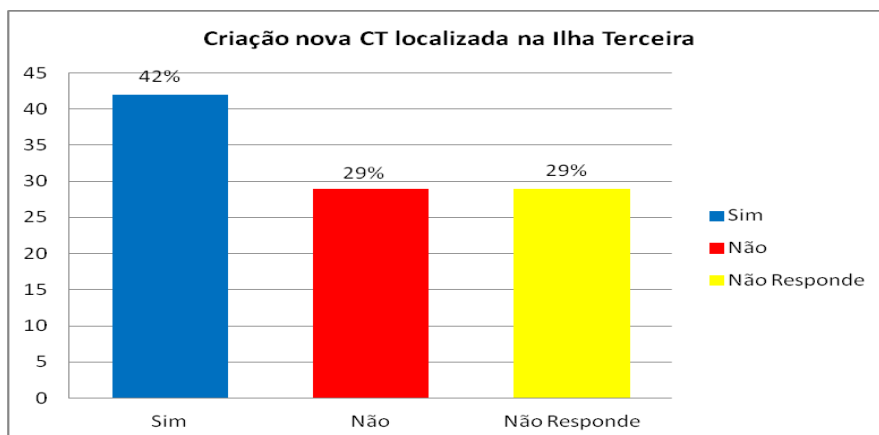


Figura 26 - Localização da nova Comunidade Terapêutica na Ilha Terceira

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne ao apuramento da concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA, dos 21 profissionais, 61% responderam que concordavam, 23% responderam que não concordavam e 10% não responderam a esta questão (Figura 27).

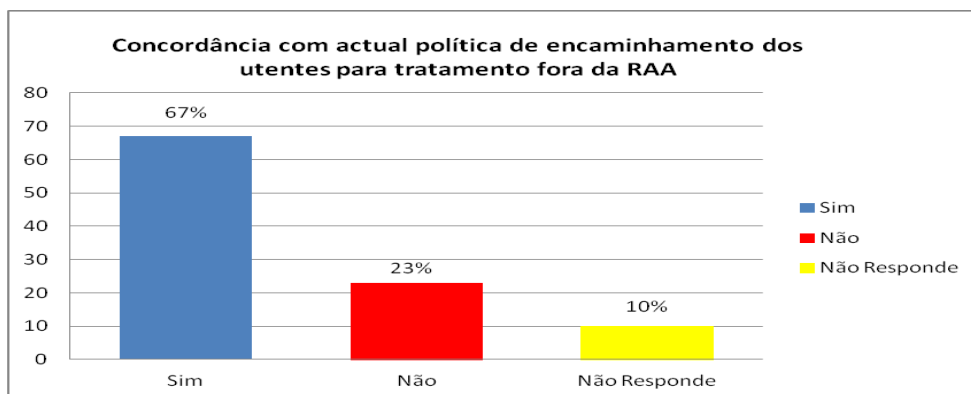


Figura 27 - Concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne à opinião sobre a aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade, dos 21 profissionais, 80% responderam que seria bem aceite, 10% responderam

que talvez seria aceite, 5% responderam que não e outros 5% não responderam a esta questão (Figura 28).

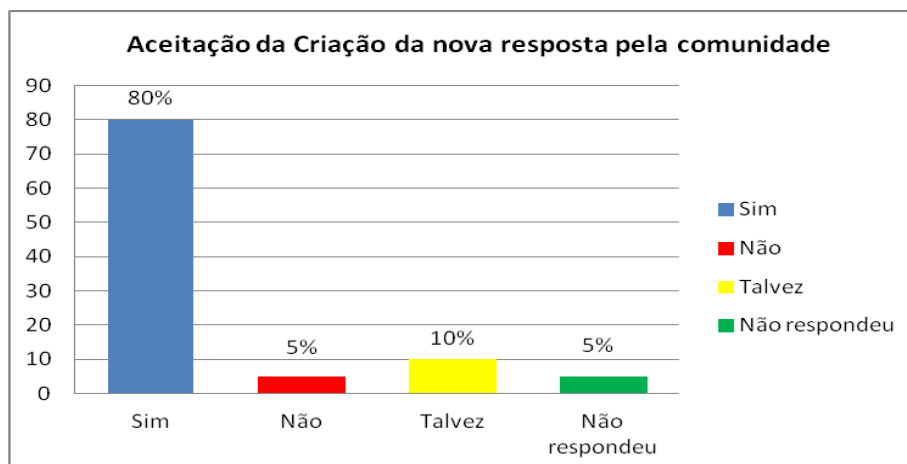


Figura 28 - Aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.1.4. Viabilidade Política

Relativamente à viabilidade política, a primeira questão prende-se com a gíria da problemática da toxicodependência nas políticas do Governo Regional.

No que concerne a esta questão, dos 21 profissionais, 66% responderam que este tipo de políticas estão na ordem do dia do governo Regional, 24% responderam que não e 10% não responderam a esta questão (Figura 29).

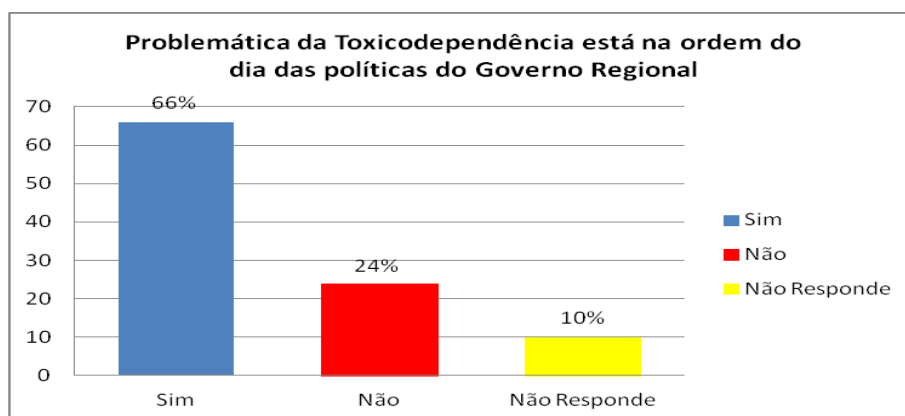


Figura 29 - Problemática da Toxicodependência na ordem do dia das Políticas do Governo Regional

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto à toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA, dos 21 profissionais, 48% responderam que é um tema prioritário, 24% responderam negativamente e 28% não responderam a esta questão (Figura 30).

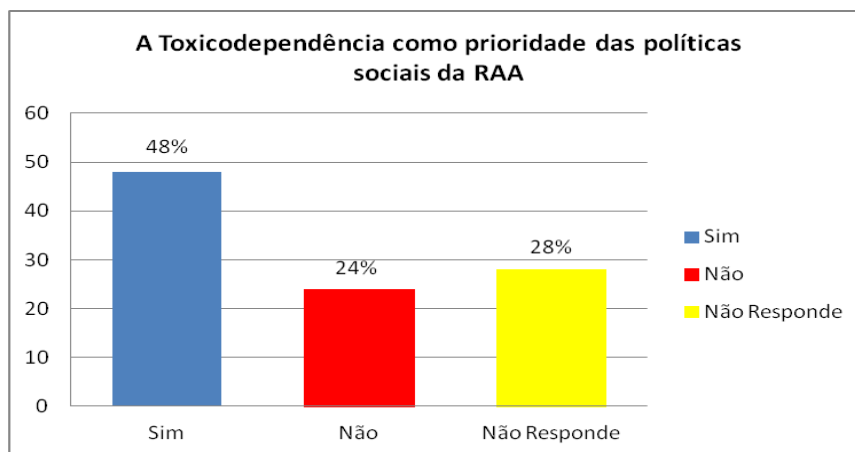


Figura 30 - Toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à questão da promoção de medidas para a criação deste tipo de equipamentos sociais estarem na ordem do dia, apenas 19% dos 21 profissionais responderam que sim, 67% responderam que não e 14% não responderam (Figura 31).

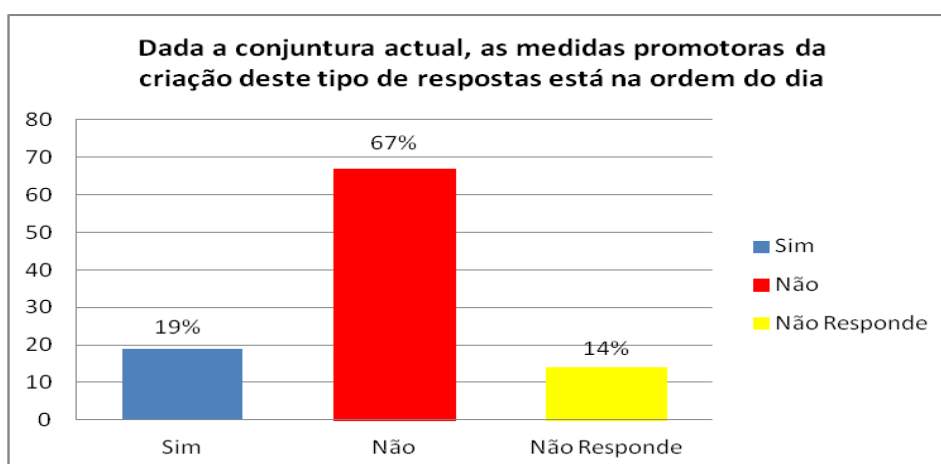


Figura 31 - Ordem do dia das medidas promotoras da criação deste tipo de equipamentos

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.2. Entidades Oficiais

1.2.1. Caracterização da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 25 entidades oficiais, sendo que 24% estão situados na faixa etária dos 50 aos 54 anos, as faixas etárias dos 30 aos 34, dos 35 aos 39 e dos 40 aos 44 anos respectivamente 16%, enquanto as faixas dos 45 aos 49 anos, bem como a faixa dos 55 aos 59 anos correspondem 12%, e por último 4% não responderam (Figura 32).

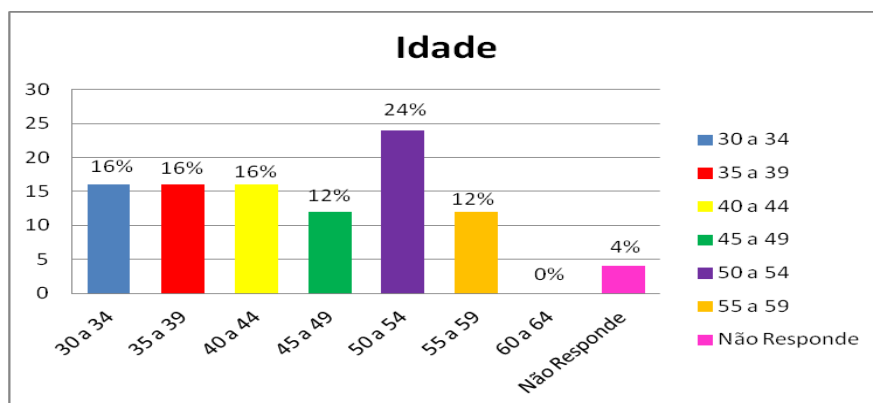


Figura 32 - Idades dos representantes das entidades oficiais

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente ao género dos 25 representantes das entidades oficiais, 64% são do género masculino e 36% do género feminino (Figura 33).

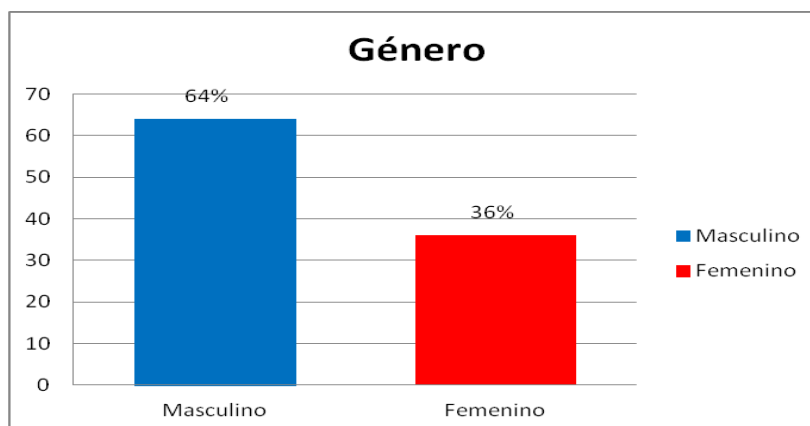


Figura 33 - Género dos representantes das entidades oficiais

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito à qualificação académica das 25 representantes das entidades oficiais, 48% têm o grau de licenciatura, 16% tem o grau de mestre, 12% têm o bacharelato, 4% tem o doutoramento, 4% tem outro mas no entanto não o descreve e 16% não responderam a esta questão (Figura 34).

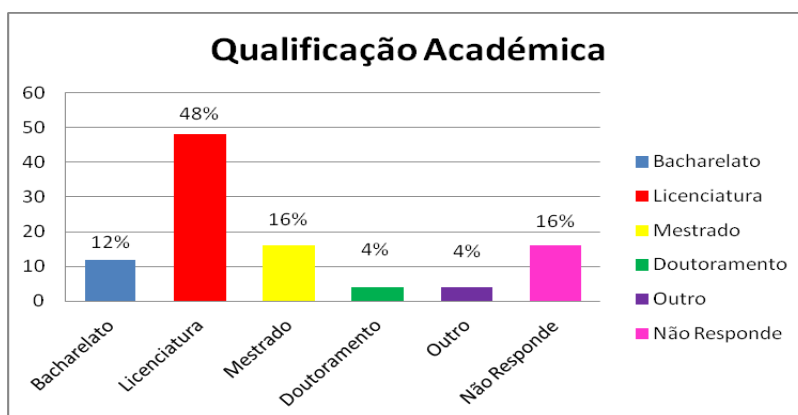


Figura 34 - Qualificação Académica

Fonte: Elaboração própria, 2012

Dos 25 representantes das entidades oficiais, 92% são Deputados da Assembleia Legislativa Regional dos Açores, 4% desempenha o cargo de Secretário da Presidência, e os últimos 4% correspondem à Directora Regional da Prevenção e Combate às Dependências (Figura 35).

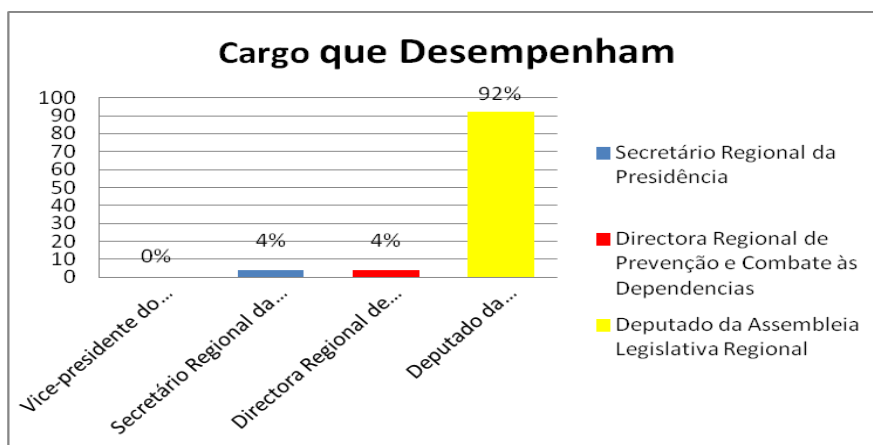


Figura 35 - Cargo que desempenham

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.2.2. Viabilidade Económica

No que se refere à viabilidade económica e à sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos, 96% referem que é sustentável e apenas 4% não consideram sustentável (Figura 36).

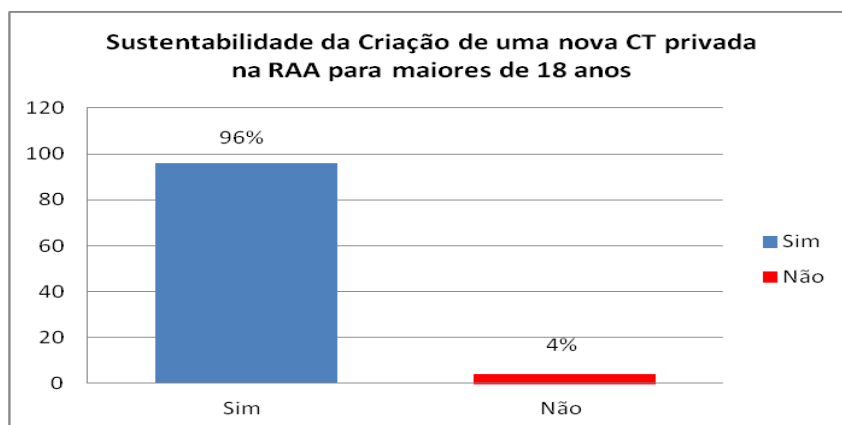


Figura 36 - Sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne ao apuramento da concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA, dos 25 entrevistados, 44% responderam que concordavam, 44% responderam que não concordavam, 4% responderam que talvez e 8% não responderam a esta questão (Figura 37).

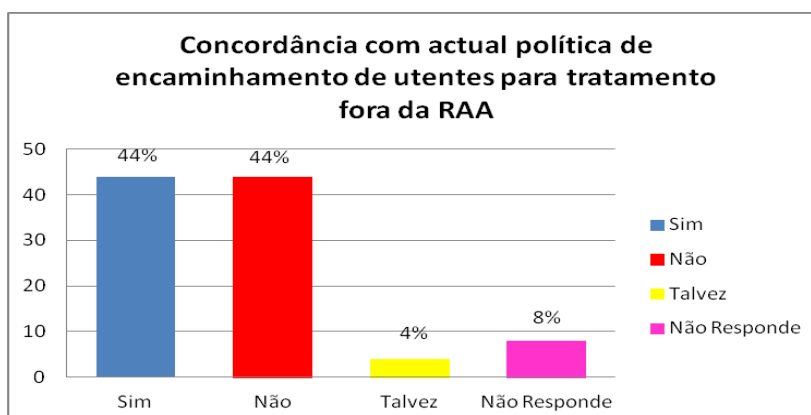


Figura 37 - Encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à diminuição de custos para a RAA com a criação da Comunidade Terapêutica, dos 25 entrevistados, 72% responderam que sim, 8% responderam que talvez, 4% responderam que não e 8% alegam que não têm dados suficientes para responderem a esta questão (Figura 38).

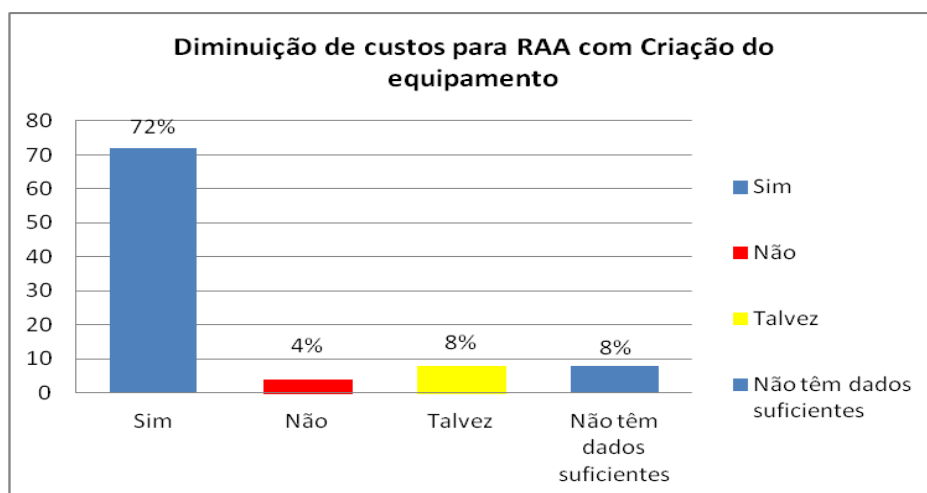


Figura 38 - Diminuição de custos para a RAA

Fonte: Elaboração própria, 2012

1.2.3. Viabilidade Social

Relativamente à viabilidade social, a primeira questão prende-se com a localização da nova comunidade terapêutica na ilha Terceira. No que concerne a esta questão, dos 25 entrevistados, 88% responderam que era viável, 8% responderam negativamente e 4% responderam que dependia de algumas circunstâncias (Figura 39).

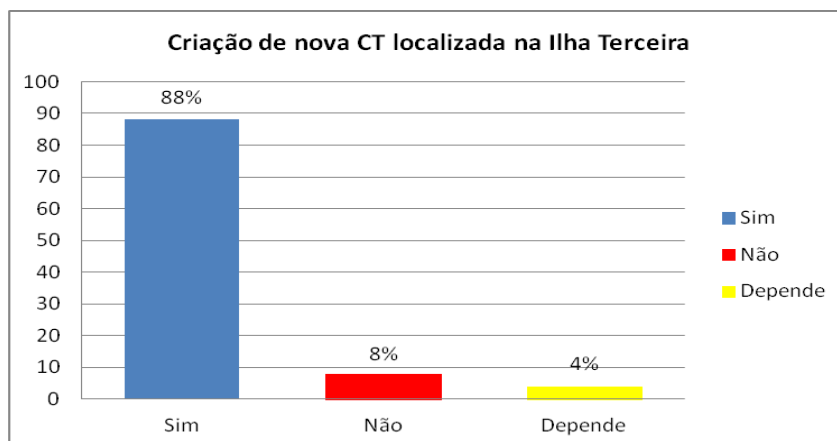


Figura 39 - Localização da nova comunidade Terapêutica na Ilha Terceira

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne à opinião sobre a aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade, dos 25 entrevistados 88% responderam que seria bem aceite e 12% responderam que não (Figura 40).

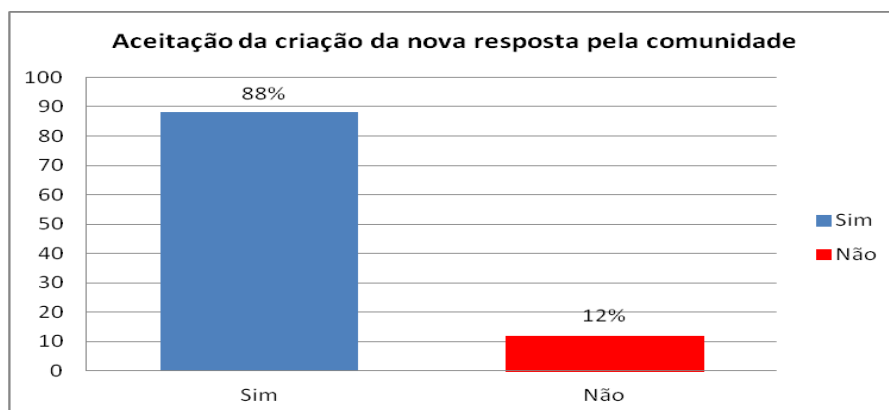


Figura 40 - Aceitação da C.T por parte da comunidade

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que diz respeito à viabilidade social, a existência de um tratamento em internamento na Região tem como principal vantagem a política de proximidade que trará “(...) *um ganho muito grande para muitas famílias.*” (E10 - Deputado da Assembleia Legislativa Regional)

Quanto à sua localização e “*considerando a dispersão geográfica, (...) faz sentido a criação da comunidade terapêutica na Ilha Terceira, na medida em que não há possibilidade de haver uma por ilha e uma comunidade deste tipo na Terceira poderia servir os grupos central e oriental.*” (E11 - Deputado da Assembleia Legislativa Regional).

1.2.4. Viabilidade Política

Relativamente à viabilidade política, a primeira questão prende-se com a gíria da problemática da toxicodependência nas políticas do Governo Regional.

No que concerne a esta questão, dos 25 entrevistados, 88% responderam que estes tipos de políticas estão na ordem do dia do Governo Regional, 12% responderam que não (Figura 41).

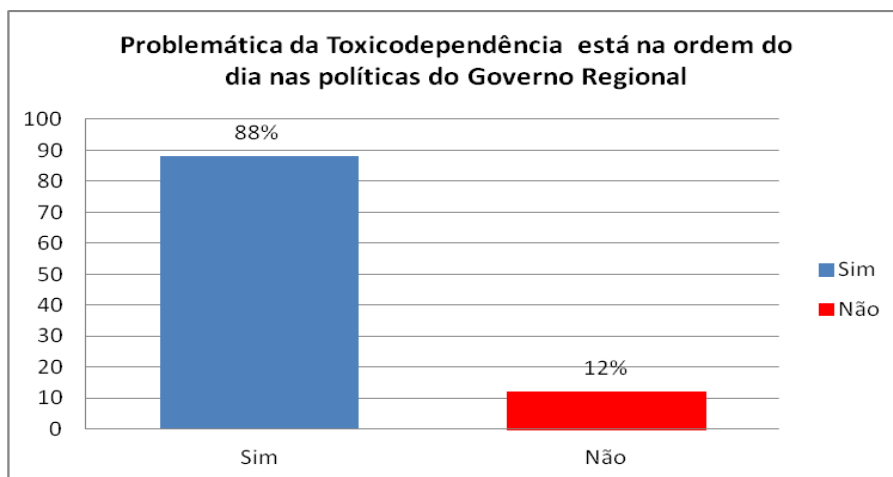


Figura 41 - A problemática da Toxicodependência na ordem do dia das Políticas do Governo Regional

Fonte: Elaboração própria, 2012

Quanto à toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA, 96% responderam que é um tema prioritário e 4% responderam que não (Figura 42).

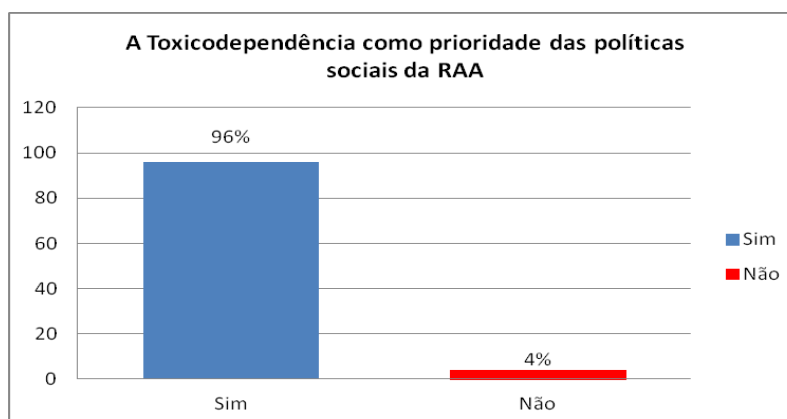


Figura 42 - Toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA

Fonte: Elaboração própria, 2012

Relativamente à questão da promoção de medidas para a criação deste tipo de equipamentos sociais estarem na ordem do dia, 80% responderam que sim e 20% responderam que não (Figura 43).

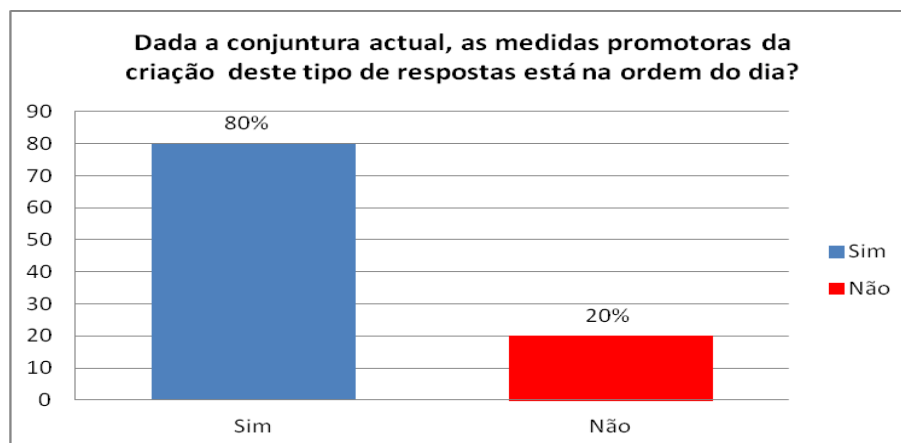


Figura 43 – Promoção da C.T na ordem do dia político na actual conjuntura

Fonte: Elaboração própria, 2012

No que concerne à viabilidade política do tratamento em internamento numa comunidade terapêutica na Região Autónoma dos Açores, constatou-se que “*É uma prioridade assumida pelo Governo Regional e expressa em diferentes instrumentos de planeamento da acção governativa que no âmbito da saúde quer da segurança e da solidariedade social*” (E18 – Deputado da Assembleia Legislativa Regional) tendo em conta que “*o programa do governo na página 120 define o objectivo: promover a prevenção, o combate e o tratamento das dependências. Entre as 10 medidas para a concretização deste objectivo está previsto na medida 7 construir um centro de reabilitação e tratamento do jovem toxicodependente com menos de 18 anos*” (E23 - Deputado da Assembleia Legislativa Regional) é fundamental a criação de uma comunidade terapêutica que dê resposta a utentes com idades superiores a 18 anos.

Capítulo IV



Análise e Discussão dos Resultados

1. Análise e Discussão dos Resultados

A caracterização das amostras dos profissionais de saúde e das entidades oficiais foram efectuadas, como vimos no capítulo anterior.

O que importa agora apurar através deste estudo é a viabilidade económica, social e política da criação de uma nova comunidade terapêutica na RAA. Sendo assim, começaremos por analisar estas dimensões da problemática em estudo do ponto de vista dos profissionais de saúde e de seguida das entidades oficiais.

No sentido de agilizar a leitura, optamos por não assinalar no texto a proveniência das citações, remetendo as referências da respectiva autoria para apêndice, assinalando a cor diferente os excertos transcritos.

1.1. Profissionais de Saúde

1.1.1. Viabilidade Económica

Quanto à sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos, 76% dos 21 profissionais referem que sim, apenas 19% não consideram sustentável e 5% não responderam. Ainda associado à questão da sustentabilidade surgem as vantagens financeiras, sociais e técnicas da criação deste tipo de equipamento.

As vantagens financeiras foram classificadas por 33% dos profissionais como muito importantes e por 28% com alguma importância. Das vantagens financeiras enumeradas, destaca-se a vantagem comum à totalidade da amostra “ (...) *diminuição dos custos ao nível da deslocação dos utentes e famílias que acompanham os mesmos* (...) ” para além disto, a criação deste equipamento será um “ (...) *Contributo para o desenvolvimento da região* (...) ”.

As vantagens sociais foram classificadas por 62% como muito importantes e por 23% como importantes. Algumas vantagens consistem num “ (...) *Maior envolvimento da família em todo o processo de tratamento e reinserção social* (...) ” no facto de haver “ (...) *Mais uma resposta à problemática da toxicodependência* (...) ” e consequentemente “ (...) *Maior aderência da população toxicodependente da RAA em ingressar em comunidade terapêutica* (...) ”.

Por último, as vantagens técnicas são as que aparecem como menos importantes, uma vez que 43% consideram apenas importante e 38% consideram muito importantes. No entanto, a criação deste equipamento tem como vantagens sociais a “ (...) *Possibilidade de*

desenvolver novas metodologias de intervenção e especialização”, (...) Criação de postos de trabalho” e uma “ (...) Resposta mais adequada a determinados utentes, que actualmente estão integrados em programas terapêuticos de substituição, embora beneficiasse mais de um programa mais estruturado.” (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Profissionais de Saúde, pp. 14 -16).

1.1.2. Viabilidade Social

Relativamente à viabilidade social, a primeira questão prende-se com a localização da nova comunidade terapêutica na ilha Terceira, considerando a dispersão geográfica da RAA. Dos 21 profissionais 42% responderam que era viável, 29% responderam que não e igualmente 29% não responderam a esta questão. Para alguns dos profissionais de saúde “ *(...) Faz sentido a criação de uma Comunidade Terapêutica na Terceira, devido ao elevado número de utentes no Serviço de Adictologia (...)* ” tendo em conta “ *A dispersão geográfica das ilhas Açorianas dificulta o acesso dos utentes aos recursos de saúde, pelo que a criação de uma C.T na Ilha Terceira tornaria possível a abrangência de uma maior população toxicodependente.* ”

“A criação de uma nova Comunidade terapêutica iria dotar a Ilha Terceira em particular e a Região Autónoma dos Açores em geral, de uma estrutura que poderá vir a contribuir para a melhoria da qualidade das respostas aos utentes em tratamento.”

No que concerne ao apuramento da concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em comunidades terapêuticas fora da RAA, dos 21 profissionais, 61% responderam que concordavam, 23% responderam que não concordavam. Os profissionais de saúde referem que neste momento “ *(...) É a melhor alternativa. A comunidade terapêutica existente na região não me parece minimamente de confiança e portanto é fundamental procurar o tratamento onde a resposta é a adequada (...)* ” “ *(...) Tem sido uma resposta utilizada com algum sucesso face à incapacidade da RAA dar resposta aos utentes a nível de internamentos prolongados em regime de comunidade terapêutica* ” e que “ *(...) As respostas que existem na RAA não são eficazes (...).* ”

Quanto aos profissionais que não concordam defendem que “ *(...) as pessoas ficam longe das suas famílias (...) que a RAA possui recursos suficientes para criar condições aos seus utentes (...)* ” e que “ *Devido à situação económica, está a ser dada prioridade apenas*

aos menores de 18 anos, deixando um elevado número de utentes (a maioria) sem oportunidade (...) e tratamento.”

No que concerne à opinião sobre a aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade, dos 21 profissionais, 80% responderam que seria bem aceite, 10% responderam que talvez seria aceite, 5% responderam que não e outros 5% não responderam a esta questão. “ (...) *A comunidade tem consciência da necessidade de dar resposta a esta situação*” porque “ (...) *Toda a comunidade beneficia com a criação de uma resposta (...)* ” tendo em conta que “ (...) *seria uma resposta de qualidade (...)* ” e que daria resposta à “ (...) *toxicodependência que é um problema grave na RAA (...).*”

Os obstáculos que poderão surgir à criação de uma nova Comunidade Terapêutica são: “ (...) *Financeiros (...)* ”, “ (...) *O estigma (...)* ”, “*Constrangimentos a nível económico e possivelmente a nível comunitário*”, “*As questões monetárias e questões políticas* ” e a “*Localização da comunidade.*” (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Profissionais de Saúde, pp.16-25).

1.1.3. Viabilidade Política

Relativamente à viabilidade política, a primeira questão prende-se com a gíria da problemática da toxicodependência nas políticas do Governo Regional.

No que concerne a esta questão a maioria, dos 21 profissionais, 66% responderam que este tipo de políticas estão na ordem do dia do governo Regional, “ (...) *Têm-se denotado esforços do Governo Regional dos Açores para criar recursos (...)* ” nomeadamente “ (...) *Nos últimos anos foram criadas várias respostas para intervir com a toxicodependência na RAA (...)*” e tem vindo a constatar-se um “ (...) *aumento de respostas que o Governo tem disponibilizado através de IPSS.*”

Relativamente aos profissionais que discordam que a toxicodependência está na ordem do dia das políticas do Governo, salientam que “ (...) *Na ordem do dia está mais precisamente a crise económica (...)* ”, “ (...) *Não se tem dado o real valor a esta tão grande problemática nos Açores (...)* ” e que “ (...) *A problemática da Toxicodependência, neste momento, não está na ordem do dia das políticas do Governo Regional (...).*”

Quanto à toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA a maioria, dos 21 profissionais, 48% responderam que é um tema prioritário, referindo que têm sido “ (...) *implementados recursos de forma a ajudar a população toxicodependente* ” e que

“Assiste-se cada vez mais a uma maior divulgação de informação sobre a toxicodependência (...).”

Comparativamente aos profissionais que consideram que a toxicodependência não é um tema prioritário, mencionam que *“A toxicodependência não parece ser a prioridade das Políticas Sociais (...)”* uma vez que *“Neste momento são ainda muito poucos os recursos disponibilizados (...)”* e que ainda *“ (...) há muito a desenvolver na área da toxicodependência que não tem sido feito (...)”*

Relativamente à questão da promoção de medidas para a criação deste tipo de equipamentos sociais (comunidades terapêuticas), apenas 19% dos 21 profissionais responderam que sim, 67% responderam que não e 14% não responderam. Dos 67% dos profissionais que responderam negativamente mencionam que *“ (...) Esta área não beneficia por estar dependente de decisões políticas (...)”* e que *“ (...) Dada a actual conjuntura (...)”* *“ (...) A criação deste tipo de medidas não se encontra na ordem do dia (...)”* (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Profissionais de Saúde, pp.25-31).

1.2. Entidades Oficiais

1.2.1. Viabilidade Económica

No que se refere à viabilidade económica e à sustentabilidade da criação de uma nova Comunidade Terapêutica privada na RAA para maiores de 18 anos, 96% referem que é sustentável e apenas 4% não a consideram sustentável.

Os diferentes deputados que consideram a criação deste tipo de equipamento sustentável asseveram:

“ (...) Porque é uma necessidade haver mais oferta nesta área.” “ (...) Tendo em conta que não existe uma comunidade deste tipo na Região e que os doentes são reencaminhados para fora da Região, parece-me que a criação de uma comunidade terapêutica viria a diminuir os gastos com as deslocações destes utentes” ou *“ (...) A proximidade ao meio familiar é fundamental”* e também *“ (...) Devido à elevada problemática que a toxicodependência traz a imensas famílias que buscam soluções e respostas mesmo que de iniciativa privada”* e ainda *“ (...) Atendendo ao nº de casos na*

região, que neste momento se encontram a realizar tratamento fora, a existência de uma comunidade terapêutica parece-me plenamente viável em termos económicos.”

Quando questionados sobre os tipos de apoios financeiros disponíveis ao nível da RAA em relação à criação da comunidade terapêutica os deputados referem que existem vários, tais como *“Os apoios previstos no orçamento da Região, nomeadamente nas áreas da saúde e do serviço social e trabalho”* além dos *“acordos de cooperação com a Segurança Social e os sistemas de incentivos de apoio ao investimento privado no âmbito da saúde”* e ainda *“O sistema de incentivos para o desenvolvimento regional (SIDER).”*

Por outro lado, *“Existe o mesmo tipo de apoio que a nível nacional, a RAA financia os tratamentos com as unidades convencionadas pelos mesmos valores da legislação nacional. Havendo uma CT na RAA seria esse o apoio disponível.”*

Relativamente aos principais obstáculos que podem surgir ao financiamento deste tipo de equipamento social, os deputados da Assembleia Legislativa referem, na sua maioria, os défices financeiros, a actual crise económica, a limitação orçamental da RAA e o financiamento bancário. *“O principal obstáculo é a dependência da nossa Região, das transferências de verbas do Estado. Por outro lado, os equipamentos sociais são também, tradicionalmente, muito dependentes do Governo”* além dos *“(...) actuais constrangimentos financeiros do Estado, bem como as limitações/dificuldades de financiamento por partes da banca”* e ainda *“(...) A principal dificuldade prende-se com a não existência de verba inscrita no plano de investimentos, e o cumprimento dos requisitos necessários para o normal funcionamento de um equipamento desta natureza”.*

No que concerne ao apuramento da concordância com a actual política de encaminhamento de utentes para tratamento em Comunidades Terapêuticas fora da RAA, dos 25 entrevistados, 44% responderam que concordavam, 44% responderam que não concordavam, 4% responderam que talvez e 8% não responderam a esta questão.

Dos 44% que concordam com actual política de encaminhamento, referem que *“(...) É melhor um apoio do que não haver qualquer apoio”* e que *“(...) No actual contexto é a melhor solução porque não há ainda uma verdadeira alternativa”* ou ainda *“Concordo porque não há alternativas em número suficiente na Região. O importante é que se inicie, tão cedo quanto possível, o tratamento e a reinserção social. Contudo, o ideal seria que a RAA desse esta resposta.”*

Dos 44% que não concordam com a prática desta política, fundamentam a sua opinião mencionando que *“(...) a Região (...) deveria estar preparada para as situações”* e

que “ (...) falta aos utentes o necessário acompanhamento durante o tratamento e no pós tratamento” e ainda que “Para além dos gastos elevados (...) retirar os utentes do seu ambiente não é muito benéfico” sendo “ (...) negativo o afastamento do meio ambiente tradicional e familiar.”

Relativamente à diminuição de custos para a RAA com a criação da Comunidade Terapêutica, dos 25 entrevistados, 72% responderam que sim, 8% responderam que talvez, 4% responderam que não e 8% alegam que não têm dados suficientes para responderem a esta questão. Dos 72% que alegam que haverá diminuição de custos para a RAA, justificam a sua resposta mencionando que “ (...) A Região podia poupar nas vagas convencionadas que actualmente têm junto das comunidades terapêuticas no continente. Mesmo que não surjam poupanças significativas há ganhos sociais e emocionais (...) ” além de que “Poderá diminuir, no caso de ser uma unidade sustentável que despende a ida de utentes para o exterior da Região e seja custeado pelo utente”. Por outro lado, “ (...) Uma vez que haja condições de qualidade que assegurem todas as condições técnicas certamente haverá uma redução de deslocações, logo haverá uma poupança nesta matéria” além de que “ (...) Partindo do princípio que após o investimento inicial a RAA deixa de possuir custos com passagens, deslocações e estadias em comunidades terapêuticas no continente.” (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Entidades Oficiais, pp. 32-42).

1.2.2. Viabilidade Social

Relativamente à viabilidade social, a primeira questão prende-se com a localização da nova comunidade terapêutica na ilha Terceira. No que concerne a esta questão, dos 25 entrevistados, 88% responderam que era viável, 8% responderam negativamente e 4% responderam que dependia de algumas circunstâncias.

No que concerne à viabilidade da criação de uma nova comunidade terapêutica na ilha Terceira, os 88% que consideram viável mencionam que “ (...) Faz falta a criação de uma CT na Ilha Terceira que responderá às necessidades dos utentes da Ilha e do grupo central, que tem vindo a aumentar” e que “ (...) Poderá ser uma mais-valia porque se situaria numa ilha com Hospital e que se situa no “centro” do arquipélago permitindo uma maior/melhor acessibilidade a todo o arquipélago” dado que “ (...) Embora considerando a dispersão geográfica, parece-me que faz sentido a criação da comunidade terapêutica na

Ilha Terceira, na medida em que não há possibilidade de haver uma por ilha e uma comunidade deste tipo na Terceira poderia servir os grupos central e oriental.” A Directora Regional da Prevenção e Combate às Dependências refere ainda que “ (...) Atendendo a que é uma das ilhas com maior nº de população, e é bastante central parece-me uma das ilhas, a realizar esse tipo de investimento, uma das predilectas.”

Quanto à opinião sobre a aceitação da criação desta resposta por parte da comunidade, a maioria dos 25 entrevistados (88%) responderam que seria bem aceite e que “ (...) será uma mais-valia na área e permitirá desenvolver a oferta na Região” e “ (...) a comunidade tem plena noção de que é preciso uma nova resposta para as pessoas com dependências” aliás “ (...) a preocupação da sociedade em relação ao tema possibilita uma boa aceitação de uma comunidade terapêutica tendo em conta os objectivos da mesma.” Para a Directora Regional “ (...) Inicialmente, e comparando com situações similares, poderia haver algum desconforto e pouco entendimento e até algum receio (...) quando se verifica que este tipo de equipamento até funciona também como dissuasor, a postura da comunidade passa a ser de aceitação.”

Quanto a eventuais obstáculos “O financiamento, a sustentabilidade, e a população local” ou “ (...) o preconceito e a desconfiança (...) “Rejeição à diferença; receio de “contaminação social”; barreira à integração profissional; resistência à convivialidade em espaço académico ou comunitário” e “O estigma social (...).” (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Entidades Oficiais, pp. 42-48).

1.2.3. Viabilidade Política

Relativamente à viabilidade política, a primeira questão prende-se com a gíria da problemática da toxicodependência nas políticas do Governo Regional.

No que concerne a esta questão, a maioria dos 25 entrevistados (88%) responderam que estes tipos de políticas estão na ordem do dia do Governo Regional, tendo respondido negativamente apenas 12%. A maioria dos deputados regionais refere que as políticas relativas à toxicodependência estão na ordem do dia com “ (...) A criação de uma nova Direcção Regional com competências específicas no domínio das dependências” e “ (...) vocacionada para a intervenção nessa área.”

No que diz respeito às políticas, medidas ou projectos concretos previstos no programa do Governo Regional sobre esta temática, são enumerados diversos, tais como o

“Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências 2010-2012” e “Medidas de prevenção primária em contexto escolar e em ambiente de recreação nocturna. Tratamento/recuperação na Região e no continente ao abrigo de protocolos com o IDT; acompanhamento das famílias, reinserção social e profissional e programas de redução de danos com tratamentos de substituição” além da “Redução da procura, prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção” aliás o que consta no “ (...) programa do governo na página 120 define o objectivo: promover a prevenção, o combate e o tratamento das dependências. Entre as 10 medidas para a concretização deste objectivo está previsto na medida 7 construir um centro de reabilitação e tratamento do jovem toxicodependente com menos de 18 anos.”

Quanto à toxicodependência como prioridade das Políticas Sociais da RAA, a esmagadora maioria dos deputados (96%) responderam que é um tema prioritário, com apenas uma resposta negativa, como *“ (...) se comprova pelos valores orçamentados para o efeito, como também pela criação de um departamento especializado na estrutura governamental”* sendo que *“ (...) Cada vez mais se tenta afectar recursos neste sentido. Existindo um Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências e várias outras medidas de apoio, parcerias com instituições, etc.”* e para além do que já foi mencionado *“ (...) Tem um programa regional próprio “Prevenção e Tratamento de Comportamentos de Risco” com uma proposta de instrumento no plano e orçamento para 2012 com um milhão novecentos e dezassete mil e trezentos e sessenta euros.”*

Relativamente à questão da promoção de medidas para a criação deste tipo de equipamentos sociais estarem na ordem do dia, a larga maioria (80%) responderam afirmativamente e apenas 20% responderam negativamente.

Dos 80% que responderam afirmativamente a esta questão, referem que *“ (...) as dependências são uma das áreas que não pode variar consoante a conjuntura económica, na medida em que é um problema bastante grave e que deve ser combatido e controlado permanentemente”* e *“ (...) apesar dos constrangimentos económicos e financeiros continua a ser prioritário (...) ” “ (...) porque a prevalência dos problemas consequentes dos comportamentos de risco está a aumentar preocupadamente nos últimos anos.”*

Dos que responderam negativamente, embora reconheçam que *“é uma urgência social premente”* no entanto e *“Infelizmente a crise económica em que vivemos tende a chamar a atenção a outros problemas como o desemprego e a diminuição do rendimento das*

famílias.” (cf. Apêndice III – Grelhas de Análise de Conteúdo – Questionários Entidades Oficiais, pp. 48-58).

Em síntese, quer a análise financeira quer a análise política e técnica, justificam a viabilidade da criação de uma Comunidade Terapêutica na Região Autónoma dos Açores, ou seja, de natureza pública, privada ou social mantendo-se inalterável o espírito do despacho nº670/2010 de 29 de Junho de 2010.

Assim, ao longo deste capítulo constatou-se que existe um défice deste tipo de respostas na Região e que a sua implementação traria vantagens políticas, sociais e económicas tanto para os utentes que necessitam deste tipo de intervenção, como para o Governo Regional, do ponto de vista financeiro.

Apurou-se ainda que a toxicodependência é uma preocupação não só do ponto de vista dos profissionais de saúde, mas também das entidades oficiais representadas na sua maioria por deputados da Assembleia Legislativa Regional, uma vez que os dados aqui expostos demonstram um aumento significativo de novos consumidores. Por outro lado, constatou-se um esforço por parte do Governo Regional em implementar políticas sociais de resposta a esta problemática que se encontra em constante mutação.

Sendo assim, com esta investigação comprovou-se mais favorável o tratamento numa comunidade terapêutica criada nos Açores do que o envio dos utentes para o continente, e que tal aspiração, como se demonstrou, tem viabilidade política, social e económica.

Conclusão

Com este trabalho pretendeu-se investigar a viabilidade Política, Social e Económica da Criação de uma Comunidade Terapêutica nos Açores.

Em termos mais específicos o que se pretendeu provar cientificamente foram os custos envolvidos, a nível económico/financeiro e social através de uma análise económica, política e técnica do envio dos utentes para tratamento no território continental português.

Como já mencionado anteriormente, o consumo de droga apresenta-se estável na Europa e apesar de o nível de prevalência se manter elevado relativamente ao passado, importa salientar que não está a aumentar. Relativamente às cinco Regiões de Portugal continental, apesar das prevalências de consumo de qualquer droga, relevam-se as prevalências do consumo de cannabis quer na população total quer na população jovem adulta. No entanto e de uma forma genérica, as cinco regiões mantem o padrão de consumo do País.

Contudo entre os países Europeus, Portugal situa-se entre os que apresentam menores prevalências de consumo de drogas para a generalidade das substâncias, com excepção da Heroína, em que Portugal surge com maiores prevalências de consumo.

Quanto aos Açores, parafraseando, o estudo atrás referenciado “*Dependências e Outras Violências*” realizado em 2005 e em 2009/2010 respectivamente, em termos absolutos, em 2004 nos Açores de um total de 241762 habitantes, 26110 já consumiram drogas. Em 2009 de um total de 244780 habitantes, 36227 já consumiram. Tal facto significa um aumento de 10117 consumidores em cinco anos. Quanto à média Açores, da percentagem da população consumidora de drogas por ilha, em 2004 era de 10,8% e em 2009 de 14,8%, o que significa, conforme atrás assinalámos um aumento significativo de novos consumidores.

Ainda neste capítulo, verificou-se que existe uma panóplia de factores e eixos a ter em conta quando se pretende realizar uma intervenção na área das toxicodependências. Para além disso, é extremamente importante adequar o tipo e a estrutura de tratamento, quer em regime ambulatorio, quer em regime de internamento ao utente toxicodependente em causa. Contudo, e como comprovado num estudo publicado pelo National Institute on Drug Abuse – Research Report Series – Therapeutic Community (2002:2), o tratamento em regime de internamento de estada prolongada numa comunidade terapêutica têm mais sucesso a nível da intervenção biopsicossocial do que outros tipos de tratamento.

No que concerne à Viabilidade Económica e Financeira do Tratamento em regime de internamento em Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação, foi realizada uma simulação de custo com Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Desabilitação em Portugal Continental e na Região Autónoma dos Açores. Desta análise verificou-se que o valor anual referente ao cálculo das despesas da Saúde e da Segurança Social com o internamento em comunidades terapêuticas e clínicas de desabilitação fora da Região Autónoma dos Açores, mais propriamente para Portugal continental é de 748.649,74€. Já no que concerne ao cálculo das despesas com o internamento numa comunidade terapêutica na RAA, o valor anual estimado é de 596.295,00€. Nesta conformidade, o internamento dos utentes numa comunidade na RAA, comporta menos gastos ao Governo Regional, ou seja, a diferença entre 748.649,74€ - 596.295,00€, que perfaz **152.354,74€**, valor de poupança em termos do orçamento da Região (cf. Capítulo I - Tabela I e II).

No entanto, simulou-se também o valor anual final de internamento em comunidade terapêutica com internamento em clínica de desabilitação (596.295,00€) e sem internamento em clínica de desabilitação (529.920,00€), uma vez que a desabilitação física pode ser realizada com recurso a serviços de internamento mas também em consultas em regime ambulatorio. Uma vez realizada em ambulatorio, não são comparticipados os 75,00€ diários por utente (cf. Capítulo I - Tabela I e II).

Sendo assim, calculando ainda a diferença entre o internamento fora da Região e o internamento em comunidade terapêutica na Região, sem contemplar o valor do internamento na clínica de desabilitação, conclui-se que os gastos anuais a comparticipar seriam menores, ou seja, (748.649,74€ - 529.920,00€) **218.729,74€**, valor de poupança em termos de orçamento da Região (cf. Capítulo I - Tabela I e II).

Esta mesma ideia de poupança orçamental sustenta-se ainda no apuramento de dados obtidos no decorrer da investigação, ou seja, a larga maioria dos 21 profissionais de saúde inquiridos (76%), consideram a comunidade terapêutica viável. Esta mesma posição é esmagadoramente sustentada pela quase totalidade (96%) das entidades oficiais.

Neste quadro, quer a análise financeira quer a análise política e técnica, legitimam a viabilidade da criação de uma Comunidade Terapêutica na Região Autónoma dos Açores.

Quanto ao domínio da viabilidade social que se prende com questões relacionadas com a localização da comunidade e com a actual política de encaminhamento de utentes para fora da Região, conclui-se que a melhor localização da comunidade seria na Ilha Terceira

atendendo à sua centralidade, o que permite dar apoio às ilhas do grupo central e oriental, não obstando o facto de ser a segunda ilha com mais população na Região.

À luz da inexistência de respostas de tratamento em internamento na Região, ou seja, de comunidades terapêuticas e tendo em conta a política actualmente praticada de encaminhamento de utentes para fora da Região, 61% dos profissionais de saúde responderam afirmativamente que concordam com esta política, bem como 44% das entidades oficiais. Os inquiridos esclarecem que estão de acordo com esta política por não existir outra alternativa, a nível de tratamento na Região, como anteriormente mencionado.

Relativamente à aceitação de um equipamento destes por parte da sociedade, conclui-se pela unanimidade, quer dos profissionais de saúde quer das entidades oficiais que seria bem aceite, podendo apenas surgir obstáculos do ponto de vista do financiamento, considerando a situação de crise vivenciada, quer no continente, quer nos Açores.

Assim, conclui-se que a criação da resposta à toxicod dependência através de uma comunidade terapêutica nos Açores é viável do ponto de vista social.

Quanto à viabilidade política, e cingindo-nos à questão central da toxicod dependência como tema prioritário nas políticas do Governo Regional, quer a maioria dos profissionais de saúde, (48%) quer a quase totalidade das entidades oficiais (96%) assinalaram que a temática é prioritária no discurso político do governo, como aliás se depreende pela criação da Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências na presente legislatura.

Por último, relativamente à questão da promoção de medidas para a criação deste tipo de equipamentos sociais, verifica-se que, contrariamente às entidades oficiais (políticos) que defendem, em larga maioria (80%), que o Governo Regional promove medidas no sentido da criação destes equipamentos sociais, os profissionais de saúde fundamentaram maioritariamente as suas respostas negativas na actual conjuntura de crise financeira.

Fica assim, legitimada, em liminar síntese, a viabilidade política, social e económica de uma Comunidade Terapêutica nos Açores, quer seja de natureza pública, privada ou social.

Bibliografia

Livros/Relatórios/Programas/Artigos:

ANDER EGG, E. e AGUILLAR, M. J., (1998), *Como Elaborar um Projecto*, Projecto Atlântida, Lisboa, 15ª ed em português.

ANDER-EGG, E., (1995), *Introdução ao Trabalho Social*, Petrópolis, Vozes.

ANGEL, P., RICHARD, D., VALLEUR, M., (2002), *Toxicomanias, Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 7*, Lisboa, Climepsi Editores.

ASAM (American Society of addiction Medicine) - Public policy statement on treatment for alcoholism and other drug dependencies. In ASAM - Syllabus for review course in addiction medicine. Washington, DC, 1990.

BARAÑANO, A., (2008), *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão – Manual de Apoio à Realização de trabalhos de Investigação*, Lisboa, 1ª Ed., Edições Sílabo.

BARDIN, L., (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70, Lda.

CHAMPENHOUDT, R. Q., (2005), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4ªEd., Lisboa, Gradiva.

Direcção Regional de Prevenção e Combate às Dependências, *Plano Regional de Prevenção e Combate às Dependências (2010 – 2012)*, Região Autónoma dos Açores.

Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

FALCÃO, M. C., (1979), *Uma nova visão teórica do serviço social*, S. Paulo, Cortez.

FERREIRA, A., (2005), *A acção do Serviço Social em contexto de globalização: limites e (ou) desafios*, Campus Social, Revista Lusófona de Ciências Sociais, nº2, pp. 19-25

FILHO, H. C. – Organização do sistema de tratamento – In FERREIRA-BORGES, C.; FILHO, H. C., (2004), *Alcoolismo e toxicodependência: Usos, Abusos e dependências*, Climepsi Editores.

FLICK, U., (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*; Lisboa; 1ª edição; Monitor.

FORTIN, M. F. et al, (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Lusodidacta – Soc. Port. de material didáctico, Lda.

GEORGE DE LEON, PH.D., (2003), *A Comunidade Terapêutica, Teoria, Modelo e Método*, Brasil, Edições Loyola.

HIPÓLITO, J., (2004), *A Propósito da “Cannabis”*, In Notícias IDT. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Nº 2.

HIPÓLITO, J., (2005), *Carl Rogers e a Corrente Fenomenológico- Existencial*, In. Anais de Psicologia – Psique – Vol I. 43-58, EDIUAL.

HIPÓLITO, J., (2005), *Para uma Pedagogia do Sucesso Escolar*, In. Anais de Psicologia – Psique – Vol I. 159-169, EDIUAL.

HIPÓLITO, J., (2007), *New Versions of Schizophrenia: psychotherapeutic advances*, In. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação – Vol. 15-N. º1.

HESPANHA, P., (1999), *Em torno do Papel de Solidariedade Globalização e Política Social*, Lisboa, Associação Portuguesa de Segurança Social.

HESPANHA, Pedro et al., (2000), *Entre o Estado e o Mercado – As fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*; Coimbra: Quarteto.

IAMAMOTO, M., (2000), *Renovação e Conservadorismo no Serviço Social, Ensaios críticos*, 6ª ed., São Paulo, Cortez.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, *PORI – Eixos de intervenção: componente e técnica e financeira*, Lisboa.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. - Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais - Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação, *Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, Edição 2011.

MARTIN, J. R. N. M., (2008), *Engenharia de Gestão de Projectos, Manual Prático*, Lisboa, Editora FCA.

MARTINELLI, M. L., (1989), *Serviço Social, Identidade e Alienação*, São Paulo, Cortez – São Paulo.

MIGUEL, A., (2006), *Gestão Moderna de Projectos*, Lisboa, Editora FCA.

MOREL, A., HERVÉ, F., FONTAINE, B., (s/d), *Cuidados ao Toxicodependente*, Climepsi editores.

MOURO, H., (2009), *Modernização do Serviço Social – Da Sociedade Industrial à Sociedade do Risco*, Coimbra, Edições Almedina, SA.

Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, *Consumo Ilícito de Drogas - Informações Básicas*, 1990, Portugal.

NIDA - Research Report Series – *Therapeutic Community*, 2002.

NIDA - *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, 1999.

PATRICIO, L., (2006), *Droga: Aprender para Prevenir*, 1ªed., Lisboa, Edição, Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.

PATRICIO, L., (2009), *Tratamento da Dependência de Heroína – A Manutenção Opioide*, 1ªed., Lisboa, Edição: Dias Patrício, Psiquiatria e Medicina Lda.

PEIXOTO, A., (2005), *Dependências e outras violências*, DRJFEP/CRA-PSP, Ponta Delgada, Nova Gráfica, Lda.

PEIXOTO, A., (2010), *Dependências e Outras Violências – Estudo Comparado 2004-2009*, Ponta Delgada, Edições Macaronésia.

PEREIRA, J., TELES, H., DIAS, I., FERREIRA, S., RAMALHO, V. (2009), *Economia e Política Social: Contributos para a Intervenção Social no Século XXI*, Lisboa, Colecção Manuais, Universidade Lusíada Editora.

Plano de Acção da União Europeia em matéria de Luta Contra a Droga (2009 – 2012).

Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências.

Programa do X Governo dos Açores, 26 de Novembro de 2008, Ponta Delgada. Secção III – Sociedade: Potencial Humano como capital de futuro – pp.89

RANQUET, M. D., (1996), *Los Modelos en Trabajo Social Intervencion con Personas y Familias*, (s/e).

REIS, V., (2007), *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

ROBERSTON, R., (2000), *Globalization*, Londres, Sage.

ROLDÃO, V. S., (2005), *Gestão de Projectos*, 1ªed., Lisboa, Editora Monitor.

SANTOS, D., (2006/2007), Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada (págs. 18-22).

SANDELOWSKI, M., (1995), *Sample Size in Qualitative Research - Research in Nursing and Health*, 18(2), p. 179-183.

ROSA, A.; GOMES, J.;CARVALHO, M. (2000), *Toxicodependência – Arte de Cuidar*, 1ªed.,Coimbra, Edições Sinais Vitais.

SCHIEFER,U. (2006), *Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*, 1ªed., Estoril, Principia Editora.

WHO (World Health Organization) - *Approaches to treatment of substance abuse* (WHO/PSA/93.10), Geneva: World Health Organization, 1993.

WHO - *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: framework workbook*, Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO - *Expert Committee on Drug Dependence*, 30th report, Geneva: WHO, 1998, technical report series, n.º 873.

WHO - The World Health Report 2001, *Mental health: new understanding, new hope*, Geneva: World Health Organization, 2001.

Legislação pertinente por ano de publicação (da mais recente para a mais antiga):

Despacho n.º 670/2010 de 29 de Junho do Secretário Regional da Saúde;

Despacho Conjunto n.º 18683/2008 de 14 de Julho dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde;

Portaria n.º 16/2007, de 29 Março;

Portaria n.º 749/2007, de 25 de junho;

Portaria n.º 748/2007, de 25 de junho;

Portaria n.º 1114/2001 de 20 de setembro;

Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho;

Portaria n.º 540/2001, de 28 de maio;

Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro;

Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de fevereiro;

Decreto-lei n.º 16/99, de 25 de janeiro;

Decreto-lei nº72/99 de 15 Março, Presidência do Conselho de Ministros;

Despacho Conjunto n.º 363/99, de 29 de Abril;

Lei n.º 7/97, de 8 de março;

Decreto Legislativo Regional n.º 17/96/A, de 2 de agosto de 1996;

Despacho n.º 21/95, do Ministério da Saúde, de 30 de agosto;

Decreto Regulamentar n.º 42/93, de 27 de novembro;

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro;

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto;

Decreto-Lei n.º 365/82, de 8 de setembro;

Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro;

Decreto-Lei n.º 791/76, de 5 de novembro;

Decreto-Lei n.º 790/76, de 5 de novembro;

Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro;

Lei n.º 2118, de 3 de abril de 1963.

Páginas da Internet:

www.humanus.pt, acedido em 2011

www.Idt.pt, acedido em 2011 e 2012

www.ine.pt, acedido em 2011