

Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão

2013



Comissão para
a Dissuasão da
Toxicodependência

Ficha Técnica

Título: Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão

Elementos do grupo de trabalho para a elaboração das Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão: Domingos Duran (DPI/DIT), Alcina Ló (EMPECO), Sofia Albuquerque (EMPECO), Eduarda Costa (CDT Porto), Vasco Gomes (CDT Lisboa), Américo Gegaloto (CDT Setúbal), Nuno Marreiros (CDT Faro), Alcinda Gomes (DPI/DIT)

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

Morada: Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres – Nº. 117, Edifício SICAD | 1750-147 Lisboa – Portugal

Edição: 2018

Esta informação está disponível na intranet (<http://intranetsicad/>) e no *website* do SICAD (www.sicad.pt)

Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão

2013

1. Introdução	5
2. Objetivos	5
2.1. Harmonizar as práticas de intervenção junto dos indiciados a nível nacional.....	6
2.2. Melhorar a eficácia e a eficiência das intervenções das CDT na esfera dos indiciados	6
2.3. Sustentar a intervenção das CDT com modelos teóricos.....	7
2.4. Potenciar a capacidade interventiva das CDT	7
3. Pressupostos	8
3.1. Enquadramento legal	8
3.2. Constituição e funcionamento das CDT.....	9
3.3. Centralidade no cidadão.....	11
3.4. Diagnósticos rigorosos com recurso a instrumentos de avaliação	12
3.5. Intervenção sustentada em modelos teóricos.....	12
3.5.1. Modelo Transteórico de Mudança	12
3.5.2. Intervenção Motivacional.....	14
3.6. Integração de respostas e trabalho em rede com os recursos comunitários	15
3.7. As diligências de motivação	16
4. Modelo de Intervenção em Dissuasão	17
4.1. Fases de intervenção	17
4.1.1. Fase I. Avaliação do Indiciado	17
4.1.2. Fase II. Intervenção Motivacional adequadas às necessidades dos indiciados.....	20
4.1.3. Fase III. Avaliação e follow-up	22
4.2. Atribuições das equipas técnicas.....	22
5. Avaliação da implementação das Linhas de Orientação	24
6. Referências Bibliográficas	25

1. Introdução

A elaboração de um documento de linhas de orientação em Dissuasão tem como propósito colmatar a lacuna existente ao nível da sustentação teórica, na qual possam ancorar-se a experiência e as boas práticas entretanto desenvolvidas. Estas últimas, deverão ser contempladas, futuramente, em orientações de procedimentos concretos dada a relevância que ocupam para a intervenção.

A intervenção nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) é balizada pela Lei nº30/2000 de 29 de novembro, e sua posterior regulamentação através do Decreto-Lei nº130-A/2001 de 23 de abril. Não obstante, a sistematização da atuação técnica torna-se crucial e fortalecida ao investir-se na intervenção precoce, na adoção de metodologias e instrumentos de diagnóstico facilitadores de avaliações, na implementação de intervenções motivacionais e em encaminhamentos melhor estruturados e fundamentados.

As orientações técnicas aqui plasmadas, tal como o nome indica, são indicações que se pretendem facilitadoras da atuação da equipa técnica numa CDT, constituindo-se como um recurso e garante de uma abordagem equitativa e de qualidade na resposta ao indiciado, baseada na evidência científica.

2. Objetivos

Com as Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão (LOID) pretende-se (1) sistematizar e harmonizar um conjunto de orientações, que sustentem e potenciem a capacidade de intervenção das CDT, consolidando a sua identidade e garantindo que estejam acessíveis ao universo dos indiciados, famílias e outros parceiros, procedimentos, respostas e intervenções idênticas; (2) aumentar os níveis de qualidade e eficácia dessas respostas e intervenções; (3) garantir uma base de intervenção comum facilitadora da monitorização e avaliação.

A metodologia de intervenção subjacente às LOID, centra-se na valorização da avaliação e da motivação dos consumidores para a mudança de comportamento, na dissuasão dos consumos, na promoção da saúde, numa maior qualidade de vida, e numa maior adesão aos apoios especializados disponíveis, sejam eles de prevenção indicada, tratamento ou reinserção.

A intervenção técnica das CDT poder-se-á resumir a uma intervenção em “...três tempos fundamentais: o conhecimento dos sujeitos consumidores, a sua motivação e o ulterior encaminhamento, garantindo, também, a definição de medidas de reinserção” (Poiães, 2007).

A implementação das Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão, implica especificamente:

2.1. Harmonizar as práticas de intervenção junto dos indiciados a nível nacional

No âmbito da Dissuasão os profissionais das CDT são detentores de uma vastíssima experiência, baseada na prática diária da aplicação da Lei 30/2000, de 29 de novembro. Não obstante as diferenças de alguns procedimentos entre CDT, a especificidades e particularidades que as caracterizam, inclusive ao nível da disposição geográfica e da constituição das equipas técnicas, pretende-se, com a devida flexibilidade e ajustamento, sistematizar e harmonizar as intervenções desenvolvidas pelos técnicos.

As linhas orientadoras aqui plasmadas, configuram os alicerces do paradigma da intervenção em dissuasão, devendo ser adotadas de forma consensual por todas as CDT, com as devidas adaptações às especificidades e características de funcionamento de cada estrutura.

Consagrar uma identidade própria às CDT, com estratégias de intervenção bem delimitadas e adequadas às necessidades dos indiciados, permitindo que estes possam usufruir de equidade nas intervenções que lhe são dirigidas, independentemente da área de residência, constitui uma prioridade de atuação.

2.2. Melhorar a eficácia e a eficiência das intervenções das CDT na esfera dos indiciados

Pretende-se com a implementação das metodologias contempladas nas LOID conferir uma maior qualidade às abordagens em matéria de dissuasão, que resultará numa maior eficácia da intervenção junto dos indiciados no âmbito da Lei 30/2000.

A dissuasão dos consumos e os ganhos em saúde que se alcançam, por via de orientações técnicas baseadas na evidência, de especialização das intervenções e da harmonização de práticas e procedimentos, preconizados no âmbito de uma intervenção especializada em matéria de CAD, conduzem a níveis elevados de eficácia. Por outro lado, a normalização de práticas e de protocolos transportam uma maior eficiência ao funcionamento dos serviços, que se focam no que se revela essencial.

2.3. Sustentar a intervenção das CDT com modelos teóricos

Considerando a inexistência de orientações técnicas que legitimem uma atuação ancorada em modelos de intervenção fundamentados, testados e avaliados, torna-se premente estruturar a intervenção que já é feita, enriquecendo-a de conhecimentos técnico-científicos alicerçados em modelos teóricos já existentes.

Neste contexto, aplicando estes pressupostos à intervenção técnica das CDT, destacam-se modelos teóricos assentes nos princípios básicos das intervenções breves. Estas por um lado, e a intervenção sistémica por outro, podem em muito auxiliar o trabalho técnico que é desenvolvido numa CDT.

2.4. Potenciar a capacidade interventiva das CDT

“As CDT fazem parte de um conjunto de serviços que operam na área das dependências de substâncias, mas que antecedem o tratamento, devendo por isso centrar a sua intervenção no apoio e orientação, focados na prevenção do uso e riscos associados ao consumo, na avaliação formal do indiciado e no seu encaminhamento para tratamento” (Albuquerque, 2009).

Dado este enquadramento, importa potenciar a intervenção técnica das CDT, nomeadamente e entre outras, enfatizar e valorizar as componentes de intervenção na esfera do indiciado no âmbito das diligências de motivação e da intervenção precoce, diagnosticando, intervindo e/ou referenciando os consumidores de substâncias psicoativas para as respostas existentes na comunidade.

Dotadas de um corpo técnico multidisciplinar com um vasto conhecimento em comportamentos aditivos e dependência, estas equipas promovem junto dos indiciados um ação que ultrapassa a esfera da mera descriminalização, designadamente ao nível do desenvolvimento de Intervenção Breve de carácter preventivo e psico-educacional, de respostas preventivas específicas e adequadas às necessidades dos indiciados consumidores e, nos casos de abuso ou dependência que necessitem de ser encaminhados para serviços de apoio especializado, de Intervenção Breve estruturada e motivacional, sem a pertinência de tratar, mas oferecendo uma proposta eficaz e adequada de referenciação e para apoio.

3. Pressupostos

3.1. Enquadramento legal

A dissuasão materializa uma mudança de atitude legislativa e de racionalidade com a passagem de um quadro criminalizador para um registo dissuasor, mais centrado no indivíduo consumidor de substâncias psicoativas, nas suas necessidades e na motivação para a mudança de comportamentos.

O paradigma da descriminalização é concretizado com a aprovação da Lei 30/2000, de 29 de novembro, a qual define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas sem prescrição médica bem como a proteção sanitária e social dos consumidores, descriminalizando-o e remetendo-o para a competência das contraordenações.

8

Esta lei, que descriminaliza o consumo, oferece uma alternativa à classificação de “crime por consumo” (contemplada no anterior nº2 do artigo 40º do DL 15/93), retirando dos tribunais os consumidores/toxicodependentes, afastando-os do estigma da condenação penal e aproximando-os dos serviços de tratamento e de recuperação.

Para operacionalizar a Lei nº30/2000, foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), que funcionam em cada capital de distrito de Portugal Continental (18 CDT) e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. A organização, processo e regime de funcionamento das CDT, foram determinados pelo Decreto-Lei nº130-A/2001, de 23 de abril, o qual vem reforçar a perspetiva biopsicossocial inerente à Lei nº30/2000.

As CDT, “instâncias de intervenção juspsicológica” não são tribunais, não foram criadas para esse efeito, ao invés, operam como elos de ligação entre o ato (consumo) e o ator (consumidor), promovendo uma opção terapêutica (Poiares, 2000).

Assente no princípio “antes tratar que punir”, este modelo preconiza que o ato de consumir não deve permanecer impune. A manutenção da proibição e punição do consumo são sustentadas e defendidas, disponibilizando ao sujeito a possibilidade de optar por um estilo de vida mais saudável.

O consumo, a aquisição e a posse para consumo, continuam puníveis por lei, sendo atribuído à sanção um “carácter residual”, a imperar no caso de se esgotarem as alternativas terapêuticas (Poiares, 2002).

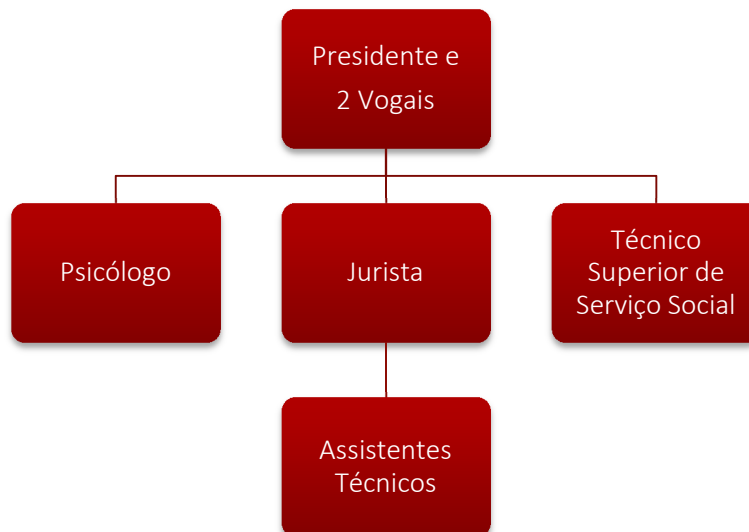
É veiculada uma nova visão do consumidor e do toxicodependente, que deixa de ser encarado como um delinquente e passa a ser considerado como um alguém que precisa de ajuda. “As CDT não o observam como delinquente – naquele caso em que vai ser ouvido, ele não cometeu um crime; e um consumidor de drogas não é necessariamente um doente” (Poiares, 2002).

3.2. Constituição e funcionamento das CDT

De acordo com a Lei, as CDT são formadas por um presidente e dois vogais (membros) nomeados pelo Ministro da Saúde e da Justiça, selecionados de entre quadros superiores com formação na área da saúde, do direito, da psicologia, do serviço social, entre outras.

Atualmente, à exceção de Aveiro, Lisboa, Portalegre e Porto, as restantes CDT funcionam com dois membros. Nas CDT da Guarda e de Leiria, membros de outras CDT deslocam-se semanalmente para dar seguimento aos processos de contraordenação, suprimindo desta forma a falta de quórum que lhes assiste..

Fig. 1 - Composição das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência



Os membros das CDT são apoiados por uma equipa técnica multidisciplinar (prevista no art.7º do DL130-A/2001), (3 a 5 profissionais), entre psicólogos clínicos, técnicos de serviço social e juristas, aos quais compete, entre outras funções, emitir pareceres técnicos de suporte à decisão dos membros e, sobretudo, motivar os consumidores de substâncias psicoativas para a mudança de comportamento e estilo de vida – referenciando os consumidores dependentes para estruturas de apoio especializado, ou simplesmente, desenvolvendo uma abordagem personalizada de carácter preventivo, designadamente ao nível da informação e sensibilização para os riscos inerentes ao consumo.

Esquemáticamente, o indiciado por processo contraordenacional ao abrigo da Lei nº 30/2000, percorre os seguintes passos desde que é identificado pelas forças de segurança.

Fig. 2 - Síntese do Percurso do Indiciado num Processo de Contraordenação



3.3. Centralidade no cidadão

Enquanto área de intervenção em CAD, a dissuasão desenvolve um trabalho abrangente na procura de respostas adaptadas aos problemas e necessidades dos indivíduos.

Pretende-se que esta abordagem contribua para a “redução do consumo de drogas ilícitas, de uma forma justa, equitativa e em consonância com as necessidades dos indivíduos, sejam elas preventivas, sanitárias, terapêuticas ou sancionatórias” (IDT, 2005).

Esta intervenção centrada nas características e necessidades individuais, concede à dissuasão uma essência própria, integradora e complementar que transcende a ótica da mera descriminalização, incidindo na prevenção e redução do uso e abuso de drogas, informando e sensibilizando os consumidores ou dependentes para os riscos dos consumos, tendo em vista contribuir para a proteção sanitária dos consumidores e da comunidade.

3.4. Diagnósticos rigorosos com recurso a instrumentos de avaliação

Considera-se fundamental a aquisição de um conhecimento aprofundado da situação dos indiciados, sustentado nos critérios de avaliação, diagnóstico e utilização de instrumentos eficazes, permitindo adequar a intervenção às necessidades e características dos indivíduos.

Algumas CDT suportam-se de um conjunto de instrumentos de utilidade comprovada para a avaliação e acompanhamento dos indicados, como parte integrante dos procedimentos realizados pelos técnicos. Entre outros instrumentos passíveis de serem utilizados pela equipa técnica, como a entrevista psicossocial (onde é feita uma caracterização e recolha de elementos sobre o percurso de consumos e enquadramento pessoal, profissional e social), destaca-se o ASSIST como instrumento privilegiado de suporte à avaliação do risco do consumo, mais especificamente em situações problemáticas de indiciados não toxicodependentes, em que se justifica melhor enquadrar e fundamentar a intervenção e/ou decisão de encaminhamento.

3.5. Intervenção sustentada em modelos teóricos

O especial enfoque recai sobre modelo transteórico de mudança/estádios de mudança de Prochaska e DiClemente (1994) e sobre a entrevista motivacional de Miller e Rollnick (1991), a seguir sintetizados¹.

3.5.1. Modelo Transteórico de Mudança²

O modelo transteórico de mudança introduziu alterações significativas na intervenção e tratamento em toxicodependência. O processo de mudança foi segmentado, por estes autores, em etapas diferenciadas e com características específicas pelas quais qualquer indivíduo passa quando vivencia um processo de mudança de um comportamento.

A ideia fundamental deste modelo é o conceito de que a mudança é um fenómeno que ocorre por etapas progressivas, cada uma com características próprias, tornando assim fundamental a existência de intervenções específicas e diferenciadas, adequadas a cada momento no qual o indivíduo se encontra no seu processo de mudança. Neste sentido, cada etapa de mudança fornece informação não só descritiva como também prescritiva em relação à opção de tratamento (DiClemente, 2005).

¹ Para pesquisa mais detalhada consultar referências bibliográficas ou revisão bibliográfica em Albuquerque, 2009.

² Idem;

Às etapas progressivas num processo de mudança Prochaska e DiClemente (1994) chamaram estádios de mudança, que representam as várias etapas vivenciadas pelo indivíduo num processo de mudança, desde o momento em que está completamente alheado do problema e/ou não considera sequer a hipótese de mudar comportamento, até ao momento em que põe em prática uma série de estratégias/ações para resolver o comportamento-problema, implicando-se num plano de manutenção dessas mesmas ações.

Acontece por vezes que a migração de um estádio para outro ocorre de forma natural, ao longo da vida, sem que se recorra a uma intervenção terapêutica. Contudo, na maioria dos casos a mudança de estádios é impulsionada a partir de um processo de ajuda intencional, tornando mais célere e mais eficaz o processo de mudança.

O que move um indivíduo de um estádio para outro é a motivação, não existindo uma sequência temporal invariável, nem tão pouco uma certeza do tempo que cada indivíduo permanece em cada estádio. A única certeza é a de que a motivação permeia todo o processo, sendo por isso indispensável do início ao fim.

O padrão de mudança é definido como um fenómeno em espiral, pressupondo movimento e evolução, e não com uma progressão linear. São cinco as etapas distintas - pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção.

Fig.3 - Estádios de Mudança



Estádios de mudança de Prochaska e DiClemente, 1994 (in Albuquerque, 2009)

Os processos de mudança englobam diversas técnicas, métodos e intervenções usualmente associadas a orientações teóricas distintas, o que legitima a escolha do termo transteórico como designação do modelo de intervenção.

Se os estádios constituem uma dimensão temporal que permite perceber quando ocorre a mudança nas atitudes, intenções e nos comportamentos, os autores consideraram dez os processos de mudança, segundo os quais é possível compreender como estas mudanças ocorrem.

A implicação mais evidente e direta desta teoria é a necessidade de avaliar o estágio em que se encontra o paciente na sua vontade de mudar e ajustar as intervenções de acordo com essa etapa. Mais concretamente, durante os estádios da pré-contemplanção e contemplanção os processos de mudança associados a técnicas de persuasão empírica, cognitiva e analítica revelam-se bastante benéficos.

“Hemos determinado que un eficiente auto-cambio depende de hacer las cosas correctamente (procesos) y en el momento preciso (etapas)” (Prochaska, DiClemente, et al., 1994).

Os autores referenciados oferecem assim uma proposta de intervenção combinada, baseada num modelo transteórico de mudança que integra sistematicamente os estádios com os processos de mudança.

3.5.2. Intervenção Motivacional³

14

A Intervenção Motivacional engloba um conjunto de estratégias orientadas no sentido de aumentar a motivação de um sujeito (consumidor de substâncias psicoativas) num curto período de tempo, são por essa razão especialmente adequadas à intervenção das CDT.

Especialmente indicada para trabalhar a adesão e motivação de um indivíduo a iniciar um processo tratamento, a Intervenção Motivacional aumenta a motivação e reafirma o compromisso de deixar o consumo e aceitar o tratamento.

A Entrevista Motivacional é, de acordo com Miller (2001 cit. in Borges e Filho, 2007) “um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e a resolver a sua ambivalência”.

³ Ibidem;

Embora inicialmente baseada no modelo transteórico para a mudança, esta metodologia de intervenção desenvolveu técnicas específicas e introduziu inovações na forma de intervir em estados de dependência de substâncias psicoativas.

É considerada como uma abordagem de excelência para intervir junto de indivíduos nas fases iniciais de mudança (pré-contempladores e contempladores), podendo ser igualmente utilizada nos estádios subsequentes, uma vez que procura estimular a transição de estádios permitindo que o indivíduo progrida no sentido da preparação para a mudança.

Miller e Rollnick (2002 in Negreiros, 2006) procuram estabelecer, precisamente, uma correspondência entre o que designam por tarefas motivacionais e estádios de mudança. Segundo os autores, as estratégias e os objetivos de intervenção devem ajustar-se ao estádio de mudança em que o indivíduo se encontra. Deste modo propõem o seguinte

Fig. 4 - Tabela de correspondência entre os estádios de mudança e as tarefas motivacionais

Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none"> • Questionar o comportamento - aumentar a auto percepção para os riscos e consequências do comportamento atual
Contemplação	<ul style="list-style-type: none"> • Evocar razões para mudar: riscos de não mudar; reforçar a auto eficácia para mudar o comportamento atual
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança
Ação	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar o cliente a dar os passos necessários para a mudança
Manutenção ou No caso de recaída	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a prevenir recaídas • Ajudar a elaborar a recaída e adotar uma estratégia para um novo começo

Miller and Rollnick, 2002 (in Negreiros, 2006)

3.6. Integração de respostas e trabalho em rede com os recursos comunitários

A Dissuasão assume-se como uma área de intervenção em dependências, transversal e interdisciplinar, cuja operacionalização requer uma intervenção integrada. As CDT desenvolvem uma abordagem proactiva possibilitando, uma intervenção precoce, específica e integrada junto dos consumidores, ao despistar precocemente situações que não sendo de toxicodependência carecem de acompanhamento especializado.

A equipa técnica da CDT desenvolve um trabalho multidisciplinar, de proximidade e de levantamento dos recursos disponíveis, numa perspetiva de resposta integrada, em rede com as entidades e serviços da comunidade, que oferecem respostas de prestação de cuidados de saúde, sócio-sanitários, de tratamento e reinserção social, e que vão ao encontro das necessidades de intervenção identificadas.

Fig. 5 – Recursos Comunitários



3.7. As diligências de motivação

O trabalho realizado pela equipa técnica de uma CDT adquire uma importância fulcral para o desenvolvimento de uma intervenção que se quer dissuasora, no âmbito da redução do consumo de substâncias psicoativas e dos riscos associados.

As diligências de motivação constituem um momento de intervenção técnica que requer especial destaque (art.º 16º DL 130-A/2001) uma vez que traduzem o trabalho realizado no sentido da promoção da mudança de comportamento e da adoção de um estilo de vida saudável, ou da motivação e preparação dos indiciados para tratamento.

Ancoradas nos princípios da Intervenção Motivacional (Miller, 2002 in Negreiros, 2006) as diligências de motivação podem constituir-se como uma abordagem em si mesmo, enquanto motor para a mudança de comportamentos, ou enquanto estratégia promotora de uma maior adesão às respostas terapêuticas.

4. Modelo de Intervenção em Dissuasão

Considerando os pressupostos identificados no capítulo anterior, preconiza-se a implementação do modelo de intervenção em dissuasão com base na estrutura doravante apresentada, não excluindo as boas práticas de algumas CDT, que aqui se vêm retratadas por já terem instituído alguns destes procedimentos.

4.1. Fases de intervenção

Esta proposta de metodologia incide em diferentes momentos da intervenção que, com base numa perspetiva de execução de procedimentos flexível, devem ser tidos em consideração de acordo com a fase a que correspondem.

4.1.1. Fase I. Avaliação do Indiciado

A avaliação dos indiciados deve compreender:

1. Entrevista Semiestruturada e Recolha da Anamnese

Recolha de informação relevante sobre as características do indiciado, situação atual de consumos (frequência e contextos) e correspondente historial, história pessoal, familiar e social.

De salientar a importância, nesta fase, da observação do estado mental do indiciado, atendendo a sinais e sintomas que possam levar a suspeitar ou evidenciar situações de duplo diagnóstico, que requerem outro tipo de acompanhamento e ágil referência.

2. Avaliação da Motivação

- Identificar os estádios de mudança de Prochaska e DiClemente (1994)
- Aplicar os princípios da Intervenção Motivacional (Miller e Rollnick (1991)

Ao longo da entrevista e recolha da anamnese, pode ser avaliado o risco dos consumos e a motivação do indiciado para a mudança de comportamentos e eventual tratamento, permitindo desta forma definir intervenções mais adequadas e eficazes para cada situação.

Avaliar a motivação, significa identificar os estádios de mudança e aplicar os procedimentos utilizados na entrevista motivacional, possibilitando a identificação da motivação do indiciado para efetuar as mudanças de comportamento necessárias.

3. Avaliação do Risco do Consumo

Apresenta-se uma forma simplificada (por Borges e Filho, 2007), as principais tarefas a realizar para a avaliação do risco e correspondente intervenção nas CDT.

- ▶ Avaliação do Consumo de Substância
 - Níveis e padrões de consumo
 - Aplicação do ASSIST para avaliar grau de dependência
- ▶ Avaliação dos problemas relacionados com o uso de substâncias
 - Dimensão Clínica (físicos e mentais, despiste de duplos diagnósticos)
 - Dimensão Social (funcionamento e assistência)
 - Dimensão da Relação com Substância (consumos e problemas associados)
- ▶ Definição de uma estratégia adequada em função do nível de risco:
 - Baixo risco - intervenção preventiva e psico-educacional
 - Risco moderado - intervenção breve adaptada ao indiciado, com sinalização/referenciação e motivação para a abstinência
 - Risco elevado - intervenção motivacional, acompanhamento e referenciação do indiciado para tratamento

O ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test – Henry-Edwards et al., 2003) é um questionário de aplicação rápida (cerca de 10 m) com oito questões que contemplam um grupo de 10 substâncias principais (tabaco, álcool, cannabis, cocaína, anfetaminas do tipo estimulantes incluindo ecstasy, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinogénios, opiáceos, outras substâncias), em que os resultados são apresentados numa escala de risco - baixo, moderado, elevado - que determina por sua vez o nível de intervenção - sinalização/referenciação, intervenção breve, tratamento - correspondendo desta forma ao que se pretende em termos de avaliação dos consumos dos indiciados por parte da equipa técnica das CDT.

Refira-se ainda que o instrumento permite identificar e valorizar a existência de comportamentos de consumo endovenoso, ao longo da vida, e nos últimos três meses. Neste último caso, e se houver um consumo médio superior a 4 dias por mês por esta via, deverá proceder-se a uma avaliação adicional e referência célere para os cuidados de saúde especializados.

O ASSIST é um instrumento estudado e recomendado pela OMS no âmbito de um grupo de trabalho “WHO ASSIST Project” (desde 1997), coordenado pelo Drug & Alcohol Services South Australia (DASSA), que implicou quatro fases de implementação:

Fase I (1997-1999) - planificação, desenvolvimento do ASSIST (desenvolvendo itens de testagem preliminar culturalmente neutros) e estudo de confiança e viabilidade internacional;

Fase II (2000-2002) - validação internacional do ASSIST e sua viabilidade ligando-o à intervenção breve;

Fase III (2002-2007) - estudo da eficácia das intervenções breves ligadas ao ASSIST (controlo de causalidade);

Fase IV (2008-2011) - desenvolvimento de um modelo eficaz e sustentável para as intervenções baseadas no ASSIST, e disseminação, implementação e avaliação destas intervenções em diferentes situações e contextos.

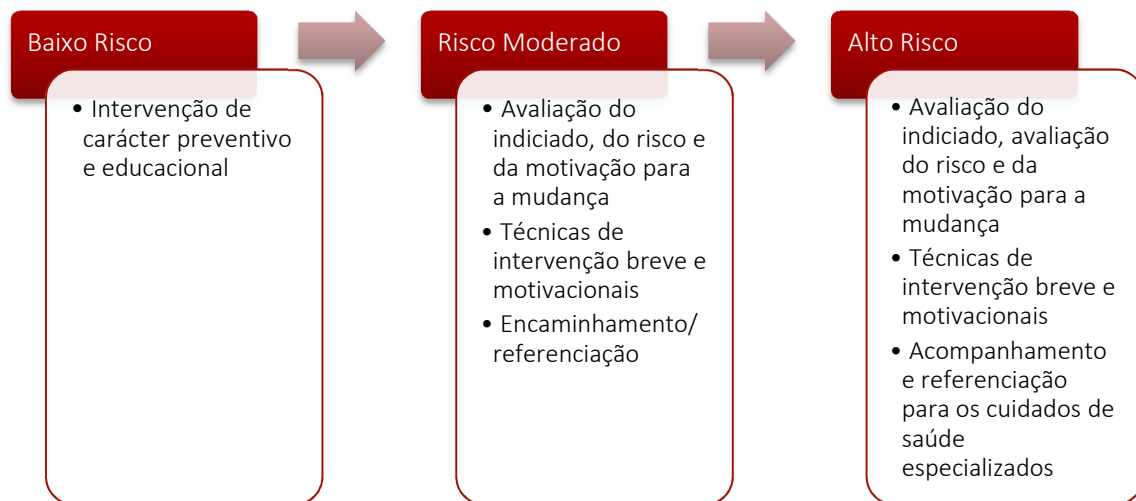
Ainda de referir que este instrumento é prévio ao AUDIT e partilha do mesmo princípio de evidência científica implícita na triagem e na intervenção breve, no contexto dos cuidados de saúde primários.

Importa salientar que a utilidade deste ou outros instrumentos em nada deve substituir a avaliação sustentada na entrevista/recolha da anamnese ao nível da avaliação do risco do consumo e motivação dos indiciados para a abstinência dos consumos.

De salientar ainda que nem sempre se justifica a aplicação de instrumentos de avaliação. A sua utilização deve ser fundamentada e adequada ao que se pretende avaliar, por forma a evitar excessos ou procedimentos desajustados.

4.1.2. Fase II. Intervenção Motivacional adequadas às necessidades dos indiciados

Identificam-se em termos globais, entre a população que chega às CDT, três níveis de risco, apresentando-se para cada um deles algumas orientações sobre a forma de intervir.



Pretende-se adequar o tipo de intervenção aos três níveis de risco identificáveis, devendo esta avaliação ser sustentada, sempre que possível e necessário, no questionário ASSIST que traduz os resultados numa escala de risco – baixo, moderado, elevado – determinando conseqüentemente o nível de intervenção.

- **Baixo risco** – indiciados que consomem pela primeira vez e ou que o fizeram pontualmente, correspondendo a um padrão de consumo que está associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais. Saliente-se, no entanto, que nas condições abaixo referidas qualquer consumo constitui um consumo de risco e não de baixo risco na mulher grávida ou a amamentar, nos menores de 16 anos, nos indivíduos com história anterior de dependência de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas ou de outros comportamentos aditivos, nos indivíduos que padeçam de patologia aguda ou crónica.
Intervenção: deverão ser informados sobre os riscos associados ao consumo através de uma ação preventiva e educacional tendo em vista a dissuasão dos consumos.

Risco moderado – indiciados cujo nível ou padrão de consumo, ocasional ou continuado, aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o próprio, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento, se persistir.

Intervenção: a intervenção a este nível, para além de contemplar técnicas de informação e educação preventivas, deve incluir uma avaliação da motivação do indiciado para mudar o seu comportamento com vista à paragem dos consumos.

Sugere-se que esta avaliação tenha em consideração a teoria dos estádios e dos processos de mudança, aplicando técnicas de Intervenção Breve baseadas na Intervenção Motivacional de Miller e Rollnick (1991).

Estas técnicas devem ser complementadas com uma monitorização atenta verificando se o indiciado alcançou e mantém a abstinência. Em alguns casos justifica-se o encaminhamento para serviços de cuidados especializados, uma vez que os indiciados com consumos de risco moderado poderão desenvolver dependência.

Alto Risco – indiciados cujo padrão de uso de substâncias é muito problemático, claramente associado a danos das suas esferas de vida física, psicologia e social, e que apresentam sinais e/ou sintomas de dependência de substâncias.

Intervenção: deve ser sustentada nos modelos teóricos dos estádios de mudança e da Entrevista Motivacional. A intervenção deve basear-se nos princípios da Intervenção Breve, procurando promover a consciencialização do problema de dependência, a gravidade do uso e riscos a ela associados, encontrando estratégias para fazer frente ao problema e encorajando o indiciado a aderir à referenciação e conseqüente processo de tratamento.

Acresce a esta avaliação decorrente da cotação do ASSIST, e para a definição do nível de risco e das intervenções a implementar, a valorização da Questão 8, acima referida, e que se direciona para o consumo endovenoso. Não integrando diretamente a cotação do instrumento, esta questão, se respondida positivamente, terá de ser valorizada na definição da intervenção. Assim, tendo ocorrido consumos endovenosos nos últimos três meses, e de acordo com a substância consumida por essa via, a frequência deste comportamento determinará intervenções diferenciadas.

O modelo de intervenção em dissuasão vem estabelecer uma ligação entre as Intervenções Breve e motivacionais e as estratégias de avaliação, acompanhamento e encaminhamento estruturado e adequado às necessidades e características dos indiciados.

A Intervenção Breve tornam-se assim num instrumento privilegiado de intervenção que pode ser utilizado pela equipa técnica das CDT, na medida em que:

- Identificam e ajudam os indiciados, consumidores de baixo risco, através de uma ação precoce destinada a reduzir os riscos associados ao consumo e consequente paragem de consumos, fomentando maior qualidade de vida;
- Sinalizam e encaminham os indiciados, consumidores de risco moderado através de uma avaliação estruturada do risco de consumo, para respostas da comunidade adequadas às suas necessidades, contribuindo para a abstinência dos consumos e para um estilo de vida mais saudável;
- Sinalizam e encaminham os indiciados, consumidores dependentes de substâncias psicoativas, para tratamento, contribuindo para uma melhor adesão ao processo terapêutico e à abstinência dos consumos.

4.1.3. Fase III. Avaliação e follow-up

A avaliação dos efeitos da intervenção das CDT, nomeadamente no que respeita à motivação para a mudança de comportamentos e para a adesão aos encaminhamentos propostos, contribui para uma análise mais rigorosa da sustentabilidade das intervenções ao nível da dissuasão dos consumos e dos ganhos em saúde.

Partindo deste pressuposto, seria desejável que as CDT, à semelhança dos procedimentos instituídos com os indiciados toxicodependentes, aquando do arquivamento do processo de contraordenação dos indiciados não toxicodependentes mais problemáticos, pudessem proceder à avaliação da intervenção realizada.

Sugere-se que este momento de avaliação/follow-up aos indiciados considerados não toxicodependentes, mas com níveis de risco moderado de consumos e por essa razão sinalizados/encaminhados para estruturas da rede de parceiros, ou por vezes acompanhados na própria CDT, seja efetuado salvaguardando-se sempre a aceitação/concordância do próprio para esse efeito.

4.2. Atribuições das equipas técnicas

Delinear uma metodologia para a intervenção em dissuasão implica potenciar as atribuições das equipas técnicas das CDT, no que respeita a dimensões relacionadas com a aplicação dos procedimentos propostos.

Reafirmada a importância do papel dos técnicos na operacionalização da lei e de uma efetiva dissuasão do consumo, no âmbito da implementação das Linhas Orientadoras importa perceber das funções que lhe estão atribuídas, quais as que se destacam e podem enquadrar a metodologia proposta. Assim, com base no artº. 7 do DL-130-A/2001, de 23 de abril, são funções da equipa técnica:

- a) Assegurar o normal desenvolvimento dos processos, realizando atempadamente as diligências que lhe forem determinadas;
- b) Consultar o registo central instituído pelo artigo 6º da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro;
- c) Prestar apoio técnico na escolha das sanções a aplicar;
- d) Realizar por iniciativa da comissão, a eventual avaliação psicológica dos indiciados, diligenciando em ordem ao conhecimento preliminar das suas personalidades e trajetórias de vida;
- e) Emitir pareceres e efetuar relatórios;
- f) Assegurar o encaminhamento dos consumidores para as entidades de saúde;
- g) Acompanhar os consumidores no caso de suspensão provisória do processo, de suspensão de determinação da sanção e de suspensão de execução da sanção, designadamente em caso de aceitação de tratamento voluntário, sem prejuízo das funções próprias dos serviços de tratamento, e quando a sanção aplicada recair em medida alternativa à coima, em especial, a prestação de serviços gratuitos a favor da comunidade;
- h) Colher informação sobre a continuidade do tratamento, se este tiver sido aceite no âmbito de um processo e sobre a existência ou não de reincidência;
- i) Informar sobre o termo do período de suspensão do processo, de suspensão da determinação da sanção, ou de suspensão de execução da sanção, para efeitos de arquivamento ou extinção do processo, ou extinção da sanção;
- j) Manter o arquivo de processos de contraordenação.

Considerando as funções acima mencionadas, sem prejuízo de outras, destacam-se um conjunto de atribuições desenvolvidas no âmbito da atividade das equipas e que na implementação do modelo devem ser reforçadas: apoio e parecer técnico, a entrevista/recolha de anamnese, a avaliação psicológica, a elaboração de relatórios, as diligências de motivação/acompanhamento, o acompanhamento na sinalização e no encaminhamento dos indiciados, a articulação com os Stakeholders na recolha de feedback dos encaminhamentos efetuados, como funções basilares no âmbito das orientações definidas, sobre as quais deverão recair maior investimento e reconhecimento.

Deve igualmente assegurar-se o acompanhamento do indiciado, e da família, ao longo do percurso e âmbito do acompanhamento prestado, eventualmente, e como já se revelou como uma boa prática em algumas CDT, por via de um contrato com o indiciado que o responsabiliza no cumprimento de determinados objetivos e mantém o técnico informado e com possibilidade de intervir preventivamente em situações de risco de recaída.

5. Avaliação da implementação das Linhas de Orientação

Na avaliação do grau de implementação das linhas de orientação de intervenção em dissuasão devem ser tidas em consideração os seguintes parâmetros avaliativos:

- % indiciados não toxicodependentes problemáticos encaminhados para respostas no âmbito da implementação do Modelo;
- % de indiciados com diagnóstico da situação face ao consumo, de acordo com o Modelo;
- % de indiciados encaminhados (indiciados com indicação para encaminhamento/total de indiciados);
- % de indiciados com follow-up⁴ (indiciados com follow-up/indiciados com indicação para encaminhamento).

6. Referências Bibliográficas

Albuquerque, S. (2009). Um Olhar Clínico Sobre a Dissuasão: Proposta de Intervenção. Relatório Crítico no âmbito do Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao Grau de Mestre em Psicologia, Lisboa: ISPA.

Borges, C. e Filho, H. (2007). Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom.

Lisboa: Climepsi.

DiClemente, C., (2005). Conceptual Models and Applied Research: The Ongoing Contribution of Transtheoretical Model. *Journal of Addictions Nursing*, 16, 5-12.

Henry-Edwards, e al. (2003). The alcohol, smoking and substance Involvement Screening Test – ASSIST: guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization.

IDT (2005). Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências - 2005-2012. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

Miller, W., Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York. Guildford Press.

Negreiros, J. (2006). Intervenções Motivacionais na Toxicodependência: teoria e prática in A. C. Fonseca,

M. R. Simões, M.C. Simões & M.S. Pinho. (Ed.). *Psicologia Forense*. (pp. 521- 557). Coimbra: Almedina.

Poiares, C. (2000). Descriminalização construtiva e intervenção juspsicológica no consumo das drogas ou Recuperar o tempo perdido.... *Toxicodependências*, Vol. 6, nº2. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 7-16.

Poiares, C. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.

Poiares, C. (2002). A Descriminalização do Consumo de Drogas: abordagem juspsicológica. *Toxicodependências*, Vol. 8, nº2. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 29-36.

Poiaras, C. (2007). Reestruturar, Repensar e refletir: Para uma nova política da Dissuasão da Toxicodependência. *Toxicodependências*, Vol. 13, nº1. Edição IDT: Ministério da Saúde, pp. 11-20.

Prochaska, J.; DiClemente, C., e Norcross, J. (1994). Como Cambia La Gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET-Revista de Toxicomanias*, 1, pp. 3-14.

Legislação

Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. Define o regime aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

Decreto-Lei n.º15/93, de 22 de janeiro, D.R., Série I-A, N.º 18. Revê a legislação do combate à Droga.

Decreto-Lei n.º130-A/2001, de 23 de abril, D.R. Série I-A, N.º 95. Estabelece a organização, o processo e o regime de funcionamento da comissão para a dissuasão da toxicodependência, a que se refere o nº1, do Artigo 5º., da Lei nº30/2000, de 29 de novembro e regula outras matérias complementares.

Bibliografia recomendada

Agra, C. & Poiaras, C. (2003). “A Droga e a Humanidade – reflexão psicocriminal”. In D. Vicente (Coord.). *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*. Revista da faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, Vol.1, Coimbra: Coimbra Editora, pp. 9-26.

Borges, C. e Filho, H. (2004a). *Aconselhamento: Manual Técnico 1*. Lisboa: Climepsi.

Borges, C. e Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência. Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi.

Costa, E. (2001). *Novos Rumos da Política Sobre Drogas*. *Toxicodependências*, vol.7, nº1. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 3-15.

Dias, L. (2007). *As Drogas em Portugal: o fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*. Lisboa: Pé de Página Editores.

Ghodse, H. (2009). Commemoration on the Centennial of the Convening of the International Opium Commission. On line in INCB. Recuperado em 26 de Fevereiro de 2009 de: http://WWW.incb.org/incb/en/shanghai_2009.html.

Humeniuk R., Henry-Edwards S., Ali R., Poznyak, V. and Monteiro, M. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva, World Health Organization.

Humeniuk, R. et al. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test

(ASSIST). Addiction, World Health Organization.

Poiães, C. (1998). As Drogas Ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização. Toxicodependências, Vol. 4, nº 3. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 57-74.

Poiães, C. (1999). Análise Psicocriminal das Drogas – o discurso do legislador. Porto: Almeida Leitão.

Poiães, C. (2001). Variações Sobre Droga. Toxicodependências, Vol. 7, nº2. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 67-75.

Presidência do Conselho de Ministros (2001). Plano de Ação Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004 – 30 Objetivos na Luta Contra a Droga e a Toxicodependência. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

Santos, M. (2004). Contributos para uma Análise da Experiência Descriminalizadora do Consumo de Drogas. Toxicodependências, Vol.10, nº1. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 37-42.

Sereigny, J. et col. (2007). Guia Clínica para el Tratamiento del Alcoholismo. Valência: Socidrogalcohol – Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo e las otras Toxicomanías.

Vilar, G. (coord.) (2013). Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Lisboa: SICAD

As orientações técnicas aqui plasmadas, tal como o nome indica, são indicações que se pretendem facilitadoras da atuação da equipa técnica numa CDT, constituindo-se como um recurso e garante de uma abordagem equitativa e de qualidade na resposta ao indiciado, baseada na evidência científica.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências