

**LINHAS DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA
PARA A INTERVENÇÃO
EM REDUÇÃO DE RISCOS
E MINIMIZAÇÃO DE DANOS:
COMPETÊNCIAS DOS INTERVENTORES**



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências

FICHA TÉCNICA

AUTORIA:

Coordenação:

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção

Grupo de Trabalho constituído por:

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências¹

Graça Vilar | Domingos Duran | Marco Torrado | Joana Leonardo

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

José António Santos Silva | Isabel Fernandes da Ponte

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.²

José António Rocha Almeida | Cristina Roma

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Marta Dias Borges

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.³

Dinis Cortes | José Romão

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.⁴

António Malta

Associação para o Planeamento da Família (Delegação do Algarve)

Ana Margarida Teixeira

Agência Piaget para o Desenvolvimento

Helena Valente | Cristiana Vale Pires | Andreia Nisa

Ares do Pinhal - Associação para a Recuperação de Toxicodependentes

Elsa Belo | Filipa Barata

Associação Caso - Consumidores Associados Sobrevivem Organizados

Sérgio Rodrigues | João Santa Maria

Grupo de Ativistas em Tratamentos

Adriana Curado | Ricardo Fuertes

Movimento de Apoio à Problemática da Sida

Ana Esmael

Grupo de Operações Humanitárias

Ana Perpétuo

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Dagmar Hedrich

EDIÇÃO: Lisboa, 2016

¹ De referir ainda a participação de Sofia Borges Pereira, Vanda Baptista e Fátima Silva, na fase inicial do Grupo de Trabalho.

² De referir ainda a participação de Rosa Marcedo, na fase inicial do Grupo de Trabalho.

³ De referir ainda a participação de Paulo Jesus, na fase inicial do Grupo de Trabalho.

⁴ De referir ainda a participação de Nuno Murcho, na fase inicial do Grupo de Trabalho.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
METODOLOGIA.....	11
PARTE I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	13
I.A. ENQUADRAMENTO	13
I.B. INTERVENÇÃO EM RRMD.....	15
PARTE II. ESPECIFICIDADES DA RRMD NO ÂMBITO DOS CAD	21
II.A. COMPETÊNCIAS EM RRMD	21
II.B. COMPETÊNCIAS DOS INTERVENTORES EM RRMD	25
II.B.1. COMPREENDER A RRMD NUM CONTEXTO TÉCNICO-CIENTÍFICO	26
II.B.2. COMPREENDER OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS	29
II.B.4. COMPREENDER A DOENÇA E O BEM-ESTAR NO CONTEXTO DOS CAD	38
II.B.5. COMPROMISSO	41
II.B.6. INTERVENÇÃO	49
II.B.7. APOIO À PESSOA	53
II.B.8. APOIO AO PRÓPRIO INTERVENTOR	57
RECOMENDAÇÕES	60
DIFUSÃO E MONITORIZAÇÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
LEGISLAÇÃO ENQUADRADORA	73

SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla	Designação
ARS, I.P.	■ Administração Regional de Saúde, Instituto Público.
CAD	■ Comportamentos Aditivos e Dependências
DICAD	■ Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
EP	■ Estabelecimento(s) Prisional(ais)
GHB	■ Ácido gama hidroxibutirato
HPV	■ Vírus do Papiloma Humano
IDT, I.P.	■ Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
IST	■ Infecções sexualmente transmissíveis
NPS	■ Novas substâncias psicoativas
OMS	■ Organização Mundial de Saúde
ONG	■ Organizações Não-Governamentais
PTS	■ Programa Troca de Seringas
PrEP	■ Profilaxia Pré-Exposição ao VIH
RRMD	■ Redução de Riscos e Minimização de Danos
SICAD	■ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNC	■ Sistema Nervoso Central
SNS	■ Serviço Nacional de Saúde
SPA	■ Substâncias Psicoativas
UIL	■ Unidades de Intervenção Local
VIH	■ Vírus da Imunodeficiência Humana
VHA	■ Vírus da Hepatite A
VHB	■ Vírus da Hepatite B
VHC	■ Vírus da Hepatite C

INTRODUÇÃO

Produzir e difundir normas e orientações técnicas específicas no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (CAD), bem como planear e operacionalizar políticas de intervenção com os parceiros estratégicos constituem-se como duas das mais importantes competências do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Da reorganização do dispositivo de respostas aos CAD decorrente da promulgação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde – Decreto – Lei n.º 124 /2011 de 29 de dezembro, resulta que as suas competências e atribuições se complementem com as das Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.), no que se refere às intervenções técnicas das Unidades de Intervenção Local (UIL), assim como aos programas, projetos e estruturas sócio-sanitárias⁵ que, no terreno, intervêm junto dos cidadãos portadores destas problemáticas.

Neste enquadramento, é objetivo deste documento disponibilizar orientações técnicas para as intervenções de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) no âmbito dos CAD, suscetíveis de contribuir para a sua maior eficiência, qualidade e consistência, garantindo ainda uma base comum de intervenção, facilitadora da respetiva monitorização e avaliação.

Sendo sentida como fundamental a necessidade de integrar e dar continuidade às iniciativas já desenvolvidas neste âmbito, a metodologia de trabalho assenta na elaboração de linhas orientadoras fundamentadas nas evidências científicas disponíveis, construídas num trabalho articulado com os vários parceiros estratégicos, responsáveis pela conceção e operacionalização da intervenção, nomeadamente os profissionais das ARS, I.P. com experiência e/ou conhecimentos privilegiados face ao objetivo (procurando-se refletir as diferentes especificidades regionais), bem como os profissionais de instituições promotoras de estruturas e programas sócio-sanitários de RRMD e outros peritos e investigadores neste domínio.

As recomendações baseadas na evidência científica disponível permitem que se possa transferir o conhecimento desenvolvido, por meio de investigações, para a (re)conceção e implementação de estruturas e programas, bem como constituir-se enquanto referência para o desenvolvimento e orientação de políticas no âmbito da RRMD.

Assim, pretende-se que este documento possa constituir um quadro de referência para as intervenções desenvolvidas, reunindo, por um lado, um conjunto de recomendações de boas práticas, sistematizadas a partir da experiência adquirida ao longo do tempo, e por outro, um conjunto de orientações que permitam uma melhoria da sua avaliação, ferramenta útil para desenvolver programas e estruturas sócio-sanitárias nesta área com um incremento da sua eficácia.

⁵ Integradas na Rede de Intervenção de RRMD em Portugal, com enquadramento normativo desde 2001 por meio do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de Junho.

Estas linhas orientadoras pretendem ainda ser um instrumento enquadrador para os interventores nas referidas estruturas e programas, assim como para os de outras estruturas de saúde e de apoio social que intervêm diretamente com as populações-alvo no âmbito da RRMD, complementando o trabalho desenvolvido até ao momento e contribuindo para o reforço do modelo de intervenção.

Apresenta-se assim um trabalho de desenvolvimento, revisão e de adaptação, à luz da conjuntura atual, de documentos orientadores e de avaliação produzidos no passado, [como sejam o *Guia de Apoio para a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos* (Carapinha et al., 2009), *Manual de Procedimentos do Programa KLOTHO – RRMD* (Alto Comissariado da Saúde, ACS-CNIVIH/Sida & Instituto da Droga e da Toxicodependência, IDT, I.P., 2006) e o *Guia de Acompanhamento e Avaliação de Equipas de Rua* (IDT, I.P., 2004), entre outros], incrementado com as contribuições das orientações baseadas na evidência científica entretanto produzida e disponibilizada, bem como com a experiência empírica dos profissionais com intervenção na área.

É importante que estas linhas orientadoras aportem também diretrizes ao âmbito da RRMD, no que se refere à intervenção com pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA) lícitas (álcool, medicamentos e anabolizantes, por exemplo) e com pessoas com comportamentos aditivos sem substâncias, nomeadamente em relação ao jogo e internet.

Por outro lado, é necessário atender a uma abrangência diferenciada por etapas do ciclo de vida e por contextos de intervenção em RRMD, dado que este paradigma é transversal à definição de estratégias, políticas e práticas em CAD, levando à sua diferenciação e adaptação às características dos cidadãos que necessitam de respostas neste âmbito, bem como à plasticidade das manifestações destes fenómenos nos diferentes enquadramentos societários.

Neste âmbito, constitui-se como principal objetivo destas linhas orientadoras a (re)clarificação do paradigma da intervenção da RRMD, sustentando-se este trabalho em 4 vertentes principais:

- Harmonização das práticas profissionais, com incremento da sua qualidade e consistência;
- Melhoria dos processos e mecanismos de articulação, potenciando a cooperação e convergência dos parceiros;
- Melhoria dos resultados e da qualidade da intervenção, partindo-se dos resultados obtidos e redefinindo-se estratégias de trabalho que permitam a sustentabilidade de ganhos em saúde pelo reforço da sua adequação às características do cidadão e dos contextos em que este se movimenta;
- Facilitação dos processos formativos de novos profissionais, pela definição do seu perfil de competências, capaz de garantir a defesa dos princípios fundamentais da intervenção em RRMD.

METODOLOGIA

Para a elaboração deste documento foi criado um Grupo de Trabalho, constituído por profissionais do SICAD e representantes das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) de cada uma das ARS,I.P., com experiência e conhecimentos na área.

Finda esta primeira fase, o grupo de trabalho concluiu pela relevância de que fossem aportados os contributos baseados na prática e na evidência científica através da auscultação adicional de outros peritos, nomeadamente de Instituições promotoras de projetos e de investigação nesta área específica.

As reuniões realizadas promoveram momentos de reflexão, discussão e partilha de ideias relativos ao trabalho que tem sido realizado no âmbito da RRMD em Portugal e contextos internacionais, visando a produção de um conjunto de linhas orientadoras que possam ser um instrumento operacional para os profissionais que intervêm diretamente com as pessoas neste domínio.

As reuniões permitiram a elaboração de um documento amplamente participado. A metodologia utilizada nas reuniões baseou-se no modelo reflexivo, propiciando a construção de um produto partilhado, bem como co e (re) construído de reflexões sobre a prática e a sua evolução na área da RRMD.

Para a elaboração deste documento os peritos envolvidos, nesta primeira fase, adotaram uma metodologia de consenso a partir das seguintes premissas:

- Evidência baseada na literatura científica, sendo que, de forma a atualizar a matriz teórica, procedeu-se à pesquisa e revisão bibliográfica e documental.
- Evidência empírica dos profissionais de RRMD, sustentada em boas práticas nacionais e internacionais de intervenção ao longo dos tempos com pessoas com CAD.

PARTE I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

I.A. ENQUADRAMENTO

A intervenção em RRMD surge sob a égide do ativismo em saúde enquanto resposta para a pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em meados dos anos 80, uma infeção de dimensões desconhecidas e para a qual não havia resposta. Indelévelmente associado à disseminação do VIH estava o consumo de substâncias psicoativas (SPA), o que viria a tornar a população consumidora clínica e socialmente mais vulnerável ao risco de contrair a doença.

Este momento histórico, que forçou uma reorganização comunitária, viria a mudar o curso da intervenção em saúde, mais precisamente junto da população utilizadora de SPA. Um pouco por todo o mundo, e Portugal não foi exceção, foi-se respondendo ao boom da utilização de SPA no seio das cidades, com intervenções inovadoras, quase experimentais como o programa de distribuição de seringas ou a criação de dispositivos com programas de substituição em baixo limiar de exigência nos bairros associados ao consumo e ao tráfico. Estas intervenções foram assumidas pela sociedade civil, mas também pelo Estado que, aos poucos, foi adotando um papel, nem sempre consensual, de apoio a estas medidas de saúde pública.

A Europa já tinha dado alguns passos determinantes na área da RRMD e nunca perdeu a ligação da redução de riscos ao seu lado mais ativista, implicando os utilizadores na sua estratégia e seu percurso. Já em Portugal, e uma vez que as respostas no terreno emergiram no quadro das políticas em saúde pública e de necessidade urgente de implementação de intervenções no terreno, a vertente “ativista” e de capacitação dos utilizadores de SPA não teve tanto impacto.

Neste contexto, a RRMD impôs-se inicialmente como uma prática, como resposta sócio-sanitária, e só depois começou a ser estudada enquanto disciplina, como intervenção suportada por um edifício teórico, num trajeto epistemológico não essencialmente diferente do que sucedeu noutros países europeus. No entanto, o consumo a “céu aberto” e todos os problemas associados só emergiram em Portugal mais tarde, nos anos 80 e as medidas de RRMD apenas se instalam no terreno de um modo mais efetivo no início dos anos 90, retardando o seu reconhecimento como política e como prática⁶.

⁶ Na década de 90 e face ao crescimento do número de utilizadores de drogas injectáveis infectados pelo VIH, incrementou-se a dinamização de projectos experimentais de redução de danos. Exemplo disso foram os seguintes projetos:

- O *projecto STOP-SIDA*, iniciado em 1993 e promovido pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) e outros parceiros, traduziu-se numa experiência precursora no domínio da redução de danos em Portugal, centrada na prevenção de novos casos de infeção pelo VIH na população utilizadora de drogas injectáveis. Este projecto contribuiu decisivamente para a expansão das várias intervenções desenvolvidas nos anos posteriores, como o rastreio anónimo e confidencial de doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas.
- A *intervenção no Bairro do Casal Ventoso*, por muitos considerada a primeira ação de RRMD no nosso país, sofreu ao longo dos anos várias reestruturações (1996, 1998, 2001 e 2003), assentes no alargamento de respostas de proximidade (ex: unidades móveis, equipas de rua...), na constituição de parcerias entre a autarquia de Lisboa, os serviços da administração central e a sociedade civil e na implementação de planos integrados de prevenção das toxicodependências. Todas estas ações, centradas na minimização dos

Importa contudo reconhecer que Portugal desenvolveu um caminho que se foi consolidando, dispondo presentemente de experiência e conhecimento neste domínio que é reconhecido a nível internacional. Adicionalmente, toda a reforma legislativa de carácter pragmático e humanista permitiu reconhecer e enquadrar oficialmente a RRMD como uma política, integrando diversas estratégias de intervenção.

Em todos os exemplos de intervenção no âmbito da RRMD em Portugal⁷, sobressai a relevância da articulação intersectorial – desde entidades estatais na área dos CAD / saúde, segurança social, passando por autarquias até instituições particulares de solidariedade social e organizações não-governamentais. Este foi um elemento determinante na criação de sinergias, potenciando a capacidade de resposta face às necessidades diagnosticadas; bem como a interdisciplinaridade e a coexistência de diversas valências/estruturas, de natureza complementar, integrada e de proximidade, visando a qualificação das respostas e a otimização dos recursos envolvidos. Exemplos disso são os programas de substituição opiácea com baixo limiar de exigência em instalações móveis e fixas, equipas de rua, centros de acolhimento, centros de abrigo, pontos de contacto e de informação (em territórios prioritários e contextos festivos/recreativos) e gabinetes de apoio, entre outros (por exemplo, equipamentos multiusos ou respostas comunitárias multisserviços).

Na atualidade, a RRMD enfrenta um novo desafio: apesar de se tratar de um conjunto de práticas baseadas na evidência e de deter, em termos de custo-benefício, uma eficácia comprovada, importa que a transversalidade das intervenções que preconiza encontre o seu lugar na interface com a prevenção, o tratamento e a reinserção, numa lógica complementar e que contrarie o carácter estanque da cada resposta. Em contrário, torna-se particularmente difícil operacionalizar intervenções que considerem o gradualismo de “mudança” individual como um processo de várias etapas e que se podem entrecruzar num dado momento ou situação específica.

Neste âmbito, as próprias competências pessoais e profissionais dos interventores na área da RRMD adquirem visibilidade e, conseqüentemente, necessitam de contextualização e de capacitação.

problemas associados à toxicodependência no Bairro, contribuíram para a visibilidade social do problema das drogas ilícitas, fomentando a reflexão e discussão sobre as políticas de RRMD em Portugal.

– O Programa *Contrato de Cidade* (1997-2003) e o *Projeto Quarteira* procuravam incrementar a acessibilidade aos cuidados de saúde junto de indivíduos socialmente excluídos, especialmente arrumadores de automóveis e trabalhadores sexuais, visando a diminuição das práticas e comportamentos de risco associados ao consumo de SPA de rua e, em simultâneo, a integração de utilizadores mais vulneráveis em programas terapêuticos estruturados na rede assistencial pública.

⁷ Como o *Gabinete de Apoio do Casal Ventoso*, os Planos Integrados de Prevenção das Toxicodependências – Cidade de Lisboa, Vila Franca de Xira e Contrato Cidade Porto, a Rede de estruturas e programas sócio-sanitários de RRMD, o *Projeto Bola de Neve*, o Programa *Klotho* e, mais recentemente, o Plano Operacional de Respostas Integradas, entre outros.

I.B. INTERVENÇÃO EM RRMD

Teoria e prática estão (...) indiscutivelmente associadas. A teoria deve ser entendida como um instrumento orientador da ação e a ação como um espaço de renovação do conhecimento. Neste contexto, o campo da prática constitui-se como uma entidade dinâmica, propiciadora da construção de novos conhecimentos.

(Almeida, 2003)

A abordagem no âmbito da RRMD pretende globalmente promover a mudança dos comportamentos aditivos, com ou sem substâncias, de modo a diminuir os riscos e danos nos casos em que não é possível a sua supressão. As intervenções baseiam-se, assim, num forte compromisso com a saúde pública e com os direitos humanos, com um pendor eminentemente biopsicossocial.

A intervenção com a pessoa com CAD, relativamente aos seus comportamentos de risco, integra a conceção de que os mesmos são influenciados por variáveis individuais e de contexto. Como tal, toda a atuação dos profissionais deve decorrer da sua cuidadosa avaliação, contemplando-as devidamente em todas as suas intervenções. Um conjunto de teorias e modelos, fortemente moldados por princípios e orientações designadamente das áreas da saúde e das ciências sociais e humanas, sustentam o referencial das práticas dos interventores na área da RRMD.

Atualmente é reconhecido de modo consensual que o estado de saúde não é o resultado apenas da interação de inúmeros fatores biológicos, sendo também determinado por processos psicológicos, sociais, económicos e pelas normas sócio-culturais e políticas. O reconhecimento dos **determinantes psicossociais da saúde** está aliás patente no histórico de abordagens à promoção da saúde, segundo o qual os comportamentos que as pessoas adotam e as circunstâncias em que vivem têm indeléveis impactos sobre a saúde.

Tradicionalmente, o foco dos programas de educação para a saúde tem sido a promoção da modificação de comportamentos nocivos. Foi-se assistindo, contudo, a uma progressiva mudança de paradigma, orientada para abordagens mais estruturalistas e que conferem maior relevância às variáveis sociais e ambientais (género, condição socioeconómica, cultura, etnia, e outras) enquanto importantes mediadores da saúde. Uma terceira vertente tem-se debruçado sobre o impacto de uma ampla gama de fatores psicológicos no estado de saúde, incluindo todo os processos que lhe estão intimamente associados, tais como crenças, expectativas, cognições, representações, avaliações, etc. (Bennett & Murphy, 1999; Ogden, 1999). Neste sentido, o modelo de intervenção deve orientar-se, para além dos **princípios** do humanismo e do pragmatismo, por princípios como o do *outreach*, do gradualismo, da autonomia, do enraizamento na comunidade, da cidadania, do diálogo, da relação, da negociação, da educação para a saúde, da mudança, da acessibilidade aos serviços de saúde e sociais, bem como da adequação da intervenção à pessoa (Carapinha et al., 2009).

A aplicação destes princípios culmina, assim, numa **abordagem**:

■ **Holística**

Ao considerar que existem variáveis de ordem individual e contextual que são mediadoras das mudanças de crenças, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de substâncias e que importa ter em consideração na definição da melhor estratégia de atuação com cada pessoa com CAD, com vista a sensibilizá-la para a eliminação de condutas de risco e adoção de comportamentos de proteção.

■ **De proximidade**

Ao intervir junto de populações específicas de utilizadores de SPA que não sejam efetivamente abrangidos pelos serviços convencionais, bem como a necessidade de realizar intervenções específicas no domínio da promoção da saúde pública, exige-se um esforço de valorização, de alargamento e de aperfeiçoamento contínuo de um modelo de intervenção em proximidade.

– **Proximidade ao local**

Assenta numa observação participante e no estabelecimento de uma relação de confiança e de empatia com as pessoas, favorecendo o relacionamento através de conversas informais e facilitando o diálogo, bem como a avaliação da problemática social existente no local. Desta forma, fomenta-se o conhecimento dos modos de apropriação dos espaços pelas pessoas/grupos, de modo a compreender as práticas de consumo, bem como as atividades relacionadas com a angariação de recursos.

– **Proximidade ao indivíduo**

Compreender a vida quotidiana dos indivíduos/grupos, as ideias e discursos manifestos, as práticas observáveis, os problemas e carências vividas e os relacionamentos interpessoais e sociais. Pode-se então entender as **estratégias** de RRMD como um conjunto de práticas de saúde pública e de intervenção comunitária destinadas a reduzir as consequências negativas dos CAD e a promover comportamentos e comunidades mais saudáveis, orientadas para:

- Reduzir a frequência e a intensidade do comportamento aditivo com ou sem substâncias;
- Reduzir os danos associados aos CAD, incluindo a prevenção de comportamentos sexuais de risco associados ao consumo de SPA e à condução sob o efeito destas substâncias;
- Promover o conhecimento dos riscos associados aos CAD e as melhores formas de lidar com eles, incluindo o acesso a meios de controlo de qualidade dessas substâncias – análises - e a facilitação da difusão da informação daí proveniente;
- Promover práticas de menor risco.

No âmbito dos CAD, **outreach** é uma metodologia de intervenção muito utilizada em RRMD, centrada na pessoa e na comunidade a que se destina, que disponibiliza serviços sociais e de saúde a utilizadores de SPA com consumos nocivos, no seu espaço ou território habituais (Korf et al., 1999).

O objetivo de uma intervenção de *outreach* é o de alcançar contextos e dinâmicas que se afastam, por diversas razões (estigma, marginalização, escassez de recursos, acesso limitado à saúde e serviços sociais, etc.), dos fatores e condições necessárias para o exercício de uma cidadania plena.

Estas intervenções de proximidade permitem colmatar lacunas na acessibilidade aos serviços disponíveis (muitas vezes públicos) e/ou integrá-los, sendo frequentemente levadas a cabo por instituições sem fins lucrativos e organizações não-governamentais (ONGs).

Outro efeito destas metodologias, a nível heurístico, é salientado por Dewson, Davis & Casebourne (2006), autores que referem que uma equipa de proximidade (*outreach*) alcança dimensões de observação, relação e conhecimento do fenómeno dos CAD habitualmente não atingíveis pelas intervenções tradicionais, o que potencia grande motivação na própria equipa de trabalho.

Rhodes (1996) distingue três **tipos de outreach**:

- **Domiciliário** (realizada em casas individuais).
- **Individual** (realizada em ambientes públicos e particulares de segmentação).
- **Peripatético** (realizada em ambientes públicos ou privados, especialmente orientado para sensibilizar e orientar as organizações).

Dewson, Davis & Casebourne (2006) referem um outro tipo, para além destes três:

- **Satélite**, onde os serviços são prestados à distância (tecnologias diversas, rádio local, *website*, linha telefónica, etc.).

Os mesmos autores evidenciam as seguintes ferramentas como as mais adequadas para esse fim: folhetos, boletins informativos e publicitários; tendas e exposições e eventos dedicados a matérias de interesse para a população, em local comum público e em instituições da comunidade local, como bibliotecas, centros comunitários, mercados, etc.

Em comparação com os prestadores de serviços tradicionais, estes autores argumentam que os serviços de extensão, fornecidos mais perto dos indivíduos e das suas residências, promovem uma aproximação voluntária, pela exigência mais realista em que se enquadram face à capacidade de resposta possível da parte da própria população, grupo ou pessoa singular a ser intervencionada.

As estratégias de *outreach* podem direcionar-se a populações-alvo, tais como trabalhadores do sexo e utilizadores de SPA, sendo ainda aplicáveis no contexto de intervenções no âmbito do planeamento familiar e economia doméstica, empregabilidade, desenvolvimento de competências pessoais e sociais, entre outros.

Tendo em conta o pressuposto de *outreach*, que dá sentido ao modelo de proximidade aqui apresentado e utilizado no âmbito da RRMD, considera-se que é tão importante a proximidade ao local, como a proximidade ao indivíduo e que se devem distinguir os seguintes **níveis de intervenção**:

■ **Individual**

No qual as intervenções informativas e educativas que se desenham e se desenvolvem em função da realidade concreta do cidadão. Integra aqueles fatores que determinam a negociação dos comportamentos de risco (face aos determinantes de risco para as consequências negativas dos CAD, entre duas pessoas - influência de um sobre o outro, regras entre ambos, ritos, etc.).

■ **Comunitário**

Em que o foco último incide na modificação das opiniões, influências e ações dos grupos sociais de pertença (família, amigos, vizinhos, bairro, freguesia, cidade etc.) e contextos sociais onde existem pessoas com CAD.

Este nível de intervenção reporta-se à participação da comunidade local, na qual é necessário provocar mudanças nas atitudes, respostas e condutas relacionadas com o uso de substâncias, implicando elementos chave de instituições locais e a vizinhança, ouvindo os seus problemas e questões e fomentando a sua participação na planificação e realização das intervenções, dando especial relevo aos pares na difusão de informação e práticas de menor risco.

■ **Sociopolítico e legal**

Estes níveis têm uma influência direta sobre o resultado das intervenções realizadas nos dois níveis anteriores, o individual e o comunitário.

Deles dependem as circunstâncias sociais das pessoas com comportamentos aditivos, a atitude das forças de segurança, as consequências legais do consumo de SPA ou dos CAD relativos ao jogo, a orientação política e os pressupostos que enquadram as intervenções em saúde pública, a orientação dos serviços assistenciais, o interesse dos diferentes responsáveis pelas intervenções deste tipo com as pessoas com comportamentos aditivos e dependências.

Para as pessoas com CAD, as intervenções baseiam-se fundamentalmente em programas integrados ao nível das redes de apoio, articulados com os serviços assistenciais.

Uma variante do trabalho de rua (*outreach*) é o **trabalho de pares**. Este trabalho apresenta dois tipos de diferenças em relação ao trabalho tradicional de rua: primeiro, tem como objetivo induzir mudanças de comportamento dentro de redes específicas de utilizadores de SPA; segundo, tem como objetivo induzir mudanças através da educação de pares, utilizando técnicos que são "indígenas" e que têm "*status*" de par dentro da população alvo. O trabalho de pares, também designado como "trabalho indígena", pode ser definido como: *Trabalho de rua efetuado por indivíduos dentro do seu próprio grupo de pares e redes sociais.* (Korf et al., 1999).

De acordo com Cavalcanti (1996), a eficácia da associação destas metodologias [como o trabalho de pares] assenta na troca de conhecimentos, práticas e instrumentos que permitem a apropriação simbólica dos recursos, propiciando a que os sujeitos sob intervenção sejam protagonistas e responsáveis pelos seus próprios processos de mudança.

De referir ainda a **intervenção comunitária**, que se dirige à mobilização dos recursos da comunidade para produzir respostas adaptadas aos problemas sócio-sanitários com que se confronta. Apesar da maioria dos programas de RRMD se desenvolverem prioritariamente no contexto do consumo de SPA por via injetável, o seu campo de intervenção é mais amplo e a sua metodologia aplica-se a todas as pessoas com CAD e à minimização de uma ampla miríade de danos.

A intervenção comunitária requer o reposicionamento conceptual do focus de intervenção, ou seja, implica compreender a coexistência e a diversidade de especificidades locais e das tensões e conflitos existentes, pois só assim será possível a construção e aplicação de estratégias de intervenção social específicas, atentas à singularidade contextual. Importante é, assim, que cada intervenção esteja adaptada às necessidades locais e aos diferentes subgrupos. Compete às equipas no terreno, em colaboração com os responsáveis das políticas sócio-sanitárias e com os cidadãos, incluindo as próprias pessoas com CAD, estabelecer a definição das necessidades e prioridades, tendo por base o diagnóstico e o projeto de intervenção comunitária.

Complementarmente e considerando, como já anteriormente referido, que o paradigma de intervenção em RRMD se fundamenta na abordagem da promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa enquanto cidadão detentor de direitos (na lógica de ausência de juízos prévios ou julgamentos morais e perseguindo o fim último do respeito pela pessoa e suas opções de vida), a multiplicidade de fatores intervenientes, quer no âmbito dos CAD quer no âmbito da exclusão social, impõe uma **intervenção de cariz multi, inter e transdisciplinar**.

Partindo das premissas acima enunciados, e considerando que a especificidade da intervenção assenta numa realidade complexa - na qual se reconhece que o consumo de SPA suscita e reflete fenómenos muito diferentes consoante a dinâmica gerada a partir da intersecção de aspetos como as substâncias, a pessoa, as redes sociais de apoio ou o enquadramento social, económico e político - deve a intervenção basear-se numa visão holística da pessoa e do meio em que se insere, procurando para tal os contributos dos vários ramos do conhecimento, focando-se no superior interesse da pessoa.

Deste modo, a intervenção em RRMD deve ser sempre planeada, executada e avaliada por equipas multidisciplinares (assistentes sociais, enfermeiros, médicos, psicólogos, voluntários, pares, entre outros), sendo que a própria **multidisciplinaridade** deve basear a construção/relação do trabalho em parceria, quer seja interventor/utente, interventor/interventor, utente/utente ou instituição/instituição. A pessoa deve ser vista como o centro da intervenção, pelo que a equipa multidisciplinar deve ter como intuito atender às suas necessidades individuais globais, apontando como objetivo primordial o seu bem-estar físico, psíquico e social.

Para tal, é necessário que todos os interventores da equipa atuem de modo colaborativo e criem condições para que a intervenção assuma um carácter interdisciplinar, incorporando e permitindo a visão do todo, reconhecendo-se nesta premissa a transversalidade dos cuidados socio-sanitários.

Assim, a complexidade da intervenção no âmbito da RRMD considera os vários níveis da realidade, e dinamiza uma aliança dos conhecimentos nas diversas áreas científicas, de modo que o todo possa ser mais que a soma das partes, promovendo a **interdisciplinaridade**, numa postura construtivista, fomentando a interdependência entre os vários ramos do conhecimento, para assim obter uma maior amplitude na operacionalização da intervenção, de modo a atingir plenamente o seu fim - o bem-estar da pessoa, na sua envolvimento.

Fruto do desenvolvimento de vários constructos, numa visão mais abrangente e multidimensional da pessoa, o objeto da intervenção de RRMD requer uma **transdisciplinaridade**, que conduz a uma abordagem global, assente no respeito da pessoa vista na sua realidade biopsicossocial, reconhecendo e dignificando as suas crenças religiões e mitos, numa lógica transcultural assente na premissa de que *o saber compartilhado deverá conduzir a uma compreensão compartilhada baseada no respeito absoluto das diferenças entre os seres, unidos pela vida comum sobre uma única e mesma terra*⁸ (Freitas, Morin & Nicolescu, 1994).

Em síntese, as intervenções em RRMD baseiam-se em **metodologias e princípios estratégicos** que se caracterizam por:

- Aumentar a acessibilidade aos serviços e a sua adaptação às necessidades das pessoas com CAD;
- Promover modelos de proximidade e de procura em detrimento de modelos de espera (procurar aproximar as respostas às pessoas com CAD);
- Oferecer informações realistas sobre CAD, SPA, jogo e outros CAD sem substância, bem como as formas de uso e os riscos a elas associados;
- Promover a educação sanitária, facilitadora de comportamentos de menor risco/nocividade;
- Promover a responsabilização e a participação das pessoas com CAD enquanto cidadãos;
- Implicar os agentes com maior capacidade de liderança como modelos saudáveis de mudança;
- Intervir na comunidade, visando promover uma proximidade mais racional e objetiva dos problemas que afetam as pessoas com CAD, prevenindo as reações de alarme social;
- Incorporar estratégias para motivar para a mudança as pessoas com CAD;
- Promover a elaboração e difusão pública de estudos empíricos sobre os efeitos das intervenções no âmbito da RRMD.

⁸ Artigo 13º da Carta da Transdisciplinaridade.

PARTE II. ESPECIFICIDADES DA RRMD NO ÂMBITO DOS CAD

II.A. COMPETÊNCIAS EM RRMD

A competência não reside nos recursos (saberes, conhecimentos, capacidades), mas na própria mobilização desses recursos.

Le Boterf, 1994 (adapt.)

A intervenção em RRMD, situando-se principalmente em contextos complexos e de interação pluridisciplinar, implica o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais específicas.

Segundo Almeida (2011) o termo “competência” exprime-se em torno do Saber (conhecimento), Saber Fazer (habilidade, aptidão) e Saber Ser (atitude), ou seja, a **competência** é um produto da complementaridade entre a especificidade do saber teórico (Saber), a resolução de problemas em contexto (Saber Fazer) e a prática reflexiva e dimensão ética da profissão (Saber Ser).

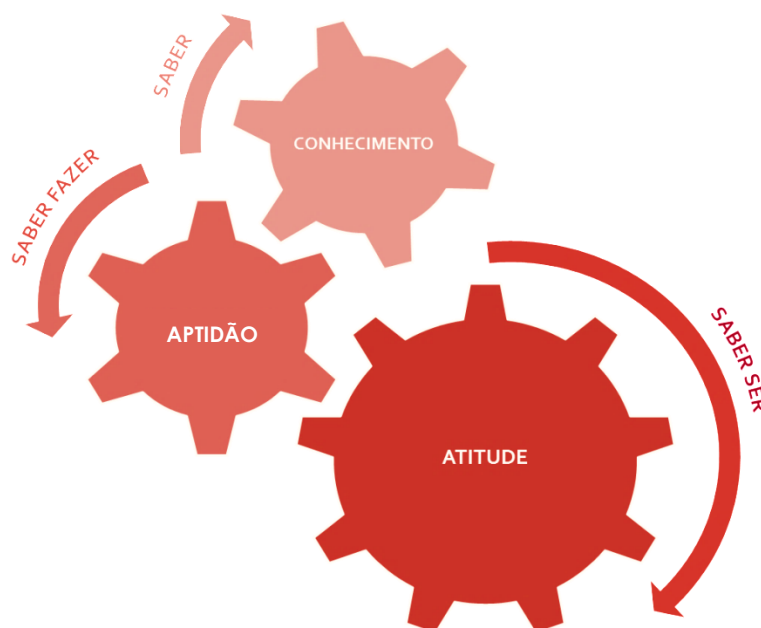


Figura I. Competências

É exatamente nesta ótica que as mais recentes linhas orientadoras internacionais para a intervenção na área da RRMD, como por exemplo *Outreach Competencies* (Center for HIV, Hepatitis & Addiction Training & Technology, CHHATT, 2009), *Harm Reduction Training Manual* (British Columbia Harm Reduction Strategies and Services, BCHRSS, 2011), *Professional Profile of the Outreach Worker in Harm Reduction* (Associação Piaget para o Desenvolvimento, APDES, 2013) e *Reaching Drug Users – Toolkit for Outreach Services* (AIDS Alliance, 2013), descrevem as competências que os interventores devem desenvolver.

De uma forma global, a literatura acima referida evidencia que a própria seleção dos interventores, para atuar na área da RRMD, e independentemente da sua formação, deve ser cuidadosa, requerendo a atenção sobre um conjunto alargado de **características específicas**, das quais se destacam as seguintes:

■ **Ser flexível e tolerante**

Não fazer juízos de valor – não avaliar quem está certo e quem está errado. O interventor dispõe-se a ouvir e não a julgar. Deve demonstrar aceitação, minimizando os seus preconceitos, e não impedir a livre expressão de sentimentos por parte da pessoa.

■ **Ser empático**

Importa ter a capacidade de ver o problema como a pessoa o vê sem, no entanto, dirimir o necessário distanciamento e objetividade inerente a qualquer atitude técnica. Para o utente, é muito reconfortante perceber que alguém entende como se sente, assim como saber que o interventor está disponível. Uma relação genuína entre interventor e utente é a base de uma intervenção de sucesso.

■ **Saber adaptar-se**

Saber usar uma terminologia e um estilo de comunicação adaptado às necessidades da pessoa ou do grupo, modificando as aproximações e os métodos de trabalho consoante as circunstâncias e as necessidades.

■ **Possuir capacidade de ouvir, observar e comunicar**

É importante estar atento às mensagens verbais e não-verbais da pessoa, saber interpretar e saber comunicar com o utente e com a comunidade.

■ **Ser resiliente**

Deve ter capacidade de operacionalizar conhecimentos, atitudes e aptidões no sentido de prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das diferentes adversidades com que se pode deparar, assim como ter a capacidade de se auto motivar.

■ **Saber aplicar os conhecimentos e as noções básicas sobre os CAD e RRMD**

Deve estar bem informado sobre o seu campo de atuação, conhecer os modelos e estratégias de intervenção, bem como os serviços e recursos disponíveis, dentro do seu ambiente e comunidade. Deve também ajudar a pessoa a equacionar as alternativas para a condução da sua vida e a

considerar as vantagens, desvantagens e implicações de cada uma. Deve ainda reconhecer os limites inerentes à sua intervenção.

■ **Possuir uma visão multidisciplinar / interdisciplinar**

É imprescindível valorizar as várias contribuições provenientes dos modelos teóricos e partilhar o conhecimento. Deve entender que nem todas as necessidades são colmatadas pelo saber ou pelas intervenções em apenas uma área.

■ **Saber assegurar uma prática ética e segura**

Respeitar os direitos do utente e fomentar o cumprimento das suas obrigações, reconhecendo-lhe o direito de reclamar e de recusar, assim como preservar a privacidade e garantir a confidencialidade. Por outro lado, não deve dar falsas esperanças sobre o que pode oferecer ou sobre o seu conhecimento.

■ **Deter a capacidade de ser objetivo, mantendo o sentido crítico construtivo**

Deve demonstrar capacidade de recolher dados pertinentes e manter os registos efetuados num formato claro e conciso, já que é essencial obter informação precisa e atualizada para proporcionar uma intervenção apropriada. Deve ainda reconhecer as limitações inerentes à sua prática.

■ **Demonstrar consciência e responsabilidade**

Deve ter consciência dos limites da sua intervenção e da natureza da relação de ajuda que estabelece com os utentes, abstendo-se de emprestar ou dar bens (ex: dinheiro, pertences), mesmo que temporariamente, ou envolver-se emocional ou sexualmente.

■ **Reconhecer as próprias necessidades de aprendizagem e de formação contínua**, procurando o aperfeiçoamento ou treino profissional.

Por outro lado, há um conjunto de **conhecimentos específicos** que cada intervenor deve possuir⁹, nomeadamente em:

- RRMD (políticas, objetivos, estratégias, ganhos sociais e em saúde, entre outros);
- Comunicação e aptidões básicas de aconselhamento, relacionadas com os danos das substâncias e como evitá-los;
- Produção de conteúdos em RRMD;
- Formas de consumo injetável e outros que envolvam um menor risco;
- Prevenção e gestão de overdoses;
- Desinfecção;

⁹ Adaptado de AIDS Alliance (2013). *Reaching drug users: A toolkit for outreach workers*. Disponível em: http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/380/90629-Reaching-drug-users-A-toolkit-for-outreach-services_original.pdf?1405520658

- Eliminação dos resíduos e gestão das agulhas / seringas utilizadas;
- Práticas de sexo seguro e uso de preservativos (incluindo técnicas de negociação com parceiros para sexo mais seguro);
- Transmissão de VIH, prevenção, rastreio / testes e tratamento;
- Transmissão de Hepatite B e C, prevenção, análises e tratamento;
- Transmissão da Tuberculose, prevenção, rastreio e tratamento;
- Transmissão de outras doenças infecciosas sexualmente transmissíveis, prevenção, análises e tratamento (sífilis, gonorreia, clamídia, vírus do papiloma humano);
- Programas de substituição com cloridrato de metadona / buprenorfina;
- Primeiros socorros, nomeadamente ao nível de técnicas de suporte básico de vida;
- Segurança e Saúde no trabalho;
- Conceitos básicos da intervenção em contextos festivos e recreativos;
- Mecanismos de referenciação para cuidados especializados.

Esta caracterização de competências e conhecimentos específicos é entendida como crucial e transversal em todos os intervenientes em RRMD, independentemente dos programas e estruturas sócio-sanitárias, equipamentos multiusos e respostas comunitárias multiserviços que integrem ou das intervenções mais abrangentes de saúde pública e de apoio psicossocial em que participem.

II.B. COMPETÊNCIAS DOS INTERVENTORES EM RRMD

O **reconhecimento de competências** em RRMD é essencial para promover e monitorizar a profissionalização dessa intervenção específica, quer através do treino e formação, quer numa ótica de desenvolvimento profissional e pessoal.

Referimo-nos concretamente a:

COMPREENDER A RRMD NUM CONTEXTO CIENTÍFICO

- Registo de dados e Investigação-ação
- Teorias das Ciências Sociais e Humanas, de Saúde Pública e de Etnografia

COMPREENDER OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS

- Comportamentos aditivos com substâncias psicoativas
- Classificação das substâncias psicoativas
- Comportamentos aditivos sem substâncias
- Contextos de intervenção
- Referenciação

COMPREENDER A DOENÇA E O BEM-ESTAR NO CONTEXTO DOS CAD

- Doenças infecciosas (VIH/Sida, hepatites virais, tuberculose, pneumonias multiresistentes) e doença mental

COMPROMISSO

- Estratégias de abordagem
- Sensibilidade cultural
- Atenção ao contexto de intervenção, promovendo a segurança de todos os participantes
- Comunicação efetiva
- Intervenção comunitária
- Confidencialidade e ética
- Leis e regulamentos

INTERVENÇÃO

- Informação e formação em saúde
- Avaliação do risco
- Redução de riscos
- Prevenção e aconselhamento pré e pós-teste
- Intervenção em crise

APOIO À PESSOA

- Defesa dos direitos da pessoa com CAD / Advocacy
- Recursos, serviços e articulação interinstitucional
- Modelo de gestão de consumos

APOIO AO PRÓPRIO INTERVENTOR

- Prevenção e controlo dos riscos psicossociais e do *stress* no trabalho
- Prevenção e controlo de riscos físicos e vacinação
- Supervisão

Figura II. Competências em RRMD

II.B.1. COMPREENDER A RRMD NUM CONTEXTO TÉCNICO-CIENTÍFICO

RRMD é informar e prestar cuidados socio-sanitários a uma população tradicionalmente marginalizada e excluída desse direito. É assim uma estratégia para transpor tais cuidados para a proximidade da residência ou local de trabalho destes cidadãos. Não é uma estratégia nova. É uma estratégia que deve ter em conta as boas práticas em saúde pública e de intervenção psicossocial por parte dos profissionais que as desenvolvem, incrementando o acesso à informação e aos cuidados por parte dos membros da comunidade em que se integra. O conhecimento de referenciais nacionais e internacionais de intervenções desenvolvidas em RRMD por parte dos profissionais, assim como os princípios e estratégias orientadores, devem ser promovidos por meio de **formação contínua e atualização**, promovendo uma leitura gradativamente mais crítica e profícua da intervenção cometida pelos próprios interventores.

O sucesso da RRMD tem estado também associado à mobilização e formação de pessoas pertencentes à comunidade na qual se desenvolve a intervenção. Ao integrar estes cidadãos enquanto interventores, a intervenção conquista credibilidade e acesso à própria comunidade, habitualmente relutante em aceitar informação veiculada por pessoas externas. Isto é especialmente verdadeiro no que se refere às pandemias de VIH/SIDA e hepatite C que afetam os utilizadores de SPA por via endovenosa.

No domínio da pesquisa e investigação científicas, o acesso aos utilizadores de SPA constitui a oportunidade de observar estes cidadãos nos seus contextos vivenciais específicos, permitindo a colheita de dados quantitativos e qualitativos /etnográficos.

[1] REGISTO DE DADOS E INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

A importância do registo de dados em qualquer intervenção é bastante significativa e inscreve-se no princípio das boas práticas profissionais e na promoção do estatuto científico das metodologias utilizadas em RRMD. O seu exercício permite **sistematizar** cronologicamente processos de intervenção com a pessoa e os **resultados** alcançados com o apoio desenvolvido. Da sua prática resulta, pois, o entendimento pormenorizado do processo singular e evolutivo da pessoa, não só na perspetiva das intervenções e dos métodos utilizados, como também das consequentes dinâmicas de acompanhamento interdisciplinar e de diagnóstico psicossocial.

A recolha de dados credíveis para a investigação psicossocial neste domínio deve ser feita mediante a aplicação de protocolos de investigação - normas e procedimentos que suportam o processo de colheita de informação. Os interventores em RRMD devem identificar a relevância destes protocolos na construção de conhecimento no domínio em análise, para que a investigação propicie produtos que se possam traduzir em intervenções mais eficazes.

O registo, em frequência e em conteúdos devidamente enquadrados e reconhecidos por toda a equipa técnica por via da aplicação de um instrumento universal possibilita, se necessário, o trânsito de informação técnica de modo a facilitar o processo de sistematização e de publicação de dados e de reflexões, fundamental à promoção e realização de iniciativas de investigação científica, que permitam estudar não só

as componentes qualitativas de estudos de caso, como também estudos comparativos com recurso a amostragem.

A publicação dos indicadores estatísticos e a análise dos dados, só possível através de um trabalho rigoroso de registo, permite igualmente uma maior perceção dos aspetos a melhorar no âmbito do estudo e monitorização da evolução da intervenção.

É pois num esforço contínuo de garantir a **Avaliação** (recolha rigorosa e sistemática de informação sobre as características, atividades e resultados de um dado processo/projeto, visando determinar o seu mérito, eficácia e impacto) e a **Monitorização** (recolha regular de informações-chave sobre um dado processo/projeto) que o registo de informação poderá constituir uma matriz catalisadora de excelência na afirmação desta gama de intervenções e no desenvolvimento das políticas inovadoras no âmbito dos CAD, e mais especificamente da RRMD¹⁰.

[Conhecimento]

- Identificar a relevância do registo de informação no âmbito da intervenção em RRMD;
- Compreender a associação entre a recolha de dados e a informação fidedigna;
- Conhecer metodologias de registo de dados em RRMD, em particular, e em CAD de modo geral;
- Compreender a importância de criar protocolos que standardizem a informação colhida por vários ou diferentes interventores, reforçando a credibilidade do trabalho científico;
- Compreender a terminologia básica de investigação científica, relativa à RRMD (como linha de base, seguimento, dados, instrumentos, análise e intervenção);
- Reconhecer a pertinência de avaliar e monitorizar processos de intervenção para facilitar processos de tomada de decisão futuros.

[Competências]

- Ser capaz de desenvolver registos relativos a um dado processo (investigação e/ou intervenção), de forma sistemática e em conformidade com os *standards* adotados em equipa, e que sejam facilmente inteligíveis para os diferentes interventores em RRMD;
- Participar na conceptualização, desenvolvimento e implementação de um protocolo padrão ou de novas metodologias de registo mais adequadas à avaliação / monitorização de processos de ação em RRMD, incluindo a avaliação do risco, intervenção e seguimento;
- Ser capaz de divulgar, em linguagem acessível e a diferentes públicos, a investigação em curso e os seus objetivos;
- Ser capaz de aprender a melhor forma de prestar cuidados a populações em risco.

¹⁰ Para informação adicional vide 'Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for practitioners' (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2001). Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>

[Atitudes]

- Ser honesto, objetivo, pragmático e rigoroso na construção e/ou aplicação dos protocolos de investigação, assim como na gestão e utilização de dados.

[2] TEORIAS DAS CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS, DE SAÚDE PÚBLICA E ETNOGRAFIA

As ciências do comportamento ajudam a explicar e prever os comportamentos das pessoas e as motivações que os determinam. São diversos os modelos usados em investigação e que ajudam a formular perguntas, a desenhar intervenções, a monitorizar atividades e a avaliar os respetivos resultados. O contacto com as mesmas, numa ótica de conhecimento progressivo das suas premissas globais, deve, portanto, ser privilegiado por equipas e intervenientes em RRMD.

[Conhecimento]

- Compreender a utilidade das teorias na investigação;
- Reconhecer a existência de várias teorias comportamentais;
- Compreender a aplicação de conceitos oriundos das teorias do comportamento no âmbito das estratégias de RRMD.

[Competências]

- Ser capaz de aplicar conceitos e princípios estabelecidos pelo paradigma de RRMD.

[Atitudes]

- Ser objetivo e rigoroso na aplicação de noções e princípios oriundos das teorias do comportamento no âmbito de RRMD.

II.B.2. COMPREENDER OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os **comportamentos aditivos** com substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) caracterizam-se por consumos repetidos de uma ou várias substâncias, em que o utilizador fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para as consumir, tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o seu consumo e demonstra uma determinação ativa para as obter. Em caso de dependência, a tolerância é proeminente e a interrupção do uso da substância determina frequentemente um síndrome de abstinência.

A evidência científica veio demonstrar que certas condutas de índole mais impulsiva – compulsiva, envolvendo um potencial de prazer, manifestas em diferentes âmbitos e/ou contextos (como o jogo, internet, relações sexuais, compras, entre outros), evidenciam o envolvimento dos mesmos substratos neurobiológicos implicados nos CAD com SPA, apresentando, na vertente de disrupção comportamental, semelhanças marcadas com estas. Estes dados, a que se somam outras evidências de natureza clínica e social, suportam e impulsionam o alargamento do espectro de atuação em RRMD para este âmbito.

[1] COMPORTAMENTOS ADITIVOS COM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A base teórica e científica dos **modelos** da adição tem sustentado a sua origem em múltiplas áreas do conhecimento, como a medicina, a psicologia, o serviço social, a sociologia, a antropologia, entre outras. Movimentos religiosos e espirituais têm igualmente oferecido contributos para o entendimento destes fenómenos, ainda que num domínio de natureza mais ideológica e menos técnico-científica.

[Conhecimento]

- Compreender os vários modelos e teorias sobre a adição e outros problemas relacionados com o uso de SPA;
- Compreender a complexidade das problemáticas associadas às perturbações aditivas.

[Competências]

- Ser capaz de usar conceitos e termos relacionados com as teorias, com a investigação e com a prática.

[Atitudes]

- Reconhecer que cada pessoa detém uma situação, história e motivação únicas que terão impacto na definição de uma estratégia que vise assumir estilos de vida mais seguros.

[2] CLASSIFICAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Segundo a classificação de Delay & Deniker (1957), com posteriores revisões, as principais SPA podem ser divididas em diferentes grupos, de acordo com os seus efeitos farmacológicos:

- Psicoanalépticos - Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC);
- Psicolépticos - Depressores do SNC;
- Psicodislépticos - Perturbadores do SNC.

Informações mais detalhadas sobre SPA (designadamente origens, aspetos farmacológicos, efeitos psicoativos e vias de administração) encontram-se disponibilizadas nos seguintes sítios:

- <http://www.emcdda.europa.eu/drug-profiles>
- <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas>

[Conhecimento]

- Apreender conceitos base sobre as propriedades farmacológicas e efeitos das SPA.

[Competências]

- Ser capaz de descrever efeitos e consequências físicas, psicológicas, comportamentais e sociais das SPA, no consumidor e nos seus envolventes mais significativos.

[Atitudes]

- Desenvolver interesse pelas evidências científicas sobre os efeitos e consequências biopsicossociais do uso dos vários tipos de SPA.

[3] COMPORTAMENTOS ADITIVOS SEM SUBSTÂNCIAS

O jogo patológico caracteriza-se por um comportamento impulsivo-compulsivo que a evidência científica relaciona mais diretamente com o fenómeno de adição. Outros fenómenos marcados pelo envolvimento repetido e excessivo com determinado tipo de condutas, na esfera da utilização da Internet, do comportamento sexual, do exercício físico, entre outros, estão sinalizados enquanto síndromes comportamentais constituindo potenciais subcategorias de adições sem substância. Embora não exista atualmente suficiente evidência científica que permita enquadrá-los plenamente enquanto adições sem substância (como já acontece com o jogo patológico) justifica-se a atenção sobre estas manifestações comportamentais uma vez que, em múltiplos aspetos, a sua prática continuada configura uma **disrupção** na organização biopsicossocial da pessoa.

A investigação tem sustentado que, em muitos indivíduos, estes CAD cursam frequentemente com várias **morbilidades psiquiátricas**, em particular as perturbações do humor, da ansiedade, da personalidade e associadas ao uso de substâncias (Dowling et al. 2016; Bowden-Jones & George, 2015; Leeman & Potenza, 2012; Oudlaug et al., 2012).

Não obstante alguma literatura já sinalize algumas intervenções terapêuticas como potencialmente mais eficazes junto de jogadores patológicos (ex: Bowden-Jones & George, 2015) os modelos de intervenção no domínio dos CAD sem substância carecem ainda de uma sustentação científica mais robusta. Decorre desse facto uma certa vacuidade de guias orientadores de RRMD tomados como mais eficazes neste domínio, tratando-se portanto de uma área em desenvolvimento. Ainda assim, a parca literatura observada neste âmbito tem salientado a importância da produção de **normativos legais diversos** que enquadrem aspetos como os licenciamentos e monopólios, taxas e preços, idade legal, horários de funcionamento de estabelecimentos ou plataformas, limites para depósitos ou a disponibilização de intervenções breves (*on-line* e *off-line*) para grupos de alto risco (Gainsbury et al., 2014; Broda et al., 2008). A comprovação da efetividade destas estratégias requer ainda investigação mais aprofundada em diferentes contextos sócio-culturais.

[Conhecimento]

- Apreender conceitos fundamentais sobre as características comuns das dependências sem substâncias e das suas especificidades;
- Conhecer modelos de entendimento dos CAD sem substância, bem como práticas e resultados das intervenções cientificamente válidos.

[Competências]

- Ser capaz de explicitar conceitos fundamentais sobre as características comuns dos CAD sem substâncias junto de grupos técnicos e da população-alvo;
- Ser capaz de adequar o conhecimento técnico no domínio dos CAD sem substância às práticas subjacentes à intervenção (tratamento, prevenção de recaídas, reabilitação e cuidados continuados em CAD sem substâncias), de modo acessível à compreensão pela população-alvo;
- Ser capaz de descrever o comportamento e efeitos psicológicos, físicos e sociais dos CAD sem substâncias, no consumidor e nos seus envolventes mais significativos.

[Atitudes]

- Aceitar a validade das diferentes abordagens e modelos de intervenção;
- Desenvolver interesse pela evidência científica sobre os vários tipos de adições comportamentais.

[4] CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO

O contexto recreativo

Os resultados positivos da RRMD alcançados inicialmente com utilizadores problemáticos de SPA levaram à sua disseminação a diferentes contextos que envolvem comportamentos de risco, destacando-se aqui os contextos festivos/recreativos.

Os contextos recreativos assumem-se como uma vertente importante da vivência social, tendo vindo a ganhar relevância e espaço na organização pessoal e comunitária, com a conciliação da atividade produtiva (estudo, trabalho) com as atividades de lazer (noite, fim de semana, férias)¹¹.

Atualmente, a intervenção em contextos festivos conhece algumas limitações a nível geográfico, fragmentando as práticas e não acompanhando o aumento da mobilidade dos seus frequentadores e organizadores, bem como a proliferação destes contextos. Assim, apesar das melhorias alcançadas, estamos ainda longe de cobrir as necessidades e potencialidades do trabalho nesta área, ao nível da promoção de uma noite com mais prazeres e menos riscos.

A festa e os ambientes noturnos de lazer tornaram-se assim um elemento central da vida em sociedade, em especial para os jovens. Assumem-se aqui como um fator potenciador da **intensidade** de vivência da festa.

A “festa” assume-se como um espaço de libertação e socialização, desempenhando um papel central na busca do prazer e quebra de rotinas, limites e imposições sociais, não sem que exageros e riscos lhe possam estar associados. Neste contexto, determinadas substâncias favorecem a procura de sensações e aumento da intensidade de vivência da festa: o álcool como desinibidor; a cocaína e as anfetaminas como estimulantes e euforizantes; todos eles como facilitadores da socialização e/ou das práticas/comportamentos sexuais; entre outros.

De facto, a relação entre os contextos recreativos e o uso de SPA é muito antiga e, com a expansão de determinados fenómenos musicais e culturais, houve também uma tendência do aumento de consumo de SPA associado a esses contextos.

O Relatório Europeu sobre Drogas de 2015, elaborado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), refere que: *É sabido que alguns contextos sociais estão particularmente associados a altos níveis de consumo de drogas e de álcool. De um modo geral, os inquéritos a jovens que*

¹¹ Revisitando os primeiros projetos-piloto de intervenção em contextos festivos no nosso país, saliente-se o “*Ponto de Contacto*”, promovido pela Associação Ares do Pinhal e que realizava análise a “pastilhas” com testes colorimétricos em discotecas da Avenida 24 de Julho, em Lisboa. Em 2002 a Associação Conversas de Rua deu início à sua intervenção em contextos festivos e também nesse ano a ANEBE lança a campanha de condutor designado 100% Cool, que se mantém até aos dias de hoje. Em 2003 o GAF de Viana do Castelo passa a incluir os contextos festivos no âmbito da intervenção da sua equipa de rua. Em 2006, o projeto *CHECK!N*, promovido pela Agência Piaget para o Desenvolvimento, inicia a sua intervenção na zona do Porto e em festivais de verão e festas *outdoor* por todo o país (financiado pelo AIDS/SIDA), migrando em 2010 as suas práticas para as cidades de Viseu e Lisboa (co-financiada pelo IDT., I.P. e, desde 2014, pelo SICAD). Foi nos anos de 2008 e 2009 que a intervenção em contextos festivos teve uma maior expressão em território nacional, uma vez que para além das equipas mencionadas anteriormente, surgiram 6 novos projetos em diferentes pontos do país (RSV, *Geração+*, *Tudo Sobre Rodas*, *Nov'ellos*, *Lisboa-Noite Segura* e *Ocidental-Noite Segura*, dois projetos da Associação Conversas de Rua).

frequentam eventos recreativos noturnos regularmente indicam maiores níveis de consumo de droga comparativamente à população em geral. (EMCDDA, 2015, p. 49).

Perante esta constatação incrementa-se a necessidade de intervir junto dos frequentadores de contextos festivos, com **equipas de terreno** que disponibilizem uma resposta adequada a estes contextos muito diversificados. Estas intervenções enquadram-se no Modelo de Gestão de Prazeres e Riscos, facilitador de opções individuais informadas. Difunde, igualmente, junto dos indivíduos, instrumentos válidos para a reflexão e capacitação de forma a propiciar uma gestão efetiva e responsável dos prazeres e riscos relacionados com o consumo de SPA¹².

[Conhecimento]

- Reconhecer a importância da informação e do apoio na gestão dos prazeres e riscos associados ao consumo de SPA e a comportamentos/práticas sexuais em contextos festivos;
- Conhecer estratégias de redução de riscos e danos associados ao consumo de SPA e práticas sexuais em contextos festivos;
- Conhecimento aprofundado sobre a população que pretende informar e os contextos onde esta se move.

[Competências]

- Trabalhar com o objetivo de reduzir os danos associados aos consumos de SPA e outros comportamentos de risco;
- Intervenção nos espaços onde se move a população-alvo e nos contextos onde ocorrem os comportamentos de risco que se pretende minimizar;
- Envolver responsáveis e trabalhadores de contextos recreativos no desenvolvimento de temas de saúde, segurança, redução de riscos e intervenção em situações de crise.

[Atitudes]

- Identificação de certos padrões de consumo de SPA em determinados grupos como não necessariamente problemáticos;
- Identificação dos estereótipos e preconceitos próprios, prevenindo a sua interferência na intervenção e abstendo-se de julgamentos morais;
- Intervenções de proximidade adaptadas a espaços de festa com materiais e discursos adequados a estes contextos;

¹² O Projeto *Kosmicare* resulta de uma parceria entre a Universidade Católica Portuguesa do Porto, o SICAD e a empresa produtora do *Boom Festival* (Idanha-a-Nova, Portugal), tendo como principal objetivo a implementação de intervenção na crise em situações relacionadas ao uso de SPA no contexto do evento. Procura, por um lado, apoiar na gestão da crise e minimizar os eventuais danos propiciados por determinados consumos e, por outro, capacitar os utilizadores para as características e riscos do uso de certas substâncias, auxiliando o processo de integração da experiência de crise. Em curso desde 2010, esta parceria mobiliza interventores de origem diversa (ex: instituições internacionais, SNS, entre outros). Por meio de um modelo de avaliação específico, a intervenção procura igualmente produzir conhecimento sobre a relação entre o uso de substâncias e impacto na saúde mental dos utilizadores, estratégias para a redução dos riscos associados ao uso de substâncias, a relação dos indivíduos com o uso particular de determinadas substâncias (ex: novas substâncias psicoativas, NPS), entre outros (Carvalho et al., 2014).

- Postura próxima e colaborante, percebendo o indivíduo como pessoa autónoma, com poder de decisão e responsável pelas suas escolhas;
- Disponibilidade e capacidade para estabelecer uma relação empática com o outro;
- Intervenção pragmática, que privilegia informar de modo objetivo, propiciando tomadas de decisão sustentadas quanto ao consumo.

O contexto prisional

De acordo com os dados relativos a 31 de Dezembro de 2014, os Estabelecimentos Prisionais (EP) Portugueses mantêm-se em sobrelotação, integrando cerca de catorze mil indivíduos (Torres et al., 2015). Para além disso, e sustentando-se em fontes externas (Aebi & Marguet, 2012), Portugal tem dos mais elevados tempos médios de permanência na prisão (Portugal 36,4 meses; 14,9 meses na Europa).

O contexto prisional reveste-se de problemas e desafios muito próprios, com uma população com grandes fragilidades a nível psicológico, físico e social. Sendo ainda incontornável que os EP são ambientes de elevado risco para as doenças infecciosas devido a condicionantes diversos, que passam pela sobrelotação, má nutrição, acesso limitado aos cuidados de saúde, uso continuado de SPA e práticas de risco. De facto, esta população apresenta elevados índices de consumo de SPA e de medicação psicotrópica, superiores aos da população geral, com prevalências igualmente superiores nomeadamente de VIH quando comparadas com as registadas em diferentes grupos de utentes não reclusos em tratamento (SICAD, 2015).

De acordo com os dados disponibilizados pelo Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (Torres et al., 2016), nos EP Portugueses cerca de 52,6% dos indivíduos estão em cumprimento de pena por crimes direta ou indiretamente relacionados com SPA. Para além disso, 41,7% dos indivíduos afirmaram ter estado sob o efeito de SPA (ilícitas) quando cometeram os crimes que motivaram a atual reclusão; 27,7% estava sob o efeito de bebidas alcoólicas quando cometeu os crimes que motivaram a atual reclusão e 13,3% afirma ainda ter estado sob o efeito de ambos os tipos de substâncias anteriormente reportados.

De realçar que, embora o contexto prisional seja um ambiente fechado, também ele acompanha as mudanças nos padrões de consumo da população em geral, como se pode verificar pelo aumento dos consumos em 2015, em parte devido ao consumo de novas SPA (Torres et al., 2015; p. 13).

No contexto prisional os comportamentos de risco no âmbito do consumo de SPA e de doenças infecciosas podem estar associados a: i) práticas sexuais de risco; ii) consumo e partilha de materiais de consumo; iii) partilha de material de higiene pessoal; iv) partilha de materiais utilizados na realização de tatuagens e piercings, assim como dos seus consumíveis.

São necessárias estratégias de redução de riscos que mitiguem o uso problemático de SPA e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis. A **educação de pares** assume-se como um método eficaz de redução de riscos em contexto prisional¹³.

Tendo em conta, por um lado, o estado atual da população reclusa portuguesa no que respeita designadamente às taxas de infeção em VIH e Hepatites¹⁴ e, por outro, as recomendações e objetivos europeus e mundiais sobre a importância do envolvimento dos utilizadores de SPA nas práticas interventivas na área da saúde, o trabalho de pares surge como uma ferramenta de redução de risco indispensável no contexto prisional.

[Conhecimento]

- Reconhecer a importância da informação na gestão riscos associados ao consumo de SPA e a comportamentos sexuais em contexto prisional;
- Conhecer estratégias de redução de riscos e danos associados ao consumo de SPA e práticas sexuais em contexto prisional;
- Conhecimento aprofundado sobre a população reclusa e interventores prisionais que pretende informar e os contextos onde esta se move;
- Reconhecer na Educação de Pares uma metodologia eficaz na promoção da saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis em contexto prisional.

[Competências]

- Ser capaz de intervir na RRMD associados aos consumos de SPA e outros comportamentos de risco em meio prisional;
- Promover sessões de formação (ex: a técnicos, interventores e população reclusa) e conferir conhecimentos adequados sobre SPA, sexualidade e estratégias de redução de riscos;

¹³ O *Centre for Harm Reduction* do Burnet Institute, define a educação por pares como "o envolvimento de pessoas da mesma classe social, idade, estatuto social ou vivência cultural que se apoiam entre si, informalmente e formalmente, sobre uma variedade de assuntos e preocupações específicas". Considera ainda que no contexto da utilização de SPA, a educação por pares é talvez o único caminho para chegar e informar muitos utilizadores que não seriam alcançados pelos meios mais tradicionais de "educação". Por outro lado, aceder às subculturas do uso de SPA pode ser muito difícil para elementos externos aos contextos, principalmente dentro de um EP onde os técnicos não circulam livremente pelo espaço de intervenção e veem a sua ação condicionada pelos horários de circulação dos reclusos pelos espaços públicos, sendo aqui que os pares são especialmente cruciais. Assim, refere que estes sujeitos, porque fazem parte do grupo, têm experiências semelhantes, partilham dos mesmos valores, têm as mesmas motivações e interesses. Facilitam o acesso a pessoas que estão escondidas; a rápida construção de relações ao mesmo tempo que estão mais próximos dos contextos de consumo com aceitação e credibilidade; uma "educação" relevante, significativa, explícita e honesta; a eliminação de mitos sobre o consumo de SPA que possam circular nos EP; dar informação atualizada aos técnicos de eventuais alterações das dinâmicas dos reclusos em termos de consumos de SPA e práticas de risco; interações sociais regulares com os consumidores que podem resultar no reforço de informações claras e simples que conduzem à mudança comportamental desejada. Concluindo, a investigação demonstra que os pares podem ser capazes de recrutar grupos variados de consumidores e encorajar mudanças mais profundas nos comportamentos.

¹⁴ Vide Relatório Anual 2014 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (p. 61), disponível em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/77/Relatório%20Anual%20a%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodependências%202014.pdf

- Propiciar conhecimento adaptado à população e estratégias de comunicação com a mesma;
- Aprofundar conhecimentos sanitários, socio-legislativos e interculturais;
- Deter versatilidade e adaptabilidade para intervir em meios com normas e regras próprias e com populações e perfis diferentes da população não-reclusa.

[Atitudes]

- Postura próxima e empática;
- Respeito pelos outros, pelas decisões individuais e pela confidencialidade da informação;
- Intervir no contexto das regras de funcionamento dos EP.

[5] REFERENCIAÇÃO

A rede de referenciação/articulação no âmbito dos CAD¹⁵ constitui-se como um sistema de relações de **complementaridade técnica** entre diferentes prestadores de saúde, que visa garantir o acesso de todos os indivíduos com CAD às valências de cuidados mais apropriadas, tendo sempre por base valores tais como a centralidade no cidadão, a acessibilidade, a territorialidade e a diferenciação funcional. Esta rede encontra-se devidamente enquadrada nos documentos conformadores da intervenção neste domínio do Serviço Nacional de Saúde, designadamente Plano Nacional de Saúde 2012-2020, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020, o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2020, entre outros.

A articulação em rede no âmbito da intervenção em CAD permite que os utentes em acompanhamento no contexto de respostas ou serviços de RRMD possam ser referenciados (mediante critérios pré-estabelecidos, designadamente de cariz clínico e psicossocial) a recursos mais adaptados às suas necessidades num determinado período dos seus ciclos de vida.

[Conhecimento]

- Identificar as várias respostas disponibilizadas no âmbito da Rede de Referenciação/Articulação em CAD;
- Conhecer os critérios e formas de admissão dos serviços para onde se referencia;
- Conhecer a diferença entre referenciação passiva e ativa;
- Reconhecer os vários níveis de cuidados diferenciados em CAD e critérios-base para referenciação.

¹⁵ Para informações mais detalhadas consultar Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências (2013), disponível em: http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/Rede_de_Referenciacao_17_03_2014.pdf

[Competências]

- Ser capaz de descrever as filosofias, políticas, práticas e impacto dos modelos de intervenção em CAD (tratamento, prevenção, reinserção, outros...) mais aceites e cientificamente fundamentados, de modo acessível à compreensão da população-alvo.

[Atitudes]

- Aceitar a validade das diferentes abordagens e modelos de intervenção.

II.B.4. COMPREENDER A DOENÇA E O BEM-ESTAR NO CONTEXTO DOS CAD

Os profissionais de RRMD devem conhecer os diferentes riscos e danos, físicos e psicológicos, diretamente relacionados com o consumo de álcool e de outras SPA, incluindo o reconhecimento dos sinais e sintomas das doenças infecciosas e mentais, visando uma adequada avaliação do risco do uso de determinada substância e a adequada referenciação para tratamento.

[1] DOENÇAS INFECCIOSAS (VIH/SIDA, HEPATITES, TUBERCULOSE, PNEUMONIAS MULTIRRESISTENTES) E DOENÇA MENTAL

A presença de **comorbilidades médicas**, nomeadamente de natureza infecciosa na população com CAD, é globalmente aceite e sustentada pela investigação clínica.

Os utilizadores de SPA devem beneficiar de equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde disponíveis à população geral, detendo os interventores em RRMD um papel relevante, seja na prestação de cuidados de saúde, seja na facilitação do acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Uma parte dos problemas de saúde nos utilizadores de SPA pode estar diretamente associada à partilha de material de injeção como também, apesar de ainda pouco estudado, à partilha de material para consumo fumado/inalado. Por esse motivo é clara a importância conferida às infeções pelo VIH, hepatites B e C (VHB e VHC, respetivamente) e, no caso do consumo fumado, à tuberculose, herpes e novamente à infeção pelo vírus da hepatite C. Outros problemas de saúde estão relacionados com a falta de higiene ou de assepsia no consumo ou ainda com más práticas de injeção, podendo facilitar a ocorrência de infeções bacterianas, víricas ou fúngicas, abscessos e endocardites, entre outras (IDT, I.P., 2009).

Existem também complicações de saúde resultantes do consumo prolongado, agudo ou em sobredosagem, de determinadas substâncias ou várias em simultâneo. As equipas devem estar preparadas para informar, intervir e referenciar, tendo em conta o conhecimento sobre as características, efeitos desejados e indesejados e principais formas de consumo ou vias de administração das substâncias mais habituais na realidade portuguesa - álcool, benzodiazepinas, cocaína, heroína (e cloridrato de metadona, adquirida no mercado negro). Igualmente, em determinados sub-grupos como *clubbers* e em situações de *chemsex*¹⁶, o consumo de NPS em particular de *ecstasy*, *mefedrona*, *GHB* e *poppers*) são uma realidade. Devem, por isso, estar estas equipas preparadas para promover informação correta ou referenciar para equipas especializadas na presença de consumos de substâncias menos habituais ou de novas SPA (Strike et al., 2013).

A abordagem em termos de saúde sexual tem-se complexificado, integrando atualmente estratégias como a vacinação (HPV, VHA/VHB); rastreio, tratamento e notificação de parceiros¹⁷ no caso das infeções

¹⁶ O termo *chemsex* tem sido usado a propósito de práticas sexuais entre indivíduos (designadamente entre homens que têm sexo com homens) que ocorrem sob a influência de SPA, utilizadas antes e/ou durante a atividade sexual. É comumente descrita a utilização combinada de várias SPA (sobretudo NPS), em que o efeito predominantemente procurado é o de desinibição e excitação sexual (Abdulrahim et al., 2016).

¹⁷ Contactar e notificar os parceiros sexuais de pessoas com diagnóstico positivo para a infeção pelo VIH, de modo regular e sistemático, constitui uma estratégia altamente eficaz para detetar e tratar infeções não diagnosticadas, segundo recomendações da *British HIV Association* (BHIVA) e pela *British Association for Sexual Health and HIV* (BASHH) (Rayment, 2013). Permite a promoção do diagnóstico de VIH como de outras infeções de transmissão sexual. A notificação pode ser realizada pela própria pessoa recém-diagnosticada, podendo ser ativados mecanismos para possibilitem o anonimato dessa notificação.

sexualmente transmissíveis (IST). No caso do VIH, além da importância da informação e condições práticas para assegurar adesão à terapêutica, as equipas de RRMD podem prestar serviços tais como o armazenamento e administração de terapêutica, mobilizando os técnicos para o acompanhamento a consultas hospitalares e apoio para transportes, numa ótica de suporte abrangente em termos psicossociais.

Face ao maior conhecimento sobre a infeção e ao aperfeiçoamento de ferramentas biomédicas de prevenção são cada vez mais importantes intervenções como a Profilaxia Pós e Pré Exposição¹⁸ ao VIH (tanto em situações de exposição sexual ou por exposição física por partilha de material de injeção ou ainda por picada accidental). Assume também relevância o diagnóstico de infeções agudas, e o início imediato do tratamento independentemente do estadio da infeção, com impacto na saúde individual e não transmissão da infeção.. Todas estas ferramentas, juntamente com a promoção do uso do preservativo interno e externo e lubrificantes - excetuando a PrEP, - estão já a ser implementadas em Portugal e a fazer parte das opções de prevenção e gestão da infeção.

Para além da prevenção de infeções pelo VIH e outras IST deve ser considerado o acesso a serviços de planeamento familiar, saúde materna e interrupção voluntária da gravidez.

Uma atenção às questões da **saúde mental** é também relevante no âmbito da intervenção em RRMD nos CAD (embora não específica deste tipo de intervenção), sobretudo nas situações em que, havendo comorbilidade psiquiátrica e défices psicossociais (e/ou cognitivos) muito expressivos, os indivíduos perderam o contacto com o sistema de saúde. As intervenções em RRMD devem facilitar a acessibilidade ao atendimento em serviços de saúde, nomeadamente em consulta externa ou noutras eventuais modalidades terapêuticas específicas mediante articulação com as equipas especializadas.

Em síntese, é importante para o interventor em RRMD compreender os modos de transmissão de infeções como o VIH/SIDA e as hepatites B e C ou a tuberculose, designadamente nos utilizadores de SPA por via endovenosa e que partilham material de consumo ou que têm relações sexuais desprotegidas. Este conhecimento pode ser usado para educar e referenciar pessoas em risco para os cuidados de saúde e sociais adequados. A identificação de sinais de doença mental que por vezes incrementam o potencial de incapacidade psicossocial dos indivíduos num dado período das suas vidas deve igualmente ser objeto de atenção.

¹⁸ A **Profilaxia Pós-Exposição (PPE)** é um tratamento com medicamentos antiretrovíricos que, iniciado após possível exposição ao VIH, pode impedir que se estabeleça a infeção. A sua eficácia é maior quando o medicamento é tomado o mais cedo possível, até ao limite de 72 horas após a exposição ao VIH. O tratamento diário é mantido durante 28 dias. A evidência acumulada estabelece que a PPE é eficaz na redução do risco da transmissão do VIH, consagrando a profilaxia pós-exposição quer ocupacional (por exemplo, um profissional de saúde que teve exposto ao VIH, num hospital) quer não ocupacional (por exemplo, quando se rompe um preservativo). Em Portugal é recomendada a aplicação da PPE em contexto ocupacional e não ocupacional (PPENO). Mais informações em <http://www.pnvihsida.dgs.pt/catalogo-2013-ficheiros/folheto-ppe.aspx>. A **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)** para a prevenção do VIH envolve a combinação de medicações antiretrovirais (tenofovir disoproxil fumarato, TDF; e emtricitabina, FTC), numa toma oral diária (outras soluções encontram-se em estudo). Estando ainda numa fase relativamente preliminar de efetiva implementação internacional, agências de vários países têm vindo a aprovar esta medicação para o uso em populações com maior risco de infeção pelo VIH. A OMS recomendou recentemente a sua utilização como opção preventiva adicional para pessoas seronegativas. A evidência científica tem demonstrado a elevada eficácia preventiva da PrEP, devido sobretudo ao grande nível de adesão à toma por parte dos indivíduos (Van der Straten et al., 2012). A importância da investigação clínica, nomeadamente pelo reforço do apoio à implementação de projetos que analisem o impacto da PrEP junto de determinados grupos (Rocha et al., 2016), poderá conferir robustez à necessidade de financiamento público desta estratégia, já reconhecida e seguida por países como EUA, África do Sul e França (The Lancet HIV, 2016). Para mais informações, consulte: <http://www.prepwatch.org>.

[Conhecimento]

- Compreender os aspetos epidemiológicos das doenças infecciosas;
- Identificar sinais de doença mental ou de sofrimento psicológico que cursem com os CAD;
- Compreender o papel do uso de substâncias na transmissão e progressão de doenças infecciosas;
- Compreender a importância da intervenção em CAD no que se refere à gestão de outras doenças comórbidas e ao bem-estar;
- Compreender a influência das condições de uso de SPA na exposição a riscos (ex: impulso para consumir, fracas condições de higiene, partilha de materiais e doses, zonas do corpo onde se realiza a injeção, entre outras);
- Conhecer os principais procedimentos associados à preparação e consumo de SPA;
- Conhecer as principais IST – prevenção, opções de rastreio, sintomas e tratamento;
- Conhecer mecanismos de acesso aos serviços e eventuais barreiras à acessibilidade;
- Conhecer legislação conformadora e especificidades das pessoas em situação irregular ou populações móveis;
- Conhecer as crenças e os valores passíveis de influenciar as práticas em saúde.

[Competências]

- Ser capaz de descrever à população-alvo fatores de risco para determinadas doenças e sintomas;
- Ser capaz de informar a população-alvo sobre redução de riscos, transmitindo informação útil, prática e compreensível;
- Ser capaz de utilizar informação de RRMD, nomeadamente alternativas ao consumo injetável;
- Ser capaz de desenvolver ações colaborativas e de articulação com serviços especializados em vários domínios clínicos (ex: cuidados especializados em CAD, serviços de doenças infecciosas, entre outros) visando o adequado encaminhamento de utentes.

[Atitudes]

- Atitude não estigmatizadora perante práticas de consumo, práticas sexuais ou trabalho sexual, doença mental, entre outros;
- Não demonstrar repulsa ou evitamento no contato com pessoas infetadas e/ou que apresentam doença mental (ex: episódio agudo);
- Evitar juízos de valor relativamente aos comportamentos associados à infeção.

II.B.5. COMPROMISSO

O compromisso associa público-alvo e interventor de RRMD enquanto participantes numa atividade que envolve uma interação positiva, pretendendo-se que o utente se sinta tão à vontade quanto possível no contacto com este interventor.

O compromisso envolve a identificação e contacto com membros do grupo-alvo no seu ambiente natural, estabelecendo uma relação que permita a difusão de informação sobre comportamentos de risco e de saúde e a implicação nas estratégias de mudança de comportamento que visam reduzir ou eliminar o risco.

[1] ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM

Os interventores de RRMD podem usar métodos inovadores para conseguir o acesso às populações alvo, assegurando por essa via o início do **processo regular e progressivo** de RRMD, dirigido a um grupo específico.

[Conhecimento]

- Compreender as intervenções de RRMD consideradas eficazes em distintas populações e contextos, como os utilizadores de SPA, nomeadamente por via endovenosa, trabalhadores do sexo e pessoas sem-abrigo;
- Compreender e enquadrar o papel do interventor na filosofia e história da RRMD e a sua ação na prevenção de doenças infecciosas, no aumento da acessibilidade aos serviços, na redução de comportamentos de risco e no apoio e promoção do tratamento integral, entre outras intervenções;
- Compreender as circunstâncias sociais e de vida da pessoa com CAD.

[Competências]

- Ser capaz de tornar acessível a RRMD às pessoas que dela necessitam, nos diferentes contextos em que se encontram;
- Ser capaz de adaptar a comunicação aos diferentes indivíduos, grupos e organizações;
- Ser capaz de conduzir intervenções de RRMD na comunidade;
- Ser capaz de uma atitude empática, motivar, persuadir e ensinar técnicas relativas à promoção e preservação da saúde.

[Atitudes]

- Cultivar o respeito pelas pessoas destinatárias da intervenção;
- Reconhecer a importância da cooperação e colaboração com as pessoas destinatárias da intervenção;

- Manter a objetividade profissional;
- Reconhecer as limitações pessoais e profissionais dos intervenientes de RRMD;
- Criar elos de ligação e confiança com a comunidade.

[2] SENSIBILIDADE CULTURAL

Sensibilidade cultural reflete-se num conjunto de políticas, atitudes ou práticas que dizem respeito a diferentes culturas. Tal exige um **conhecimento adequado da cultura** de cada grupo em concreto, bem como da forma como esta se plasma em termos de valores, normas, tradições e instituições específicas.

[Conhecimento]

- Compreender os fatores culturais que influenciam a receptividade às diferentes estratégias de RRMD;
- Compreender o contexto cultural e a magnitude com que este pode determinar as regras, as formas de estar e as atitudes das pessoas;
- Conhecer e compreender a importância das normas culturais nos processos de decisão da pessoa com CAD.

[Competências]

- Ser capaz de adaptar as estratégias de RRMD às características e circunstâncias de uma determinada pessoa;

[Atitudes]

- Desenvolver a capacidade de adaptar a abordagem destinada ao diagnóstico de necessidades à pessoa com CAD;
- Desenvolver a aceitação da diferença cultural, comportamental e de valores.

[3] ATENÇÃO AO CONTEXTO DE INTERVENÇÃO, PROMOVENDO A SEGURANÇA DE TODOS OS PARTICIPANTES

A **segurança** de todos os participantes na intervenção em RRMD (profissional, par, voluntário, pessoa ou grupo-alvo) é fundamental em qualquer abordagem, ação ou reação de RRMD, em todos os contextos em que esta possa ocorrer.

[Conhecimento]

- Conhecer e compreender as possibilidades e limites dos vários tipos de intervenção em RRMD, táticas¹⁹ de RRMD nos vários contextos e principalmente no trabalho de rua e contexto recreativo;
- Conhecer e compreender os diferentes protocolos de emergência no âmbito da RRMD (como o protocolo de atuação em caso de exposição accidental a picada de agulha ou o protocolo de atuação para reversão da sobredosagem);
- Perceber as várias estratégias de RRMD.

[Competências]

- Ser capaz de conhecer o território alvo de intervenção e proceder ao respetivo levantamento de necessidades e recursos;
- Ser capaz de implementar estratégias de RRMD dirigidas a um grupo ou pessoa em particular;
- Ser capaz de recorrer ao trabalho em equipa na prevenção e gestão de conflitos;
- Ser capaz de desenvolver um plano de ação face a situações de emergências;
- Assegurar condições de segurança mínima para o interventor e para a pessoa com CAD nos espaços de intervenção²⁰;
- Desenvolver estratégias que promovam um ambiente de respeito mútuo no espaço de intervenção²¹;
- Promover intervenções facilitadoras e não-coercivas, fundamentadas nas necessidades identificadas pelas próprias pessoas com CAD.

[Atitudes]

- Desenvolver abordagens que respeitem as diferenças culturais e de género;
- Ser paciente e perseverante;
- Aceitar que a atividade em RRMD envolve riscos para o interventor, não desvalorizando a necessidade de respeitar os procedimentos que visam a proteção pessoal.

¹⁹ O que fazer sempre e o que nunca fazer.

²⁰ Nomeadamente não intervir isoladamente, dar conhecimento à comunidade local sobre a intervenção, articulação/parcerias com parceiros comunitários, com as forças de segurança locais, entre outros).

²¹ Promover a cordialidade, respeitar a dignidade da pessoa, ser confiável, compreender os problemas e as dificuldades, contacto personalizado e interessado, envolvimento manifesto em encontrar respostas para as necessidades.

[4] COMUNICAÇÃO EFETIVA

O interventor de RRMD deve **integrar** nas ações desenvolvidas a **diversidade** étnica, de género e cultural da população-alvo. Sempre que se considere adequado, a equipa de RRMD deve integrar interventores/pares com a cultura e a língua da população-alvo. Ultrapassar barreiras linguísticas é particularmente importante no reforço de mensagens promotoras de saúde e mitigação de riscos/danos, designadamente na prevenção e descontinuação dos comportamentos de risco.

[Conhecimento]

- Compreender técnicas de entrevista, como a entrevista motivacional e a entrevista com perguntas fechadas e abertas;
- Compreender as estratégias de aconselhamento que promovem e apoiam a adesão da população-alvo.

[Competências]

- Ser capaz de desenvolver estratégias de aconselhamento junto de pessoas com CAD, promovendo a sua adesão à intervenção;
- Ser capaz de comunicar de forma clara e concisa, por escrito e verbalmente;
- Ser capaz de promover estratégias de negociação de objetivos em termos de RRMD com as pessoas com CAD e advogar os seus legítimos interesses.

[Atitudes]

- Respeitar os contributos das pessoas-alvo da intervenção e dos seus envolventes mais significativos;
- Motivar para a colaboração.

[5] GÉNERO

As respostas sociais e de saúde disponibilizadas às pessoas com CAD continuam a ser predominantemente orientadas para o género masculino. Contudo, se é certo que a prevalência de CAD continua a ser mais elevada na população masculina, cada vez há mais mulheres a evidenciarem tais comportamentos e adições, nomeadamente por uso de SPA. Com efeito, a tendência é para que se verifique progressivamente uma **maior igualdade entre géneros** no que diz respeito ao consumo (e.g. Bratberg, 2016), nomeadamente, de cannabis e *binge drinking*. E se esta tendência se mantiver e as mulheres manifestarem padrões de consumo similares aos dos homens, é de esperar um aumento considerável tanto no que diz respeito aos problemas associados aos CAD, como ao nível da procura de serviços.

No âmbito da utilização de SPA, a literatura realça que homens e mulheres apresentam diferenças quer nos padrões de consumo, quer nos efeitos experimentados e riscos associados. A título de exemplo, alguns estudos sustentam que as mulheres são mais vulneráveis aos efeitos do álcool mesmo bebendo em menores

quantidades do que os homens, apresentando uma maior vulnerabilidade para danos a nível cerebral e hepático do que os homens (Erol & Karpyak, 2015).

O Relatório do EMCDDA de 2015 refere que *"As intervenções específicas podem facilitar o acesso ao tratamento e assegurar que as necessidades dos diversos grupos são satisfeitas. As informações disponíveis sugerem que, atualmente, este tipo de abordagem é o mais comum para jovens consumidores de droga, pessoas encaminhadas pelo sistema de justiça penal e mulheres grávidas."* (EMCDDA, 2015, p. 67).

Neste sentido, importa reconhecer que a população feminina é mais vulnerável, que cada vez tem maior dimensão (nomeadamente nos contextos festivos), sendo relevante implementar intervenções específicas para mulheres que apresentem CAD na área de RRMD.

[Conhecimento]

- Identificar intervenções que considerem as especificidades de género de forma a garantir que a informação e os serviços prestados são adequados e adaptados às reais necessidades;
- Conhecer as especificidades de género (ex: físicas) nos CAD.

[Competências]

- Criar estratégias, atividades e materiais específicos e adaptados às suas necessidades;
- Advogar pela criação de serviços adaptados ao género, incluindo designadamente infraestruturas adaptadas à gravidez, maternidade, entre outros.

[Atitudes]

- Adotar discurso inclusivo, ciente das especificidades de género nos CAD;
- Abordar de forma não discriminatória e não estigmatizante;
- Adotar uma atitude sensível e compreensiva às especificidades de género nos CAD.

[6] INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A intervenção comunitária preconiza uma ação no interior dos territórios, exigindo que as comunidades e as instituições públicas ou privadas locais sejam participantes ativas, com a finalidade de mais eficazmente se alcançar os objetivos de uma dada intervenção.

Nos últimos anos tem-se observado uma alteração nos padrões do trabalho comunitário, que vão no sentido de não limitar a intervenção à prestação de serviços, mas sim de a promover, também, ao nível da mobilização e capacitação das comunidades locais. As metodologias de Planeamento de Inovação Comunitária (PIC) sustentam-se justamente em intervenções no cidadão enquanto agente de mudança social e política, criando e fomentando uma maior consciência do seu próprio papel como agente comunitário. A capacitação dos agentes e organizações de base local permite concentrar esforços na comunidade,

formando e fomentando lideranças informais, tornando assim os processos de mudança internos mais orientados para as **necessidades das comunidades** (Bandeira et al., 2014).

A intervenção em RRMD, integrada nas dinâmicas de planejamento de intervenção comunitária, pode funcionar como um agente mobilizador para a promoção da saúde, especificamente na área dos CAD. Estas intervenções têm inúmeras vantagens em integrar dinâmicas comunitárias previamente estabelecidas pelas redes formais e informais existentes.

Neste âmbito, o estabelecimento de relações sociais próximas com os utilizadores nos seus contextos vivenciais é fundamental, visando a redução dos riscos associados ao uso de SPA quer para aqueles que as utilizam, quer para os membros das comunidades nas quais esses utilizadores vivem. Este trabalho deve priorizar uma **abordagem pragmática** (procurando, a cada momento, criar respostas adequadas e resultados visíveis a curto prazo) e **humanista** (defendendo os direitos humanos dos utilizadores, procurando mitigar o estigma e a exclusão social a que são frequentemente sujeitos (Ferro et al., 2014).

[Conhecimento]

- Conhecer a realidade da comunidade em que se pretende intervir (recursos, grupos, barreiras);
- Identificação dos parceiros-chave para a intervenção, reforçando ou ajudando a criar novos recursos no âmbito da RRMD.

[Competências]

- Ser capaz de promover e incentivar a articulação com os parceiros institucionais locais;
- Ser capaz de identificar, analisar e definir orientações para a intervenção comunitária, segundo as necessidades territoriais diagnosticadas;
- Ser capaz de dinamizar intervenções de modo a facilitar o encaminhamento de casos e aproveitamento de todas as sinergias comunitárias;
- Ser capaz de estabelecer e dinamizar circuitos de articulação interinstitucional com vista ao planeamento, monitorização e coordenação;
- Facilitar a partilha de experiências e conhecimentos entre as diferentes intervenções no domínio da RRMD no território;
- Avaliar as necessidades de adaptação das diferentes intervenções de forma a melhor corresponder às necessidades, alvo de intervenção.

[Atitudes]

- Fomentar o trabalho em rede e em equipa;
- Adequar os comportamentos à estrutura com quem articula;
- Capacidade de comunicação, ouvindo e aceitando respostas menos favoráveis.

[7] CONFIDENCIALIDADE E ÉTICA

A informação é um recurso que deve ser gerido cautelosamente para alcançar os objetivos profissionais sendo, por isso, essencial que exista um plano estratégico de informação, claramente articulado e coerente com a missão e objetivos da instituição onde se desenvolve a ação profissional, obedecendo a um rigoroso respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades e garantias consagradas na lei e na constituição (Castro, 2007).

Neste âmbito, os interventores de RRMD estão obrigados a orientar o desempenho da sua atividade segundo **padrões éticos, comportamentais e de desenvolvimento profissional**, normalmente veiculados por Ordens, Associações Profissionais e outros, estando a sua ação suportada em códigos deontológicos. Não obstante essa especificidade, considera-se que o amplo domínio de interventores em RRMD se pauta por vetores transversais de garantia de ética e confidencialidade, que importa salientar.

[Conhecimento]

- Compreender a importância da confidencialidade na construção de uma relação empática com a pessoa-alvo da intervenção;
- Conhecer a legislação relativa à RRMD;
- Conhecer os regulamentos sobre confidencialidade e ética;
- Conhecer as consequências para os interventores de RRMD, resultantes do incumprimento dos deveres de confidencialidade.

[Competências]

- Ser capaz de tomar decisões orientadas por critérios éticos, face a situações e necessidades específicas;
- Ser capaz de garantir a confidencialidade em todas as situações que a sua atividade e intervenção o exija;
- Ser capaz de informar as populações-alvo sobre a confidencialidade na prática da RRMD.

[Atitudes]

- Observar e respeitar o direito da pessoa na intervenção no que se refere à confidencialidade e privacidade;
- Apreender a adequada aplicação das normas de orientação técnica e boas práticas;
- Ter a consciência das suas próprias crenças e valores, bem como da importância de evitar juízos de valor, para a cabal concretização dos objetivos a que se propõem as estratégias de RRMD.

[8] LEIS E REGULAMENTOS

Existem **normas orientadoras** que regulam as atividades promotoras de saúde e de apoio social. Neste âmbito importa reconhecer não apenas diplomas que regulam globalmente a intervenção em saúde e psicossocial, como outros de maior especificidade na RRMD.

[Conhecimento]

- Conhecer a legislação relativa à confidencialidade e proteção de dados na prática da RRMD;
- Conhecer a legislação em vigor que enquadra a sua ação enquanto interventor de RRMD.

[Competências]

- Ser capaz de reconhecer os âmbitos de aplicação da legislação sobre RRMD e, em particular, sobre confidencialidade e proteção de dados, tendo em vista a preservação da segurança e bem-estar da pessoa e da comunidade;
- Ser capaz de valorizar adequadamente as preocupações com a segurança e potencial dano para terceiros.

[Atitudes]

- Adequar as ações empreendidas de acordo com os regulamentos e legislação em vigor.

II.B.6. INTERVENÇÃO

A orientação e dinâmica das intervenções em RRMD deverá ter em conta o seu principal objetivo, o qual *"consiste em contactar uma população que consome substâncias psicoativas [assim como pessoas com comportamentos aditivos sem substâncias] e que não se dirige aos serviços de apoio, com o intuito de a informar e motivar para a mudança no que reporta ao seu padrão de consumo de substâncias [e de comportamento aditivo] e aos riscos/danos associados e ao desenvolvimento de ações com vista à **estruturação de um projeto de vida** de maior saúde e integração social."* (Carapinha et al., 2009, p. 27).

A RRMD visa primordialmente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e económicas do uso de SPA lícitas e ilícitas - sem necessariamente reduzir o seu consumo - beneficiando as pessoas que as usam, bem como as suas famílias e a comunidade. As intervenções são facilitadoras e não coercivas e são fundamentadas nas necessidades das pessoas.

[1] INFORMAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE

É importante promover junto das pessoas com CAD as intervenções que mais possam **propiciar ganhos em saúde** atendendo ao contexto biopsicossocial em que se encontram, reforçando a aquisição efetiva de competências neste âmbito.

[Conhecimento]

- Compreender os padrões normais de desenvolvimento humano;
- Compreender adequadamente os procedimentos de redução de riscos;
- Conhecer abordagens eficazes para a transmissão de mensagens promotoras de ganhos em saúde.

[Competências]

- Ser capaz de transmitir informação sobre o impacto das doenças a nível comportamental, psicológico, social e físico;
- Ser capaz de transmitir a informação de forma adequada à compreensão da pessoa sob intervenção;
- Ser capaz de executar corretamente procedimentos de RRMD de acordo com as melhores práticas.

[Atitudes]

- Valorizar as mudanças progressivas, independentemente da sua dimensão;
- Orientar o trabalho junto das pessoas com CAD no sentido do empoderamento no seu processo de mudança.

[2] AVALIAÇÃO DO RISCO

A avaliação do risco é um processo através do qual o interventor de RRMD colabora com a pessoa-alvo da intervenção na identificação dos **comportamentos de exposição a riscos**, atuais ou passados, bem como os fatores que poderão tê-los influenciado.

[Conhecimento]

- Compreender a avaliação do risco e o seu papel na mudança do comportamento;
- Compreender a importância do processo de avaliação;
- Conhecer metodologias de avaliação do risco.

[Competências]

- Ser capaz de utilizar metodologias de avaliação do risco em RRMD.

[Atitudes]

- Reconhecer a importância da avaliação para a escolha das estratégias de RRMD;
- Desenvolver sensibilidade e capacidade necessárias para avaliar comportamentos de risco;

[3] REDUÇÃO DE RISCOS

A redução de riscos envolve um **processo participado** através do qual os profissionais e a pessoa-alvo da intervenção identificam comportamentos de risco e desenvolvem estratégias para alcançar alternativas saudáveis a estes.

[Conhecimento]

- Compreender os fatores subjacentes ao comportamento e às mudanças comportamentais, como o apoio social, o acesso aos recursos e a confiança nas próprias capacidades para mudar e agir;
- Identificar níveis de risco.

[Competências]

- Ser capaz de trabalhar com populações-alvo de diferentes idades, géneros e etnias;
- Ser capaz de capacitar a pessoa para a identificação dos seus fatores de risco e o desenvolvimento de estratégias para os reduzir.

[Atitudes]

- Reconhecer as capacidades e limitações da pessoa com CAD e as suas próprias enquanto interventor;
- Integrar a filosofia e os conceitos de RRMD, nas suas dimensões éticas, estratégicas e operacionais.

[4] PREVENÇÃO E ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE

Os interventores de RRMD são responsáveis por facultar informação detalhada sobre os **testes de rastreio** em uso no contexto da intervenção em RRMD para IST, o significado dos respetivos resultados e as opções de tratamento disponíveis²².

[Conhecimento]

- Compreender a informação sobre os diferentes testes de rastreio de doenças infecciosas e respetivos resultados;
- Conhecer os mecanismos de referenciação, os grupos de autoajuda e outros prestadores de cuidados sociais disponíveis para acolher pessoas com resultados positivos em análises de rastreio e deteção de IST;
- Compreender a informação sobre vias de contágio e prevenção das doenças infecciosas;
- Compreender conceitos, modelos e métodos de investigação em saúde pública.

[Competências]

- Ser capaz de mobilizar conhecimentos relativos às IST e à sexualidade na abordagem da pessoa com CAD;
- Ser capaz de estabelecer os contactos necessários para garantir que as pessoas destinatárias da intervenção atingem os objetivos previamente co-negociados e/ou definidos.

[Atitudes]

- Estar disponível para abordar os mais diversos temas de saúde e estilos de vida;

²² Exemplo de concretização da prática da metodologia ADR (Aconselhamento, Deteção e Referenciação), os resultados atingidos com o Programa *Klotho* justificam a sua adoção como método de deteção precoce da infeção do VIH, reconhecendo a sua mais-valia enquanto intervenção abrangente de saúde pública e de motivação para o tratamento. O Programa *Klotho*, lançado em 2006 e fruto de uma colaboração entre a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA e o IDT,I.P., foi desenhado como uma intervenção piloto de saúde pública, direccionada a utilizadores de SPA, visando obter melhor informação epidemiológica em relação à incidência da infeção nos mesmos e encaminhar os utentes VIH positivos para estruturas de saúde. A tecnologia de testes rápidos de deteção da infeção VIH facilitou a sua implementação e maximizou as relações de referenciação entre diferentes prestadores de cuidados de saúde, o que permitiu disponibilizar um tratamento adequado e o mais precoce possível, promovendo com melhor qualidade e maior esperança de vida. De acordo com a avaliação deste programa patenteada no Relatório de Monitorização Janeiro 2007-Dezembro 2008, o Programa *Klotho* foi implementado na grande maioria das Equipas Técnicas Especializadas no âmbito dos CAD.

- Não fazer juízos de valor sobre as escolhas ou reações (mesmo que de recusa ou de negação) das pessoas-alvo da intervenção.

[5] INTERVENÇÃO EM CRISE

A adequação da resposta é fundamental em situações em que possa haver **risco de dano imediato** para a pessoa (exemplo: condutas auto-agressivas, atitudes para-suicidárias) ou terceiros (exemplo: hetero-agressividade).

[Conhecimento]

- Compreender a especificidade da intervenção em crise e os contextos em que a mesma possa decorrer;
- Saber enquadrar as situações de crise e suas potenciais consequências na definição dos direitos e deveres dos cidadãos, legalmente consagrados, compreendendo a necessidade de os transmitir às pessoas atingidas por estas situações.

[Competências]

- Ser capaz de avaliar o risco a nível de segurança do interventor, para pessoas com CAD ou para terceiros;
- Ser capaz de por em prática intervenções em crise, enquadrando-as nas fases do processo psicológico que predispõe à sua resolução.

[Atitudes]

- Ter a noção das limitações próprias, pessoais e profissionais;
- Não fazer juízos de valor na avaliação e resolução de uma crise.

II.B.7. APOIO À PESSOA

O apoio à pessoa alvo da intervenção traduz-se num processo de facilitação da **utilização dos sistemas** de apoio e recursos da comunidade orientados para a satisfação das necessidades individuais.

[1] DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM CAD / ADVOCACY

Prática de uma intervenção que visa defender os direitos individuais dos utentes, junto dos organismos que lhes oferecem serviços socio sanitários. (Barbosa, 2010, p. 76)

Nas ações promovidas pelas estruturas e programas sócio-sanitários de RRMD e pelos seus interventores, o dever ético determina que se procure assegurar a **equidade e a igualdade de acesso** da sua população-alvo aos recursos, emprego, serviços e oportunidades, de que precisa para satisfazer as suas necessidades humanas básicas e para se desenvolver plenamente. Tal acontece, através da promoção de mudanças políticas e legislativas para melhorar as condições sociais, a fim de satisfazer as suas necessidades humanas básicas e fomentar a justiça social.

A Advocacia Social define-se como a representação feita por qualquer pessoa comprometida com os interesses de qualquer grupo em particular na sociedade. Não obstante examinar as leis, a Advocacia Social difere da defesa realizada por advogados, uma vez que procura incidir a sua análise e atuação em normas jurídicas que possam perpetuar comportamentos prejudiciais para os que não têm voz e para os membros mais vulneráveis da comunidade ou sociedade, que não dispõem de recursos para a manutenção das suas necessidades humanas básicas e das suas famílias, ajudando assim a mudar aquelas que os afetam negativamente.

É um processo enfático, empático e vigoroso, distinto de uma prestação de serviços ou de um suporte de atendimento psicossocial, que pretende a inclusão social e a legitimação do acesso a determinados direitos e deveres das pessoas com CAD.

[Conhecimento]

- Conhecer e compreender os princípios éticos da intervenção em RRMD;
- Compreender as barreiras institucionais mais comuns no acesso aos cuidados a pessoas com CAD;
- Compreender as dificuldades específicas das pessoas com CAD para lidar com a rede de serviços sociais, jurídicos, de saúde, entre outros.

[Competências]

- Ser capaz de promover competências na comunidade para interagir com pessoas com CAD;
- Ser capaz de capacitar as pessoas com CAD no conhecimento dos seus direitos, opções e constrangimentos institucionais;

- Ser capaz de advogar o interesse legítimo das pessoas com CAD e minimizar eventuais conflitos de interesse entre elas e as instituições da Comunidade;
- Ser capaz de agir como mediador entre as pessoas com CAD, as instituições e a comunidade.

[Atitudes]

- Ter capacidade de escuta e de diálogo com as pessoas, as instituições e a comunidade;
- Desenvolver sensibilidade social e a capacidade de argumentação e de negociação;
- Desenvolver a capacidade de impulsionar mudanças individuais e coletivas;
- Ter a capacidade de atuar com neutralidade e imparcialidade, justiça social e transparência de valores.

[2] RESPOSTAS, SERVIÇOS E ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL

É importante estabelecer e manter a relação com os serviços socio-sanitários para assegurar a eficaz e adequada referenciação, que possa efetivamente garantir a satisfação de necessidades não resolvidas da pessoa com CAD.

A articulação permite posicionar as respostas na comunidade onde se insere e aferir a qualidade e tipologia de relações que se estabelecem em benefício dos utilizadores destes serviços. As instituições podem funcionar como suporte substitutivo da família, combater o isolamento social, facilitar a reconstrução de laços sociais e a assunção dos direitos e deveres de cidadania dos utentes de RRMD. A articulação institucional pode e deve basear-se no **trabalho em rede**. As redes são ferramentas que se caracterizam por disponibilizarem serviços, recursos, informação, alojamento, apoio emocional (entre outros), com interações frequentes com as estruturas de RRMD e que cedem apoios significativos à população alvo das intervenções.

[Conhecimento]

- Compreender a missão, função, recursos e especificidade dos serviços disponibilizados pelas organizações da comunidade;
- Conhecer as intervenções a decorrer no território, bem como as necessidades de articulação das intervenções no domínio da RRMD.

[Competências]

- Ser capaz de trabalhar com as instituições e serviços, através da supressão de contextos institucionais preconceituosos sobre pessoas com CAD, reivindicando os direitos dos cidadãos para obterem respostas que atendam às suas necessidades;

- Ser capaz de manter atualizado o conhecimento sobre a carteira de serviços das instituições e sobre as formas de encaminhamento, bem como sobre a capacidade destas em lidar e responder à realidade e às necessidades das pessoas com CAD;
- Ser capaz de referenciar, de forma adequada, as necessidades da pessoa;
- Ser capaz de seguir adequadamente as pessoas referenciadas;
- Facilitar o contacto entre as entidades promotoras e as estruturas/serviços da comunidade;
- Facilitar e sensibilizar as estruturas da comunidade para a intervenção em RRMD.

[Atitudes]

- Cultivar a tolerância e procurar sempre gerir potencial conflitualidade entre as partes envolvidas na referenciação;
- Fomentar, em todas as suas intervenções, um ambiente promotor dos ganhos em saúde e no bem-estar social.

[3] MODELO DE GESTÃO DE CONSUMOS

Para prevenir a recaída, o interventor de RRMD deve conhecer e **identificar precocemente** os fatores que predispõem para que tal possa ocorrer.

[Conhecimento]

- Compreender os comportamentos aditivos;
- Conhecer os programas de intervenção disponíveis.

[Competências]

- Ser capaz de identificar e reconhecer precocemente, para a pessoa beneficiária da intervenção, os fatores ambientais, contextuais, físicos e psicológicos que predispõem para a recaída.

[Atitudes]

- Ter tolerância e empatia;
- Ter paciência e perseverança.

II.B.8. APOIO AO PRÓPRIO INTERVENTOR

Toda a intervenção está condicionada pelo estado de segurança e saúde dos seus atores. Neste âmbito, o interventor de RRMD deve desenvolver e utilizar **estratégias para preservar a sua saúde física e mental**. Por outro lado, os próprios contextos de intervenção, habitualmente complexos e exigentes, determinam a necessidade de os interventores beneficiarem de supervisão.

[1] PREVENÇÃO E CONTROLO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS E DO STRESS NO TRABALHO

Há inúmeras estratégias que ajudam o interventor de RRMD a lidar com o *stress* profissional, sendo que as equipas constituem um suporte fundamental na gestão dos riscos psicossociais associados.

[Conhecimento]

- Reconhecer aspetos da profissão que possam contribuir para *stress* excessivo e síndrome de exaustão (*burnout*);
- Conhecer estratégias de prevenção e controlo dos riscos psicossociais e do *stress* no trabalho²³ (como diversificar tarefas, reuniões periódicas de equipa para autoajuda e formação específica).

[Competências]

- Ser capaz de identificar os sintomas de *stress*;
- Ter a capacidade de lidar com o *stress* e de se auto-regular face a determinadas situações desencadeadoras de *stress*;
- Ser capaz de pedir ajuda a supervisores, colegas e outros serviços (ex: saúde ocupacional ou externos) quando surgirem sinais mais evidentes de *stress* ou *burnout*.

[Atitudes]

- Cooperar na criação de um bom ambiente de trabalho;
- Participar ativamente na coesão da equipa.

[2] PREVENÇÃO E CONTROLO DOS RISCOS FÍSICOS E VACINAÇÃO

No âmbito da intervenção em RRMD é frequente o contacto com grupos com várias doenças transmissíveis, pelo que o conhecimento e respeito pelo **plano nacional de vacinação**, assim como de outras recomendações e rastreio de infeções, devem ser tidos em consideração.

²³ Agência Europeia para a Segurança na Saúde e no Trabalho [EU-OSHA], 2015, acessível em <https://osha.europa.eu/en>

[Conhecimento]

- Identificar comportamentos preventivos do contágio de doenças infecciosas como a Tuberculose;
- Identificar a necessidade de cumprir o plano nacional de vacinação e de realizar rastreios periódicos.

[Competências]

- Desenvolver contactos periódicos com centros de diagnóstico pneumológico e/ou serviços de saúde;
- Ser capaz de identificar sinais compatíveis com possíveis infeções.

[Atitudes]

- Priorizar comportamentos de saúde e de autocuidado.

[3] SUPERVISÃO

Para Mikkonen, Kauppinen, Huovinen & Aalto (2007) a supervisão pode ser definida como um método de trabalho que:

- Integra uma parte do processo de gestão, atuando simultaneamente como um ambiente de aprendizagem;
- Garante a prestação de cuidados de qualidade;
- Permite o crescimento do interventor, pessoal e profissionalmente;
- Melhora o desenvolvimento profissional.

De acordo com estes mesmos autores, a supervisão pode ser dividida em 3 categorias, não obstante de, na prática, poderem ser operacionalizadas em simultâneo:

- Administrativa, no âmbito do planeamento, organização e monitorização e enquanto canal de comunicação entre os profissionais e com os seus superiores hierárquicos;
- Educativa, já que fomenta a emergência de elementos fundamentais a um bom desempenho profissional;
- Suporte, dado que apoia os profissionais a lidar com situações de *stress* e de pressão.

A supervisão constitui assim uma ferramenta que permite: o **desenvolvimento da equipa** (a discussão de evidência científica e a reflexão sobre as práticas profissionais enquanto forma de incrementar a identidade profissional do técnico, as suas competências e conhecimento, aumentando ainda a consciência do impacto das suas atitudes nos utentes), assegurar a **qualidade do trabalho** e disponibilizar suporte emocional, através de um espaço onde cada elemento pode partilhar o impacto da intervenção em si e receber apoio sobre a melhor forma de gerir este impacto (NSW-Health, 2006 – *Drug and alcohol clinical supervision guidelines*, cit. por Carapinha et al., 2009, p. 53).

[Conhecimento]

- Compreender a supervisão como um processo de responsabilização que apoia, assegura e desenvolve as habilidades de conhecimento e valores da pessoa e da equipa.

[Competências]

- Saber prepare-se para as sessões de supervisão, o que inclui a identificação dos problemas do seu quotidiano profissional.

[Atitudes]

- Ter um papel ativo no seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional;
- Ter a capacidade de repercutir os resultados da supervisão nas suas ações.

RECOMENDAÇÕES

Os vários princípios e vetores que orientam a intervenção em RRMD, anteriormente discriminados, pretendem de um modo geral garantir (Strike et al., 2015):

- O incremento da efetividade, qualidade e consistência das intervenções de RRMD;
- A redução de doenças transmissíveis como o VIH, VHB, VHC ou tuberculose, assim como de outros riscos;
- Tomadas de decisão informadas relativas ao uso de recursos para o desenvolvimento de práticas mais efetivas e eficazes;
- A mobilização de recursos e investimentos na área de RRMD;
- A promoção da avaliação e monitorização das respostas de RRMD;
- A identificação de setores a beneficiar de melhorias, seja ao nível de programas específicos, seja ao nível dos sistemas de cuidados de saúde.

O alcance destes objetivos *macro* pressupõe uma diferenciação progressiva das equipas de interventores em RRMD nos vários tópicos previamente estabelecidos. Desse modo, e mediante uma adequada monitorização de resultados das intervenções implementadas e a respetiva disseminação em contextos técnico-científicos, contribuir-se-á de modo mais efetivo para a definição de políticas de RRMD. Tal poderá consubstanciar um avanço muito apreciável num domínio de conhecimento e intervenção ainda pautado por alguma controvérsia e relutância por parte da própria sociedade civil.

Neste processo de consolidação do paradigma de RRMD, salientam-se os seguintes pontos como potencialmente facilitadores da implementação de respostas de RRMD, face às realidades emergentes no âmbito dos CAD:

- Incrementar a formação dos interventores em RRMD, potenciando a sua adaptação aos contextos específicos deste tipo de intervenção (ex: adequação da linguagem e do discurso em função do tipo de comportamento de risco e dos indivíduos apoiados);
- Privilegiar os pares como veículos de excelência para a transmissão da informação e de estratégias de RRMD junto de grupos específicos;
- Criar materiais, plataformas, valências e/ou serviços inovadores e adaptados nomeadamente à natureza dos contextos recreativos/festivos ou prisionais;

- Reforçar a sensibilização de organizadores e proprietários de contextos festivos para a intervenção em RRMD e para a disponibilização de materiais e contextos propiciadores de comportamentos menos lesivos para a saúde global;
- Promover a existência de serviços de análise e rastreio de SPA, seja em contextos recreativos/festivos seja nas cidades com maior vivência noturna. Através destes serviços é possível fornecer em tempo útil resultados sobre as SPA analisadas para que os potenciais utilizadores tomem decisões informadas sobre o seu consumo.
- Promover o acesso à informação recente sobre que tipo de SPA circula no mercado ilegal. O conhecimento da composição das substâncias no “mercado negro” é escasso e raramente atual, sendo identificadas novas SPA em constante circulação. O acesso a essa informação através da emissão de alertas no *Info Stand* (ou outras formas de divulgação) em festas pode reduzir o número de possíveis consumos dessas SPA.

Não obstante observar-se evidência que suporta as recomendações apresentadas, algumas carecem ainda de maior validação científica, o que só será possível mediante a implementação e/ou redefinição de determinadas respostas de RRMD, em que o impacto de tais estratégias promovidas pelos interventores seja efetivamente avaliado.

DIFUSÃO E MONITORIZAÇÃO

O acesso amplo e fácil à informação, nomeadamente sobre normas e orientações técnicas, deve ser uma prioridade permanente das entidades reguladoras, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, o documento ora apresentado insere-se numa perspetiva de privilegiar o desenvolvimento de suportes cientificamente válidos que incrementem o acesso à informação, sobretudo por parte dos profissionais para os quais tais conteúdos podem deter a maior importância.

Na construção do processo de monitorização das competências dos intervenores de RRMD, vários critérios de análise devem ser tidos em conta em diferentes fases. Considerando que este documento predispõe para uma intervenção baseada na investigação-ação, a avaliação implica necessariamente a adoção e/ou construção de metodologias que permitam medir resultados, seja quantitativa seja qualitativamente, de forma a permitir evidenciar o impacto global das intervenções de RRMD junto dos vários atores envolvidos: cidadãos com CAD, técnicos, instituições ou outros agentes comunitários.

Apresenta-se de seguida uma proposta de indicadores²⁴ que relevam para o processo de avaliação de resultados alcançados com as atividades empreendidas em programas ou projetos de RRMD. Estes indicadores, não sendo únicos nem necessariamente aplicáveis a todos os programas e/ou projetos, compreendem várias subáreas dos tópicos abordados ao longo desta publicação, constituindo parâmetros que auxiliam a monitorização do desenvolvimento de competências dos intervenores em RRMD:

²⁴ Para consulta de outros indicadores para avaliação de programas/projetos de RRMD com intervenção específica junto de injetores de SPA consulte a Publicação 'Behavioural Indicators for People Who Inject Drugs', disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220259_EN_DRID_module_behavioural_indicators_final.pdf

ÁREAS DE COMPETÊNCIAS	SUBÁREAS	PROPOSTA DE INDICADORES DE RESULTADOS E RESPECTIVOS CÁLCULOS (X100=%)
COMPREENDER A RRMD NUM CONTEXTO CIENTÍFICO	Registo de dados e Investigação-ação	<p><u>Registos atualizados</u></p> <p>[1] Numerador (N): nº de processos de utentes com registo completo de intervenções num dado período Denominador (D): nº total de utentes integrados no programa / projeto de RRMD (PRRMD) no mesmo período</p> <p><u>Utentes envolvidos em investigações</u></p> <p>[2] N: nº de utentes de PRRMD envolvidos como participantes em investigações D: nº total de utentes apoiados no PRRMD</p> <p><u>Avaliação de work-packages</u></p> <p>[3] N: nº de work-packages previstos totalmente concluídos D: nº total de work-packages previstos no PRRMD</p>
COMPREENDER OS COMPORTAMENTOS ADITIVOS	Contextos de Intervenção	<p><u>Novas respostas de RRMD</u></p> <p>[4] N: nº de respostas de RRMD criadas D: nº de respostas previstas no diagnóstico de necessidades</p> <p><u>Indivíduos apoiados</u></p> <p>[5] N: nº de pessoas-alvo de intervenção de um dado PRRMD D: nº total de indivíduos constante de diagnóstico territorial/específico</p> <p><u>Mediação por pares</u></p> <p>[6] N: nº de ações desenvolvidas num PRRMD com recurso a mediação por pares D: nº total de ações desenvolvidas no PRRMD</p> <p><i>Contextos Específicos: festivo / recreativo (CFR)</i></p> <p><u>Indivíduos em CFR apoiados</u></p> <p>[7] N: nº de indivíduos num dado CFR beneficiários de um dado PRRMD (ou numa ação específica desse projeto) D: nº total indivíduos no CFR</p> <p><i>Contextos específicos: prisional (CP)</i></p> <p><u>Indivíduos em CP apoiados</u></p> <p>[8] N: nº de indivíduos em CP beneficiários de um dado PRRMD D: nº de indivíduos em CP</p> <p><u>Indivíduos em CP com continuidade de cuidados</u></p> <p>[9] N: nº de indivíduos em CP que procuram o apoio continuado num dado PRRMD ≥ 1 x/mês D: nº de indivíduos em CP que procuram apoio uma única vez em 6 meses</p>
COMPREENDER A DOENÇA E O BEM-ESTAR NO CONTEXTO DOS CAD	Doenças infecciosas e doença mental	<p><u>Indivíduos rastreados para IST</u></p> <p>[10] N: nº de indivíduos rastreados para IST num dado PRRMD D: nº total de indivíduos no PRRMD</p> <p><u>Indivíduos rastreados para psicopatologia</u></p> <p>[11] N: nº de indivíduos rastreados para sintomas psicopatológicos num dado PRRMD D: nº total de indivíduos no PRRMD</p> <p><u>Trabalhadores sexuais</u></p> <p>[12] N: nº de indivíduos utilizadores (ex: injetores) de SPA que receberam dinheiro, SPA ou outros lucros em troca de sexo nos últimos 12 meses D: nº total de indivíduos no(a) PRRMD/estudo/investigação</p> <p><u>Indivíduos com práticas sexuais protegidas</u></p> <p>[13] N: nº de utilizadores de SPA que referem ter usado preservativo na última prática/relação sexual D: nº total de indivíduos que referem ter usado SPA e tido relações sexuais nos últimos 12 meses</p>

COMPROMISSO	Abordagem, Sensibilidade Grupal, Intervenção Comunitária e Ética	<p><u>Promoção de contextos seguros de intervenção</u></p> <p>[14] Existência de diferentes protocolos de emergência</p> <p>[15] N: nº de ações de formação sobre prevenção e atuação em situações de emergência D: nº total de ações de formação aos intervenores no PRRMD</p> <p><u>Grupos específicos</u></p> <p>[16] N: nº de ações especificamente dirigidas a grupos particulares (ex: género, grupos étnicos) D: nº total de ações promovidas pelo PRRMD</p> <p><u>Gestão integrada da intervenção</u></p> <p>[17] N: nº de ações dinamizadas em articulação com parceiros comunitários D: nº total de ações promovidas pelo PRRMD</p> <p><u>Regulação da atividade e Ética</u></p> <p>[18] Existência de regulamento da atividade e código de ética da entidade, conciliado com a especificidade do PRRMD, sem prejuízo dos códigos deontológicos das Ordens e/ou Associações Profissionais a que poderão reportar determinados intervenores</p> <p>[19] N: nº de ações disciplinares encetadas no âmbito do PRRMD D: nº total de intervenores no PRRMD</p>
INTERVENÇÃO	Informação em Saúde, Avaliação e Redução de Riscos e Crise	<p><u>Ações (ou materiais desenvolvidos) de informação / sensibilização</u></p> <p>[20] N: nº de ações (ou materiais desenvolvidos) para sensibilização aos grupos-alvo do PRRMD sobre fatores de risco e adoção de comportamentos menos lesivos para saúde D: nº total de ações (ou materiais desenvolvidos) promovidas no âmbito do PRRMD</p> <p><u>Planos de intervenção</u></p> <p>[21] N: nº de planos de intervenção delineados com o utente, em função da avaliação de risco desenvolvida num dado período D: nº total de utentes integrados em PRRMD no mesmo período</p> <p><u>Manutenção no PRRMD</u></p> <p>[22] N: nº de utentes que abandonam o PRRMD D: nº total de utentes integrados em PRRMD</p> <p><u>Readmissões</u></p> <p>[23] N: nº de readmissões no PRRMD 2 meses após alta (seja clínica/social ou por abandono) D: nº total de altas</p> <p><u>Intervenção em crise</u></p> <p>[24] N: nº de ações de intervenção em crise por risco de integridade para o próprio ou terceiros D: nº total de ações desenvolvidas no PRRMD</p> <p><u>Óbitos durante a intervenção do PRRMD</u></p> <p>[25] N: nº de óbitos ocorridos no período de apoio pelo PRRMD D: nº total de utentes apoiados no PRRMD</p>
APOIO À PESSOA	Direitos dos utentes, Gestão de Consumos e Articulação Institucional	<p><u>Advocacia</u></p> <p>[26] N: nº de ações empreendidas na comunidade onde o PRRMD opera visando a defesa dos direitos das pessoas com CAD D: nº total de ações desenvolvidas pelo PRRMD</p> <p><u>Gestão de Consumos</u></p> <p>[27] N: nº de utentes com recaídas num dado período D: nº total de utentes no PRRMD no mesmo período</p> <p><u>Continuidade de cuidados</u></p> <p>[28] N: nº de utentes referenciados para respostas especializadas que se mantêm em apoio terapêutico nessas respostas ao fim de 6 meses após encaminhamento D: nº de utentes encaminhados no mesmo período</p> <p><u>Satisfação</u></p> <p>[29] Avaliação da satisfação dos utentes com os serviços disponibilizados através de questionário breve construído para o efeito, com propostas de melhoria</p>

<p>APOIO AO PRÓPRIO INTERVENTOR</p>	<p>Riscos psicossociais e de saúde, Supervisão da intervenção</p>	<p><u>Riscos psicossociais</u></p> <p>[30] N: nº de ações/reuniões empreendidas especificamente para a promoção da coesão da equipa de interventores D: nº total de reuniões da equipa de interventores</p> <p><u>Riscos de saúde</u></p> <p>[31] N: nº de interventores com o Plano Nacional de Vacinação integralmente cumprido (e/ou rastreio de determinadas infeções) num dado período D: nº total de interventores na equipa do PRRMD</p> <p><u>Supervisão</u></p> <p>[32] N: nº de reuniões de supervisão e análise da prática D: nº total de reuniões de equipa</p>
--	---	--

A qualidade da informação disponibilizada nesta publicação deve, igualmente, ser objeto de monitorização. Considera-se por isso pertinente que os vários profissionais a quem se destinam estes conteúdos sejam formalmente consultados sobre o seu grau de satisfação relativamente a estas Linhas Orientadoras. Este processo de avaliação irá contribuir para esclarecer a viabilidade da sua aplicação prática, bem como para avaliar a necessidade de atualizar e/ou reformular os seus conteúdos.

No que concerne à difusão, esta deve compreender não apenas a divulgação de materiais específicos produzidos no âmbito das respostas de RRMD, como também das boas práticas em matéria de intervenção (ex: junto de grupos particulares) e a disseminação de processos e resultados no âmbito da investigação clínica e psicossocial. Nos últimos dois domínios, a publicação de conteúdos com carácter eminentemente científico com revisão por pares e a apresentação de projetos em encontros e fóruns nacionais e internacionais incrementa o potencial crítico sobre as intervenções, o que constitui uma oportunidade importante de reconceitualização e/ou validação de práticas dos interventores em RRMD face a determinados grupos-alvo.

Estas dimensões deverão ser gradativamente mais valorizadas num futuro próximo, como já o são noutras áreas como as ciências básicas ou intervenções mais clínicas. Em qualquer domínio social e da saúde a sustentação das práticas na evidência científica é notoriamente apreciada, porquanto traduzir-se numa maior probabilidade de efetivos ganhos em saúde das populações visadas. No âmbito da RRMD esse esforço deve igualmente ser reconhecido e objeto de valorização seja nas valências já existentes, seja no âmbito de novos projetos e intervenções que se pretendem inovadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. & Bowden-Jones, O. (2016). *Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People*. United Kingdom: NEPTUNE, The Health Foundation Inspiring Improvement. Disponível em: <http://neptune-clinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2016/02/neptune-club-drug-use-among-lgbt-people.pdf>
- Aebi, M.F., Delgrande, N. & Marguet Y. (2012). *Council of Europe Annual Penal Statistics SPACE II: Non-Custodial Sanctions and Measures Served in 2010*. Strasbourg: Council of Europe.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA] (2015). *Riscos psicossociais e stress no trabalho*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- AIDS Alliance (2013). *Reaching drug users: A toolkit for outreach workers*. Disponível em: http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/380/90629-Reaching-drug-users-A-toolkit-for-outreach-services_original.pdf?1405520658
- Almeida, H. N. (2003). Práticas quotidianas e construção de conhecimento. In *XI Seminário da AIDSS – Que Rosto para o Serviço Social?*, Gondomar, 13 e 14 novembro 2003. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/HelenaNevesAlmeida/prticas-quotidianas-e-construo-de-conhecimento>
- Almeida, H. N. (2011). Paradigmas de intervenção na sociedade contemporânea – competências e perfis profissionais em contextos de intervenção social – desafios e responsabilidades. In *Seminário do Mestrado em intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo*, Faculdade de Economia e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/HelenaNevesAlmeida/competncias-e-perfis-profissionais>
- Alto Comissariado da Saúde - Comissão Nacional para a Infecção VIH/Sida & Instituto da Droga e Toxicod dependência, Instituto Público [ACS-CNIVIH/Sida & IDT, I.P.] (2006), *Manual de Procedimentos do Programa KLOTHO – RRMD*. Lisboa: ACS-CNIVIH/Sida & IDT, I.P.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amin, A. & Burrows, D. (2005). *Sex work/drug use program guidelines (final draft) – Where sex work, drug injecting and HIV overlap – practical issues for reducing vulnerability, risk and harm*. Word Health Organization.
- Associação Piaget para o Desenvolvimento, APDES Portugal et al. (2013). *Professional Profile of the Outreach Worker in Harm Reduction*. (E-book). Portugal: APDES. Disponível em: https://issuu.com/ksskritik/docs/2013_prowfile_outreach_workers_in/11
- Balian, R. & White, C. (2010). *Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs*. New York: Open Society Foundations. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/work-harmreduction-20110314.pdf>
- Bandeira, A., Marques, M. J., Cunha, P. & Ranchordas, P. (2014). *Projetos de Intervenção Comunitária. Manual de Suporte à Implementação da Metodologia*. K'Cidade – Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/projectos/pis/wp-content/uploads/2013/09/3-Manual-Projectos-Inova%C3%A7%C3%A3o-Comunit%C3%A1ria.pdf>
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicod dependências*, 15(1), 33-42.

Bratberg, G. H., Wilsnack, S. C., Wilsnack, R., Haugland, S. H. Krokstad, S., Sund, E. R. et al. (2016). Gender differences and genderconvergence in alcohol use over the past three decades (1984–2008), The HUNT Study, Norway. *BMC Public Health*, 16 (723). DOI 10.1186/s12889-016-3384-3.

British Columbia Harm Reduction Strategies and Services [BCHRSS] (2011). *Harm Reduction Training Manual - A Manual For Frontline Staff Involved With Harm Reduction Strategies And Services*. British Columbia: BC Centre for Disease Control. Disponível em: <http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/C8829750-9DEC-4AE9-8D00-84DCD0DF0716/0/CompleteHRTTRAININGMANUALJanuary282011.pdf>

Bellenzani, R. & Nemes M. (2013). Avaliação de uma intervenção psicossocial no cuidado em adesão ao tratamento por HIV/AIDS: um estudo de caso. *Temas em Psicologia*. Vol. 21, Nº. 3, Dx.DOI.Org/10.9788/TP2013.3-EE06PT. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300008

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores

Bowden-Jones, H. & George, S. (2015). *A clinician's guide to working with problem gamblers*. Routledge: Sussex.

Broda, A., LaPlante, D. A., Nelson, S. E., LaBrie, R. A., Bosworth, L. B. & Shaffer, H. J. (2008). Virtual harm reduction efforts for Internet gambling: effects of deposit limits on actual Internet sports gambling behaviour. *Harm Reduction Journal*, 6, 5-27.

Calado, V. (2006) *Drogas sintéticas: mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/LIST/SICAD_ESTUDOS/Attachments/108/Monografia.pdf

Calvetti, P., Giovelli, G. & Gauer, G. (2012). Contribuições da psicologia da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 20 (1-2), Jan-Dez-2012, 75-80. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/3455/3218>

Carapinha, L. et al., (2009). *Guia de Apoio para a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Documents/2014/guia_apoio_intervencao_RRMD.pdf

Cardoso, G. (1998). *Para uma sociologia do ciberespaço: comunidades virtuais em português*, Oeiras: Celta Editora.

Carvalho, M. C., Sousa, M. P., Frango, P., Dias, P., Carvalho, J., Rodrigues, M & Rodrigues, T. (2014). Crisis Intervention Related to the Use of Psychoactive Substances in Recreational Settings - Evaluating the Kosmicare Project at Boom Festival. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(2), 81-100.

Castro, M. I. (2004). Do prazer à dependência. *Toxicodependências*, 10(3), 49-56. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/LIST/SICAD_Artigos/Attachments/158/2004_03_TXT4.pdf

Castro, R. P. (2008). Ética profissional e interdisciplinaridade: partilha de informação e confidencialidade em sede de equipas multidisciplinares. *Gestão e Desenvolvimento*, 15, 87-103. Disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9083/1/gestaodesenvolvimento15_16_87.pdf

Castro, V. (2006). *Jogo patológico e dependência química: correlações entre avidez e regulação emocional*. Tese de Doutoramento em Medicina. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usb.br>.

Cavalcanti, L. (1996). Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías. In *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*. Medellín: Colombia, citada por Quevedo, S. (s.d.). *Políticas y modelos en el campo del uso de drogas y dispositivos asistenciales*. Disponível em: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/consumoDrogas/cap48.html>

Center for HIV, Hepatitis & Addiction Training & Technology, CHHATT. (2009). Outreach Competencies: Minimum Standards for Conducting Street Outreach for Hard-to-Reach Populations. Disponível em: <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/2/2009%20updated%20Outreach%20Compentencies.pdf>

Comissão Nacional para a Infecção VIH/Sida & Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público (2009), *Relatório de Monitorização Janeiro 2007-Dezembro 2008. Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/SIDA Direccionado a Utilizadores de Drogas - KLOTHO*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Crabbe, J, Harris, R. & Koob, G. (2011). Preclinical studies of alcohol binge drinking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216(1), 24-40. doi: 10.1111/j.1749-6632.2010.05895.

Delay, J. & Deniker, O. (1957). Caracteristiques psycho-physiologiques de medicaments neuroleptiques. In S. Garattini, V. Ghetti (Eds.), *Psychotropic Drugs* (pp. 485-501). Amsterdam: Elsevier.

Dewson, S., Davis, S. & Casebourne, J. (2006). *Maximising the role of outreach in client engagement*. Department for Work and Pensions, Research Report No 326. Corporate Document Services. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130128102031/http://research.dwp.gov.uk/asd/asd5/rports2005-2006/rrep326.pdf>

Domostawski, A. (2011). *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*. (H. Siemaszko, Trad.) New York: Open Society Foundations. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf>

Dowling, N. A., Merkouris, S. S. & Lorains, F. K. (2016). Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing field of research. *Addictive Behaviors*, 58, 21-30.

Erol, A. & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(156), 1-13.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for practitioners*. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2014). *Behavioural Indicators For People Who Inject Drugs – DRID Guidance Module*. EMCDDA Drug Related Infectious Diseases Monitoring Guidance Toolkit. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220259_EN_DRID_module_behavioural_indicators_final.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2015). Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_PT_TDAT15001PTN.pdf

Ferro, L., Oliveira, P., Trindade, S. & Peixoto, S. (2014). "Vive o bairro!" A intervenção comunitária como ferramenta da redução de riscos e minimização de danos na Matriz H do Bairro da Flamengo. *Fórum Sociológico*, 25(1), 63-72.

Freitas, I., Morin, E. & Nicolescu, B. (1994). Carta da transdisciplinaridade. In: *1º Congresso Mundial de Transdisciplinaridade*. Convento de Arrábida, Portugal.

Gainsbury, S. M., Blankers, M., Wilkinson, C., Schelleman-Offermans, K. & Cousijn, J. (2014). Recommendations for international gambling harm-minimisation guidelines: comparison with effective public health policy. *Journal of Gambling Studies*, 30, 771-788.

Granja, B. (2008). Assistente Social – Identidade e Saber. Dissertação de Doutoramento em Ciências do Serviço Social. Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7188/2/ASSISTENTE%20SOCIAL%208211%20IDENTIDADE%20E%20SABER.pdf>

Instituto da Droga e Toxicoddependência, Instituto Público [IDT,I.P] (2004). *Guia de Acompanhamento e Avaliação de Equipas de Rua*. Lisboa: IDT,I.P.

International Federation of Social Workers (2015). *Statement of Ethical Principles*. Disponível em: <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>

International HIV/AIDS Alliance [AIDS Alliance] (2013). *Reaching Drug Users – Toolkit for Outreach Services*. Hove/United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance. Disponível em: http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/380/90629-Reaching-drug-users-A-toolkit-for-outreach-services_original.pdf?1405520658

- Jardim, J. & Pereira, A. (2007). *Competências pessoais e sociais: guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.
- Korf, D. et al. (1999). *Insights: outreach work among drug users in Europe: concepts, practice, and terminology*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d'Organizations.
- Leeman, R. F. & Potenza, M. N. (2012). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*, 212, 469-490.
- Marques, A. P. & Fugas, C. (1996). Da rua dificilmente se sai sozinho! *Toxicodependências*, 3 (2): 3-12. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/LIST/SICAD_Artigos/Attachments/409/artigo1.pdf
- Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M. & Aalto, E. (ed.) (2007). *Outreach among marginalized populations in Europe: guidelines on providing integrated outreach services*. Foundation Regenboorg. Amsterdam: AMOC. Disponível em: http://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf
- Murcho, N., Pina, A., Sequeira, L., & Oliveira, M. N. (2010). *Guia de toxicodependências para forças de segurança*. Faro: Governo Civil do Distrito de Faro e Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP – Delegação Regional do Algarve.
- Murray, T. (coord.) (2008). *Good practice in harm reduction*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse. Disponível em: http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_good_practice_in_harm_reduction_1108.pdf
- National Association of Social Workers (2015). *Advocacy & Organizing*. Disponível em: <https://www.socialworkers.org/pressroom/features/issue/advocacy.asp>
- Non Prescription Needle Use Initiative [NPNUI Initiative] (2007). *Working with people who use drugs: A harm reduction approach*. Edmonton, AB: Author. Disponível em: http://www.liver.ca/files/PDF/Publications_English/Working_with_People_who_Use_Drugs-A_Harm_Reduction_Approach_Manual_and_all_supplements.pdf
- Nunes, R., Lopes, E, Damasceno, V., Miranda, R., & Filho, M. (2007). Dependência do Exercício Físico e Insatisfação com a Imagem Corporal. *HU Revista*, 33(4), 113-118.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oudlaug, B. L., Schreiber, L. R. & Grant, J. E. (2012). Personality dimensions and disorders in pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 107-112.
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] - Programa de Prevenção da Toxicodependência - Projecto VIDA (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga* (1ª ed.). Lisboa: MGS Artes Gráficas.
- Presidência do Conselho de Ministros [PCM] (2001). *Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.
- Rahoui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Lisboa: Climepsi Editores
- Rayment, M. (2013). *Joint BASHH and BHIVA national audit of partner notification of adults newly diagnosed with HIV infection*. BHIVA Autumn Conference.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou Integração biopsicossocial?. *Análise Psicológica*. 3 (XVII): 415-433. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a02.pdf>
- Rhodes, T. (1996). *Outreach Work with Drug Users: Principles and Practice*. Council of Europe. pp. 25-26. ISBN 978-92-871-3110-2.
- Rocha, M., Deniel, A., Meireles, P., Fuertes, R., Barros, H. & Bernier, A. (2016). Urgent need for demonstration projects in Portugal to produce pre-exposure prophylaxis-related data. *International Journal of STD & AIDS*, 27(10), 920-921.

Schumacher, J. et al. (2012). Guidance for New Motivational Interviewing Trainers Ehen Training Asscicion Professionals. *Motivational Interviewing; Training, Research, Implementation, Praticce*. Vol. 1, No. 1, DOI 10.5195/mitrip.2012.7 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3685496/>

Sethi, H.S., Pant, S. (2006). Professional boundaries of "acceptable" outreach work, in *Reducing risk taking behavior amongst young drug users in South Asia. Training of trainers - manual for trainers, outreach and field workers* (volume 2), Chapter 17, 119:21. New Delhi: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2015). *Relatório Anual 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: SICAD.

Siqueira, L. (2010). Uma genealogia das compulsões. *Verve*, 18, 149-166.

Souza, A. & Delevati, D. (2013). O Fazer do Psicólogo na Saúde. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde FITS*. V. 1, No. 2, 79-87.

Strike, C., Watson, T.M., Gohil, H., Miskovic, M., Robinson, S., Arkell, C et al. (2015). *The Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 2*. Toronto, ON: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada. Disponível em: <http://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction-part2.pdf>

Strike, C., Hopkins, S., Watson, T.M., Gohil, H., Leece, P., Young, S. et al. (2013). *Best Practice Recommendations for Canadian Harm Reduction Programs that Provide Service to People Who Use Drugs and are at Risk for HIV, HCV, and Other Harms: Part 1*. Toronto: Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada. Disponível em: <http://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction.pdf>

Teixeira, J. & Trindade, I. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. 1 (XVIII): 3-14. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a01.pdf>

The Center for HIV, Hepatitis and Addiction Training and Technology (coord.) [CHHATT] (2001). *Outreach Competencies – Minimum Standards for Conducting Street Outreach for Hard-to-Reach Populations*. Maryland: Danya International, Inc. Disponível em: [http://nhhs.net/media/Outreach%20Competencies%20\(38\).pdf](http://nhhs.net/media/Outreach%20Competencies%20(38).pdf)

The Lancet HIV (2016). Time for NHS England to accept responsibility for PrEP. *Lancet HIV*, 3(9), e397.

Torres, A., Mendes, R., Gaspar, S., Fonseca, R. B., Oliveira, C & Dias, C. (2016). *Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional. Caracterização da população prisional, crimes cometidos e dependências face às drogas, bebidas alcoólicas e jogo a dinheiro*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/158/INCAMP_RelFinal_Vol_1_pt.pdf

Torres, A. et al. (2015). Sumário Executivo do Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional, 2014. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/LIST/SICAD_NOVIDADES/Attachments/66/Sumário%20executivo_INCADMP.pdf

Van der Straten, A., Van Damme, L., Haberer, J. E., Bangsberg, D. R. (2012). Unraveling the divergent results of pre-exposure prophylaxis trials for HIV prevention. *AIDS*, 26(7), F13-9.

Wagner, C. (2012). Client-centered Direction Or How Get There Ehen You're Not Sure Where You're Going. *Motivational Interviewing; Training, Research, Implementation, Praticce*. Vol. 1, No. 1, DOI 10.5195/mitrip.2012.22

World Health Organization (2004). *Advocacy Guide HIV/AIDS Prevention Among Injecting Drug Users*. UNAIDS, UNITED NATIONS, Office on Drugs and Crime.

LEGISLAÇÃO ENQUADRADORA

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2014, de 29 de dezembro, que aprova o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 e o Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2016.
- Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro, que aprova o Regulamento que estabelece as condições de financiamento público dos projetos que constituem os Programas de Respostas Integradas (PRI).
- Despacho n.º 22144/2007, de 21 de setembro, que aprova o regulamento do Programa Específico de Troca de Seringas.
- Portaria n.º 749/2007, de 25 de junho, que aprovou o regulamento da atribuição de financiamento público, através do IDT, I. P., a programas e a estruturas sócio sanitárias de RRMD (Revogada pela Portaria n.º 27/2013, de 24 de janeiro)
- Portaria n.º 748/2007, de 25 de junho, que aprova o regulamento que estabelece as condições e o procedimento de criação e funcionamento de programas e de estruturas sócio sanitárias de RRMD.
- Lei n.º 3/2007, de 16 de janeiro, que adotou as medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.
- Portaria n.º 1115/2001, de 20 de setembro, que aprovou o regulamento do financiamento das entidades promotoras das equipas de rua, criando os instrumentos de apoio financeiro. (Revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de Junho)
- Portaria n.º 1114/2001, de 20 de setembro, que criou um procedimento de autorização, que sendo dirigido pelo IPDT era participado por outras entidades (Ministério do Trabalho e da Solidariedade/ISSS, Ministério da Saúde/SPTT, entre outras) e procurava garantir a competência das entidades promotoras e a qualidade do serviço prestado à população. (Revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de Junho)
- Portaria n.º 1113/2001, de 20 de setembro, que aprovou o regulamento do financiamento das entidades promotoras de pontos de contacto e informação. (Revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de Junho)
- Portaria n.º 1112/2001, de 20 de setembro, que aprovou o regulamento da criação e certificação dos pontos de contacto e informação. (Revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de Junho)
- Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de junho, que aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos, com o objetivo de estabelecer o contacto direto e ativo com os consumidores e grupos de risco, principalmente através do “trabalho de rua”/ de proximidade.
- Resolução do Conselho de Ministros N.º 30/2001, de 22 de Fevereiro, que aprovou os 30 objetivos da Luta Contra a Droga e a Toxicodependência no Horizonte 2004, determinando que no âmbito das políticas adotadas em sede de prevenção e redução de riscos fosse criada uma rede primária nacional de redução de riscos que abrangesse todos os distritos.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de maio, que aprovou a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.



