



Kamila Bezerra de Araújo

Nº 35899

O papel dos/as psicólogos/as no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Forense

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Anita Santos, Instituto
Universitário da Maia

Fevereiro de 2021

Agradecimentos

A finalização desta etapa acadêmica foi alcançada com muito esforço e não foi fácil. Entre os momentos de tristeza, de dificuldades e de uma pandemia, meus agradecimentos iniciais destinam-se à força dentro de mim. Àquela que não me deixou desamparada e que se reinventou inúmeras vezes durante essa caminhada.

Um especial agradecimento à Professora Doutora Anita Santos, por representar a calma em meio à tempestade via e-mails e videoconferência.

Agradeço também aos meus queridos pais, Rosângela e William, que de longe concederam todos os suportes necessários para mais uma conquista.

À Márcia, que nem mesmo palavras podem descrever minha gratidão pelo apoio e amizade incondicional.

Agradeço à minha família portuguesa, Ana Carolina, Thiago, Paola e Ritinha, que ressignificaram minha trajetória em Portugal.

Minha gratidão estende-se a todas as pessoas que fizeram parte deste percurso: muito obrigada!

Resumo

No âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (CAD), com ou sem substâncias psicoativas, existe um fator de risco para comportamentos criminosos. Assim, a literatura sugere a aplicação de medidas alternativas à punição para população relacionada com os CAD e crime, como o tratamento na comunidade. Em Portugal, os Centros de Respostas Integradas (CRI) são unidades que executam cuidados especializados dos CAD em regime ambulatorial e que recebem pessoas referenciadas por diferentes instituições, sobretudo pelo sistema judicial. Para compreender as respostas sobre as intervenções realizadas com esta população, o presente estudo foi conduzido com os objetivos de compreender qual o papel do/a psicólogo/a no tratamento de referenciados/as pelo sistema de justiça e reconhecer os resultados deste tratamento como uma resposta alternativa à punição. Portanto, o estudo caracterizou-se como qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, pelo que foram entrevistados/as 8 psicólogos/as do serviço de tratamento do CRI da região norte do país. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise temática que demonstrou que, apesar das dificuldades na atuação, o papel dos/as psicólogos/as é fundamental para aplicar as abordagens motivacionais (e.g., Entrevista Motivacional) e fornecer apoio durante o processo de mudança. No entanto, o tratamento enquanto medida alternativa à punição tem-se mostrado uma estratégia que permite o acesso das pessoas ao tratamento, mas que necessita de pesquisas sistemáticas para perceber os resultados no âmbito da redução dos CAD e da reincidência criminal. Em conclusão, o estudo permitiu-nos estabelecer orientações do que tem sido realizado na prática dos/as psicólogos/as e identificar dificuldades, desafios e questionamentos sobre esta prática.

Palavras-chave: tratamento, substâncias psicoativas, jogo, psicologia, medidas alternativas, crime.

Abstract

In the scope of Addictive Behaviors (AB), with or without psychoactive substances, there is a risk factor for criminal behavior. Thus, the literature suggests the application of alternative approaches to punishment for the population related to AB and crime, such as treatment in the community. In Portugal, there are units that perform specialized AB care on an outpatient basis and receive people referred by different institutions, especially the judicial system. In order to understand the answers about the interventions with this population, the present study was conducted with the objectives of understanding the role of the psychologist in the treatment of referrals by the justice system and recognizing the results of this treatment as an alternative to punishment. Therefore, the study was characterized as qualitative, with an exploratory-descriptive character, so 8 psychologists from the treatment service in the northern region of the country were interviewed. For data analysis, the thematic analysis technique was used, which demonstrated that, despite the difficulties in acting, the role of psychologists is essential to apply motivational approaches (like Motivational Interview) and provide support during the process of change. However, treatment as an alternative approach to punishment has proved to be a strategy that allows people access to treatment, but it requires systematic research to understand the results in terms of reducing AB and criminal recidivism. In conclusion, the study allowed us to establish guidelines for what has been done in the practice of psychologists and to identify difficulties, challenges and questions about this practice.

Keywords: treatment, psychoactive substances, gambling, psychology, alternative approaches, crime.

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento teórico	2
1. Contextualização breve dos Comportamentos Aditivos e das Dependências	2
2. Relação entre CAD e crime	3
3. Medidas alternativas à punição para CAD em Portugal.....	5
4. Modelo de tratamento português	8
5. Os/As psicólogos/as no tratamento dos CAD	10
6. O presente estudo	16
Parte II – Investigação empírica	17
1. Método.....	17
1.1 Participantes.....	17
1.2 Instrumentos.....	18
1.3 Procedimentos.....	19
1.3.1 Procedimentos de recolha de dados	19
1.3.2 Procedimentos de análise de dados	20
2. Resultados.....	21
2.1 Do sistema de justiça ao tratamento	22
2.1.1 Associação entre CAD-crime.....	22
2.1.2 Pontos negativos da referenciação	23
2.1.3 Pontos positivos da referenciação	26
2.2 A atuação dos/as psicólogos/as no tratamento.....	27

2.2.1 Postura empática	28
2.2.2 Abordagem no tratamento	29
2.2.3 Planeamento da intervenção	31
2.2.4 Conduta ética.....	34
2.2.5 Dificuldades e/ou desafios	35
2.3 Do tratamento aos resultados	41
2.3.1 O que é o sucesso no tratamento?	41
3. Discussão	42
Conclusão	49
Referências bibliográficas	53
Anexos	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos/as participantes	18
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa temático	21
--------------------------------	----

Lista de Abreviaturas

CAD – *Comportamentos Aditivos e Dependências*

CDT – *Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência*

CRI – *Centros de Respostas Integradas*

DGRSP – *Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais*

EM – *Entrevista Motivacional*

SPA – *Substâncias Psicoativas*

Introdução

Os Comportamentos Aditivos e as Dependências (CAD) constituem uma questão de saúde, mas no seu percurso estão inúmeras vezes associados às questões judiciais. A relação complexa entre os CAD e os comportamentos criminosos faz parte de uma discussão global no que respeita às respostas destinadas à população envolvida nesta problemática. Dentre as respostas no âmbito judicial, encontram-se as medidas alternativas à punição, que podem incluir o encaminhamento para tratamento dos CAD em regime ambulatorial, envolvendo a participação de profissionais da psicologia enquanto intervenção clínica. Assim, o presente estudo foi conduzido de modo a compreender o papel dos/as psicólogos/as na intervenção com esta população forense.

Portanto, a investigação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte destinou-se ao enquadramento teórico, subdividido em cinco eixos da revisão de literatura, onde os CAD foram contextualizados brevemente, depois foi apresentada a problemática da relação entre os CAD e os crimes. Também foram exploradas as medidas alternativas à punição para os CAD em Portugal, seguidas de um destaque para o funcionamento do modelo de tratamento português, bem como foram abordadas questões sobre os/as psicólogos/as no tratamento dos CAD. Por último, foram detalhadas as questões sobre o presente estudo.

Na segunda parte deste estudo encontra-se a investigação empírica, dividida em três partes. Na primeira foi descrito o método, incluindo os objetivos e as questões de partida, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos e a técnica para tratamento e análise dos dados. Na segunda parte, foram apresentados os resultados obtidos, enquanto que na terceira parte encontra-se a discussão dos resultados relacionados com a literatura. Por fim, a conclusão do estudo integrou os principais contributos, reflexões e sugestões para a comunidade científica.

Parte I – Enquadramento teórico

1. Contextualização breve dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

O uso de Substâncias Psicoativas (SPA) sempre fez parte do nosso cotidiano como hábito cultural, quer por questões hedonistas, quer por questões medicinais, ritualísticas ou religiosas (Maisto, Galizio, & Connors, 2018). Do mesmo modo que, atividades como o jogo, o uso da internet, as compras, o sexo, entre outras, também compartilham de características hedonistas existentes na sociedade (Antunes, 2019).

No entanto, quando estas condutas ou atividades se revelam excessivas, com traços impulsivo-compulsivos, dizemos que fazem parte do fenómeno dos comportamentos aditivos, que podem ser geradores de quadros de dependências com ou sem substâncias (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e de Dependência [SICAD], 2013a).

No que se refere às dependências com SPA (lícitas ou ilícitas), apresentam-se como um problema de saúde por revelarem inúmeros fatores de risco biológicos, psicológicos e ambientais (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020). Esta dependência é caracterizada pela perda de controlo sobre o consumo das SPA, busca e consumo continuado, apesar das consequências desfavoráveis, bem como sintomas de privação (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Conforme Martins (2014), os CAD de SPA podem desencadear o desenvolvimento de outras perturbações mentais, alterações do humor e do funcionamento cerebral, problemas de saúde física (taquicardias, sudorese, etc.), além de problemas no âmbito familiar, escolar, laboral e judicial.

Para além destas questões, envolvendo as SPA, existe uma crescente problemática entorno de outros comportamentos aditivos sem SPA, nomeadamente, a

perturbação do jogo¹, a compulsão para o sexo, a dependência tecnológica, etc., caracterizadas também pela falta de controlo e pelos comportamentos repetidos, que podem remeter a complicações em diferentes âmbitos da vida da pessoa, como por exemplo, nas relações sociais e familiares, no trabalho, na escola e nos problemas judiciais (Antunes, 2019; Clark, 2014).

2. Relação entre CAD e crime

Como referimos anteriormente, os CAD têm impacto em diferentes áreas da vida das pessoas, dentre elas encontra-se o comprometimento nas questões legais. Neste sentido, diversos/as autores/as ponderam que a associação entre CAD e crime é caracterizada como múltipla e complexa, possibilitando uma variabilidade de explicações teóricas (Håkansson & Jesionowska, 2018; Bean, 2014; Walker, 2014; Hammersley, 2008; Bennett & Holloway, 2005).

Relativamente à associação entre o consumo de SPA e crime, a literatura apresenta três principais abordagens explicativas da natureza desta relação: (i) SPA leva ao crime; (ii) crime leva ao consumo de SPA; e (iii) SPA e crime tem uma etiologia comum (Bean, 2014; Bennet & Holloway, 2005).

Na abordagem explicativa em que as SPA levam ao crime, existem três categorias elaboradas por Goldstein (1985) que apoiam esta causalidade, sendo o primeiro modelo conhecido como "económico compulsivo", que é quando o crime é um meio de se obter dinheiro para comprar drogas. A segunda categoria diz respeito ao modelo "psicofarmacológico", que assume que o crime cometido é uma consequência do comprometimento da função cognitiva devido às propriedades das SPA. Por último, a categoria "sistêmica" refere-se aos crimes cometidos dentro dos mercados de SPA

¹ As perturbações associadas ao jogo distinguem as atividades de *gaming* (jogo de interatividade, com progressão e sucesso) e de *gambling* (mecanismos de apostas, que envolvem pagamentos e risco) (King, Gainsbury, Delffabro, Hing, & Abbarbanel, 2015).

como parte do negócio de fornecimento e distribuição (Bean, 2014; Bennet & Holloway, 2005; Goldstein, 1985).

Já na abordagem explicativa em que o crime leva ao consumo de SPA, é sustentado que um estilo de vida criminoso pode conduzir ao consumo de SPA, devido a facilitadores, como o dinheiro excedente e o próprio caráter hedonista da pessoa (Bean, 2014; Walters, 2012).

Enquanto que na abordagem da etiologia comum entre SPA e crime, é assumido que não existe uma relação causal direta, na medida em que a relação pode ser coincidente ou ter uma origem comum, bem como pode ser bidirecional ou, ainda, fazer parte de uma política pública que molda o crime (desemprego, exclusão social, delinquência juvenil, etc.) (Bennet & Holloway, 2005; McBride, Vanderwaal, & Terry-mcelrath, 2003).

Apesar de todas as abordagens explicativas, Bennett e Holloway (2009) referem que a conexão entre as SPA e crime deve ser considerada sob o viés cultural em que a pessoa está inserida, além das variações do tipo de SPA e tipologias de consumo. Com efeito, destacam que os estudos sobre a relação entre SPA-crime apontam para características comuns das pessoas envolvidas, nomeadamente, a busca por prazer e a inconsequência nas ações (Wright, Brookman, & Bennet, 2006), a necessidade de fazer dinheiro rápido (Brookman, Mullins, Bennet, & Wright, 2007), o descaso em gastar dinheiro (Wright & Decker, 1994) e uma abordagem limitada e perigosa para tomar decisões (Bennet & Holloway, 2009).

Importa referir ainda que existem estudos empíricos em contexto socioculturais referentes à associação entre os diferentes tipos de SPA e tipo de crime praticado (Håkansson & Jesionowska, 2018; Graham & Livingston, 2011). Deste modo, existem correlações estatísticas que apontam que as SPA ilícitas, sobretudo, a heroína, a cocaína

e os canabinóides, relacionam-se com os crimes de tráfico, roubo, furto e homicídio (Rafaeie, Olyae, & Sargolzaie, 2013). Já o álcool, encontra-se mais ligado ao comportamento agressivo, à violência doméstica e às infrações de trânsito (Fell, 2019; Beck & Heinz, 2013; Zilberman & Blume, 2005).

No que respeita aos outros comportamentos aditivos e o crime, a literatura revela que ainda é uma associação pouco quantificada, que requer mais estudos (Antunes, 2019). No entanto, existem evidências de que o jogo excessivo, como por exemplo, o *gambling*, pode levar a um aumento da criminalidade relacionado ao roubo, furto, fraude, violação de ordens, agressão, entre outros (Latvala, Lintonen, & Konu, 2019; Wheeler, Round, & Wilson, 2010; Chalub & Telles, 2006).

Apesar destes estudos de associação entre o tipo de CAD e crime, ressalta-se a complexidade e a ausência de linearidade desta relação, uma vez que Walker (2014) aponta que a diminuição dos comportamentos aditivos não implica uma redução imediata dos crimes, assim como a redução dos crimes não necessariamente reduz os comportamentos aditivos. Deste modo, o autor reforça a necessidade de promover a redução das circunstâncias que levam aos estilos de vida desviantes, que incluem os dois fenómenos.

3. Medidas alternativas à punição para CAD em Portugal

Em termos gerais, a problemática envolvendo os CAD e o crime, entendida sob o viés da política de tolerância zero e de guerra às drogas, permitiu que grandes populações fossem enviadas para o sistema de justiça criminal, ocasionando uma sobrelotação das prisões, sem qualquer redução nas reincidências dos consumos e da criminalidade (Abandisky, 2018; Pfaff, 2015; Alexander, 1990).

Por consequência, o reconhecimento de um sistema de justiça sobrecarregado influenciou o início de estudos, em vários países, com o intuito de promover outras

medidas para responder aos crimes associados aos CAD, dado que o aprisionamento se revelou contraproducente na reabilitação das pessoas e na redução destas problemáticas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] & World Health Organization [WHO], 2019).

No contexto de Portugal, a complexa situação com as SPA, sobretudo com o crescente consumo problemático de heroína, no final dos anos de 1990, impulsionou o país para uma visão menos punitiva e mais preventiva, a partir de uma perspetiva biopsicossocial para reduzir os danos do consumo, quer nas questões de saúde, quer nas questões prisionais (Marujo, 2012; Domoslawski, 2011; Marques, 2008). É nesta vertente que, os estudos realizados pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, influenciaram a introdução da política de descriminalização de drogas aprovada no ano 2000² em Portugal (Soares, 2018; Martins, 2013).

Por descriminalização, entende-se como o processo de alteração da lei, para que uma conduta que já tenha sido definida como crime, deixe de se constituir como um ato criminoso, mas antes como contraordenação (UNODC, 2007). Destaca-se ainda que, esta lei portuguesa, não implica a legalização da posse e do uso de SPA, uma vez que o país se encontra no eixo proibicionista. Entretanto, ao invés de aplicar sanções criminais, podem ser aplicadas sanções administrativas, para o uso de SPA, bem como para o porte de SPA que estiver dentro dos limites da quantidade permitida (Martins, 2013).

A partir de então, Portugal viabilizou uma política de droga que altera a abordagem relativamente à problemática das SPA para uma questão de saúde, o que permite que sejam estabelecidas respostas alternativas à punição e encarceramento, por

² Lei n° 30/2000, de 29 de novembro de 2000.

meio das linhas da frente da prevenção, dissuasão, redução de riscos e danos, tratamento e reinserção social (Domoslawski, 2011).

Para os casos em que se aplicam as medidas administrativas referidas anteriormente, o país atribui respostas voltadas para a dissuasão, que são operacionalizadas pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) (Soares, 2018). As CDT são instâncias de intervenção juspsicológica, que dispõem de uma equipa multidisciplinar com psicólogos/as, assistentes sociais e juristas e que possuem objetivos de informar, sensibilizar para os riscos dos consumos e motivar para a mudança de estilo de vida, a partir de avaliações rigorosas sobre motivação e risco do consumo (SICAD, 2013b).

Por outro lado, ainda ocorrem os casos envolvendo os CAD que ultrapassam as sanções administrativas e que já se encontram inseridos no sistema de justiça criminal, de forma que as medidas alternativas à reclusão podem ser reveladas e utilizadas em diferentes momentos do processo judicial (UNODC & WHO, 2019).

Deste modo, em Portugal, existe um organismo do Ministério da Justiça, chamado Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), que atua na prevenção criminal, na execução de penas, na reinserção social e na gestão dos sistemas tutelar educativo e prisional. Este organismo tem diversas atribuições, dentre elas: a promoção da reinserção social de pessoas que cometeram crimes, a prevenção da reincidência criminal e, ainda, a reparação dos danos causados à sociedade e às vítimas, por meio de execução de penas e medidas na comunidade (DGRSP, 2020).

Nesta lógica, as equipas de reinserção social deste organismo devem promover o cumprimento das sanções não privativas de liberdade, nomeadamente, a suspensão de execução de pena de prisão, a liberdade condicional, a suspensão da execução do

internamento, a liberdade para prova, a suspensão provisória do processo e, ainda, o trabalho a favor da comunidade ou do Estado (DGRSP, 2020).

Destas sanções, importa destacar que, comumente, as medidas de suspensão de execução de pena de prisão, suspensão provisória do processo, liberdade condicional e multa, fazem parte das medidas alternativas à prisão de pessoas envolvidas com a problemática dos CAD (Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar [DILP], 2020).

Portanto, quando estas medidas são atribuídas à população, o papel da equipa de reinserção social é de assegurar e monitorizar a execução da medida imposta, pelo que Santos (2019) revela a importância da intervenção do/a técnico/a gestor/a de caso da DGRSP. Isto porque, este/a profissional é responsável pelo acompanhamento da pessoa no cumprimento da medida, pela elaboração do seu plano de reinserção social (com objetivos, riscos e necessidades da pessoa em questão) e pela articulação com as diversas instituições parceiras para o processo de reinserção e reabilitação, como por exemplo, as instituições de tratamento especializado em CAD (Santos, 2019).

4. Modelo de tratamento português

De acordo com a UNODC (2010; 2007), a imposição de tratamento para os CAD como medida alternativa à prisão, tem-se mostrado eficaz na redução da reincidência criminal e dos comportamentos aditivos.

Em concordância, diversas meta-análises demonstraram que as abordagens alternativas mais promissoras são as direcionadas para a saúde dentro da comunidade, as quais têm apresentado resultados eficazes na redução dos consumos e na diminuição dos danos causados na sociedade, o que indica que as estratégias punitivas isoladas não causam o impacto desejado na reabilitação e na recuperação da pessoa em abuso das

SPA e no cometimento dos crimes relacionados (Kopak, 2015; NIDA, 2014; Chandler, Fletcher, & Volkow, 2009; Marlowe, 2003).

Do mesmo modo que o tratamento para jogadores/as problemáticos/as associados/as ao crime é fulcral, dado que são altos os riscos de reincidência e de agravamento destes comportamentos (Turner, Preston, Saunders, McAvoy, & Jain, 2009).

Para efeitos de tratamento dos CAD, a literatura aponta que existem diversas opções e contextos, sendo os principais: o tratamento de substituição de opiáceos, o tratamento de manutenção opiácea, a desintoxicação, os tratamentos psicossociais estruturados e individuais, assim como uma variedade de intervenções de prevenção e de tratamento online (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2020).

No que se refere ao modelo português de intervenção nas problemáticas dos CAD, foi mencionado no tópico anterior, que este viabiliza as respostas integradas que incluem os mecanismos de prevenção, dissuasão, redução de riscos, minimização de danos, tratamento e reinserção. Sendo assim, no âmbito dos cuidados especializados de tratamento dos CAD em Portugal, são priorizados os diagnósticos individualizados e o modelo integrado de tratamento, a partir da operacionalização pelos Centros de Respostas Integradas (CRI), pelas Unidades de Desabituação, pelas Comunidades Terapêuticas e pelas Unidades de Alcoologia (SICAD, 2019).

Os CRI³ englobam todos os eixos de intervenção citados e contemplam equipas de intervenção comunitária, assim como equipas técnicas especializadas de tratamento, visando uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades da pessoa (com participação das áreas da medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, etc.) e com

³ Despacho n.º 2976/2014 do Ministério da Saúde de Portugal.

uma forte articulação com variadas instituições, especificamente, tribunais de justiça, DGRSP, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, médicos/as de família, entre outros (SICAD, 2013a; 2013c).

Neste sentido, o sistema de justiça pode articular com estas unidades locais para solicitar o tratamento dos CAD, como forma de medida alternativa à prisão na prática, de acordo com o caráter da sanção não privativa aplicada, visto que estes procedimentos não punitivos apresentam eficácia na redução dos comportamentos aditivos e criminosos (Steverson, 2011).

Para tanto, é necessário reconhecer a natureza coerciva destas articulações para tratamento, pelo que se encontra evidenciado por estudos (NIDA, 2014; UNODC, 2010; Chandler et al., 2009) que as pessoas referenciadas para tratamento de forma coercitiva apresentam resultados tão bons ou melhores, do que aquelas pessoas que procuram tratamento de forma voluntária.

Apesar disso, outros estudos revelam que ainda são necessárias pesquisas sistemáticas para perceber os resultados destas estratégias coercivas acerca da efetividade da retenção e do tratamento desta população (Urbanoski, 2010; Klag, O'Callaghan, & Creed, 2005).

5. Os/As psicólogos/as no tratamento dos CAD

Conforme abordado, o tratamento dos CAD envolve diversas áreas científicas, dentre elas a psicologia. É neste sentido que importa mencionar os aspetos relevantes das intervenções dos/as psicólogos/as, por vezes chamados/as aqui de terapeutas, durante o processo de tratamento.

Segundo Petersen (2002), a intervenção eficaz com pessoas com problemas ligados aos CAD deve envolver variados conhecimentos, competências e atitudes por parte do/a profissional terapeuta. O interesse do/a terapeuta em ajudar, a sua postura

empática, a sua habilidade e capacidade de formar uma boa relação terapêutica, a partir da aliança terapêutica, formam as principais características que estão associadas à retenção e aos bons resultados de intervenção com esta população (Elliot, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011; Carroll, 1997).

Para Bordin (1979), a aliança terapêutica diz respeito a uma colaboração entre terapeuta e cliente, de modo que a qualidade e a força desta aliança são determinadas a partir dos objetivos terapêuticos, das tarefas do processo terapêutico e do vínculo interpessoal na díade terapeuta-cliente. Sendo assim, o autor aponta que todo o processo terapêutico envolve oscilações nesta qualidade e força, pelo que em alguns momentos podem ser constituídas as rupturas na aliança.

Estas rupturas na aliança terapêutica podem ser definidas como um enfraquecimento ou quebra da relação colaborativa entre ambos/as (Larsson, Falkenström, Andersson, & Holmqvist, 2018), de modo que uma reparação torna-se necessária para contribuir para o desenvolvimento da relação terapeuta-cliente e para evitar o *dropout*⁴ do processo (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2015; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011).

A baixa retenção e o *dropout* das pessoas em tratamento dos CAD estão relacionados tanto com características pessoais, como com características demográficas e de instabilidade social (Carroll, 1997). Destaca-se ainda que, na intervenção com populações relacionadas com os CAD, as problemáticas de busca, retenção e resultados, também estão ligadas com o grau de motivação que a pessoa apresenta para o processo de mudança (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Por esta razão, as abordagens motivacionais são tratadas como variáveis importantes para gerir as dificuldades do processo de tratamento dos CAD (Prochaska,

⁴ Refere-se ao abandono do processo terapêutico (Roback e Smith, 1987).

2013; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1982). Dentre elas, apresenta-se o modelo centrado na pessoa, chamado de Modelo Transteórico de Motivação para a Mudança, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982, 1992), que explica a mudança do comportamento por meio da existência de cinco fases flexíveis entre si: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, das quais pode ocorrer a recaída.

Na fase de pré-contemplação, a pessoa não percebe o problema e desconsidera uma mudança, devido a uma desvalorização do comportamento problemático. Já na fase de contemplação, a pessoa apresenta o sentimento de ambivalência no que respeita a mudança ou a manutenção do comportamento. Enquanto que na fase de preparação, após a contemplação da mudança, a pessoa inicia o planejamento e comprometimento para a mudança. Na fase da ação, a pessoa encontra-se executando as estratégias para a mudança. Na quinta fase, chamada de manutenção, a pessoa consolida os ganhos obtidos do processo de mudança e trabalha para prevenir a recaída (Prochaska & DiClemente, 1983).

Nota-se que, em todas as fases, existe a possibilidade de recaída no comportamento aditivo, de forma que esta é considerada como parte integrante do processo de mudança e deve ser trabalhada durante toda intervenção (Prochaska, 2013).

Por outro lado, Miller e Rollnick (1991) desenvolveram a abordagem da Entrevista Motivacional (EM), com o objetivo de promover uma intervenção psicológica estruturada para alcançar a motivação intrínseca e a resolução de ambivalências. A partir desta abordagem, a baixa motivação não é vista somente como uma problemática da pessoa, mas como uma fase de mudança que é sensível às respostas do/a terapeuta (Rollnick & Allison, 2004).

Portanto, a EM implica que o/a terapeuta assumira uma postura empática aliada ao conhecimento dos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente (1982), seguindo técnicas de apoio e encorajamento, questões abertas, resumir, manter uma escuta ativa e promover um discurso para a mudança (Miller & Rollnick, 1991).

Em termos gerais, a EM é considerada uma abordagem de excelência para intervir no contexto dos CAD (SICAD, 2013b), pelo que se destacam as positivas contribuições desta abordagem na adesão e nos resultados, não apenas do tratamento de problemas ligados ao álcool (Rollnick & Allison, 2004; Miller & Rollnick, 2002; Brown & Miller, 1993), como também no tratamento das perturbações do jogo (Wulfert, Blanchard, Freidenberg, & Martell, 2006).

Neste sentido, a utilização desta abordagem é amplamente indicada para o tratamento de pessoas que procuram voluntariamente o tratamento, assim como para aquelas que não o procuram, mas que precisam estar inseridas no tratamento (por questões judiciais, financeiras, físicas, mentais, etc.), uma vez que se tem mostrado tão eficaz quanto os outros tipos de intervenção, como por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental (Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006).

No que respeita a motivação intrínseca e externa, a literatura refere que, na maior parte dos casos, o tratamento voluntário também possui aspetos de persuasão, quer da pressão de familiares, quer da influência social e de pares, sendo estes pontos de partida para que as pessoas recorram às variadas formas de tratamento (UNODC, 2010).

Portanto, o fator coercivo de um encaminhamento para tratamento pelo sistema judicial, não deve ser visto como negativo, dado que não se caracteriza como o oposto da motivação, mas como uma oportunidade de contacto com programas de intervenção para uma possível transformação da pessoa (UNODC, 2010; Summers, 2002). Segundo a UNODC e a WHO (2019), a qualidade do fator coercivo de encaminhamento depende

da seleção e dos critérios estabelecidos para a escolha do tratamento como medida alternativa, haja vista que deve ser baseada na avaliação da natureza e gravidade do crime, do historial da pessoa e dos objetivos da sentença.

Em concordância, o estudo de Kelly, Finney e Moos (2005) demonstrou que as pessoas encaminhadas de forma coerciva para o tratamento apresentaram maiores dificuldades relativamente à motivação no início do processo de intervenção, no entanto, após conseguirem ultrapassar o período inicial, mostraram-se mais interessadas e recetivas para a mudança de comportamento.

Neste cenário, Kensington (2015) aponta que a imposição de tratamento por sanções criminais, deve considerar na prática a legitimidade da intervenção, a partir do consentimento da pessoa para realizá-lo. A autora explica que, conforme o desenvolvimento da aliança terapêutica entre terapeuta-cliente, o consentimento torna-se importante do ponto de vista ético, o que não garante a completa adesão da população referenciada, contudo possibilita a valorização da pessoa, sendo esta uma forma de promoção da autonomia, motivação e confiança durante o processo de intervenção.

Igualmente a UNODC e a WHO (2019), revelam que os direitos de dignidade e privacidade da pessoa referenciada pelo sistema de justiça devem ser mantidos, limitando o acesso de informações apenas para pessoas relacionadas com a resolução do caso. Em concreto, a pessoa deve receber explicações antes do encaminhamento e no início do tratamento sobre a natureza da medida aplicada, as consequências, os riscos e impactos, os benefícios envolvidos e as informações que serão reveladas para o sistema de justiça sobre o processo de intervenção (UNODC & WHO, 2019; UNODC, 2010).

Por isso, os/as terapeutas devem estar cientes das suas responsabilidades no âmbito do tratamento, partindo do princípio de que existem limites de confidencialidade que asseguram as informações das pessoas atendidas (Peterson, 2002). Para entender

estes limites, Summers (2002) aponta que existe uma necessidade de proximidade nas relações de trabalho entre os serviços provedores de tratamento e o sistema de justiça, dado a importância da percepção da divisão de trabalhos, tarefas e sistemas. Para a autora, existem outras questões complexas na atuação das duas esferas que necessitam consideração, nomeadamente, o papel de cada uma na redução da reincidência e o significado disto na parceria, na ética profissional, no foco interventivo e nos efeitos sobre a vida da pessoa em tratamento.

Relativamente ao papel do/a psicólogo/a, enquanto terapeuta, a literatura tem revelado que a avaliação compreensiva e multidimensional da pessoa faz parte da principal função do/a terapeuta no tratamento, para que sejam atingidos os objetivos da intervenção (McBride, 2002). Uma avaliação planejada, consistente e que incorpore os riscos, necessidades, motivação, dificuldades e diagnósticos, pode definir o sucesso do plano de intervenção terapêutico (EMCDDA, 2016; McBride, 2002).

Efetivamente, a psicologia, na qualidade de ciência do comportamento, apresenta diversos mecanismos para contribuir na área dos CAD, em razão das competências para identificar comorbidades e outros problemas psicossociais, bem como a partir das suas abordagens, validadas como eficazes na prevenção e no tratamento dos CAD, independentemente da orientação particular do/a psicólogo/a (Miller & Brown, 1997).

Vale destacar que, de acordo com Huss (2011), a psicologia geral possui uma especialidade chamada psicologia forense (por vezes também chamada de psicologia da justiça ou do comportamento desviante), onde se aplicam práticas de avaliação e tratamento de pessoas no contexto legal.

Neste sentido, apesar de existir diferenças entre a avaliação terapêutica e a avaliação forense, os/as psicólogos/as forenses exibem inúmeras referências para

articular o tratamento de pessoas envolvidas com os CAD e com o sistema judicial, uma vez que têm o domínio de instrumentos forenses especializados, avaliações de risco e compreensão das necessidades criminógenas, que podem ser fatores importantes para a integração do tratamento clínico dos CAD (Tully, 2019; Huss, 2011).

6. O presente estudo

Ressalta-se que, no decorrer do levantamento deste referencial teórico, não foi do nosso conhecimento a existência de estudos quanto ao detalhamento do papel do/a psicólogo/a (seja com especialidade forense ou não) na prática dos tratamentos dos CAD em comunidade, como medidas alternativas à prisão em Portugal. Os escassos conhecimentos comprometem o reconhecimento da importância da atuação do/a psicólogo/a nesta problemática, bem como dificultam a manutenção ou promoção de estratégias articuladas para a redução da reincidência criminal e redução dos CAD.

Portanto, na tentativa de viabilizar respostas sobre as práticas destes/as profissionais, este estudo foi realizado com o objetivo geral de compreender qual o papel dos/as psicólogos/as no tratamento dos CAD de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, bem como reconhecer os resultados deste tratamento como uma resposta alternativa à punição, a partir dos objetivos específicos de caracterizar as pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, identificar as dificuldades e/ou desafios no tratamento desta população, avaliar o acompanhamento do sistema de justiça durante o tratamento e avaliar os resultados obtidos do processo de intervenção.

De modo a guiar o processo de recolha e análise dos dados, foram elaboradas as seguintes questões de partida:

- 1) Quais são as características das pessoas referenciadas pelo sistema de justiça no tratamento em CAD?

- 2) Qual o papel dos/as psicólogos/as no tratamento dos CAD de pessoas encaminhadas pelo sistema de justiça?
- 3) Quais as dificuldades e os desafios da atuação com esta população específica?
- 4) Qual o acompanhamento/diálogo que o sistema de justiça realiza junto às instituições de tratamento?
- 5) De que forma os/as entrevistados/as avaliam os resultados destas intervenções?

Parte II – Investigação empírica

1. Método

Este estudo caracterizou-se como qualitativo de caráter exploratório-descritivo (Gil, 2008), uma vez que o objetivo é o de compreender e descrever o fenómeno estudado, a partir das perceções dos/as participantes entrevistados/as. Portanto, serão apresentados os objetivos e as questões de partida, os/as participantes, os instrumentos, os procedimentos e, ainda, o método de análise dos dados escolhido.

1.1 Participantes

Para atender aos objetivos deste estudo, foram considerados como critérios de inclusão da amostra os/as profissionais com a formação académica em Psicologia (tronco comum), que estão inseridos na área de tratamento dos CAD de um Centro de Respostas Integradas (CRI) do distrito do Porto, de qualquer género, religião ou condição social.

Sendo assim, a pesquisa contou com oito participantes, sendo seis mulheres e dois homens, todos/as de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os

46 anos a 59 anos, com diferentes especializações em Psicologia e variados tempos de atuação nos CAD, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas dos/as participantes.

Participantes	Idade	Sexo	Nacionalidade	Especialização	Tempo de atuação nos CAD
P1	50	Masculino	Portuguesa	Psicologia clínica	15 anos
P2	47	Masculino	Portuguesa	Psicologia do comportamento desviante	22 anos
P3	56	Feminino	Portuguesa	Psicologia clínica	30 anos
P4	46	Feminino	Portuguesa	Psicologia clínica comportamental e sistémica	20 anos
P5	56	Feminino	Portuguesa	Psicologia clínica	32 anos
P6	51	Feminino	Portuguesa	Psicologia do comportamento desviante	27 anos
P7	59	Feminino	Portuguesa	Psicologia clínica	25 anos
P8	53	Feminino	Portuguesa	Psicologia do comportamento desviante	27 anos

1.2 Instrumentos

Os dados do presente estudo foram recolhidos a partir de um guião de entrevista semiestruturado (cf. Anexo A), elaborado em função das questões de partida e dos objetivos, uma vez que este tipo de entrevista qualitativa permite que o/a participante aborde sobre a temática de maneira espontânea e flexível (Minayo, 2013).

Neste sentido, o guião foi construído em seis partes: a) características sociodemográficas; b) características dos/as utentes; c) papel do/a psicólogo/a na intervenção; d) desafios/dificuldades da intervenção; e) diálogo com o sistema de justiça; f) resultados da intervenção.

A primeira parte teve como intuito obter um conhecimento global acerca do/a profissional e do seu envolvimento com a temática dos CAD. Enquanto que, na segunda parte, pretendeu-se adquirir informações sobre as características gerais dos/as utentes autopropostos/as e do/as utentes encaminhados/as pelo sistema de justiça, suas diferenças e/ou semelhanças, bem como a motivação e a adesão destes/as ao tratamento. Já na terceira parte, o objetivo deu-se na identificação do papel do/a psicólogo/a durante o processo de tratamento destes/as utentes, nomeadamente, no plano de intervenção, na abordagem utilizada e nas questões de confidencialidade e sigilo. Na quarta parte, houve a intenção de elencar os desafios e dificuldades existentes, ou não, na atuação com esta população. A quinta parte tem por finalidade perceber como é realizado o acompanhamento/diálogo entre a equipa de tratamento e os/as técnicos/as do sistema de justiça. Numa última parte, pretendeu-se explorar qual a perceção dos/as psicólogos/as em relação aos resultados da intervenção com estes/as utentes.

1.3 Procedimentos

1.3.1 Procedimentos de recolha de dados

No que se refere aos procedimentos de recolha dos dados, importa salientar que foi realizado um pedido de permissão ao diretor responsável de um dos Centros de Respostas Integradas do distrito do Porto para iniciar o processo de entrevistas. Após obtermos a autorização para prosseguir com a pesquisa, foi elaborado o consentimento informado (cf. Anexo B) junto ao guião de entrevista e foram selecionados/as

psicólogos/as sinalizados/as pelo próprio diretor, como potenciais participantes, dado a vasta experiência e conhecimento na temática deste estudo.

Sendo assim, foram contactados/as para a entrevista doze profissionais de psicologia da área do tratamento nos CAD. No entanto, apenas oito entrevistas foram concretizadas entre os meses de março e outubro de 2020, uma vez que houve a implementação do Estado de Emergência em março de 2020, devido à pandemia causada pela doença Covid-19. Neste sentido, as entrevistas passaram por diversas remarcações e desistências, influenciadas pelas questões de saúde dos/as participantes e pelas regras sanitárias impostas.

Das entrevistas realizadas, sete ocorreram de forma presencial, num gabinete de atendimento dos/as profissionais, e tiveram uma duração entre 30 a 50 minutos, enquanto que apenas uma entrevista foi realizada à distância, via e-mail. Em todas as entrevistas foram esclarecidos os objetivos do estudo e garantida a entrega do consentimento informado, bem como foram gravadas em áudio e transcritas, com exceção da entrevista à distância, via e-mail.

1.3.2 Procedimentos de análise de dados

Relativamente ao tratamento e técnica de análise dos dados, foi utilizado o método da análise temática, desenvolvido inicialmente por Braun e Clarke (2006), uma vez que este método se caracteriza especialmente por ser flexível e facilitar a compreensão e codificação dos dados. Durante a análise dos dados, de carácter indutivo, foram adotadas etapas, tal como sugerido pelos/as autores/as (Souza, 2019; Braun & Clarke, 2013), nomeadamente, repetida leitura aprofundada dos dados recolhidos, seguida de elaboração dos códigos iniciais para gerar os temas e subtemas, bem como a revisão e aprimoramento dos temas pertinentes. Finalmente, foi elaborada a grelha de codificação (cf. Anexo C).

2. Resultados

Na análise e interpretação do material empírico, desenvolvemos um mapa temático (cf. Figura 1) para a visão global dos dados obtidos, que incluem os temas e os subtemas abrangentes da codificação.

Neste sentido, foram identificados três temas, nomeadamente, do sistema de justiça ao tratamento, a atuação do/a psicólogo/a no tratamento e do tratamento aos resultados. Do sistema de justiça ao tratamento, foram destacados os subtemas: associação entre CAD-crime, pontos negativos e pontos positivos da referenciação. Relativamente à atuação do/a psicólogo/a no tratamento, foram evidenciados subtemas como postura empática, abordagem no tratamento, planeamento da intervenção, conduta ética e dificuldades e/ou desafios (sobretudo acerca da formação académica e do acompanhamento do sistema de justiça). Por último, do tratamento aos resultados, apontamos o subtema: o que é o sucesso no tratamento?

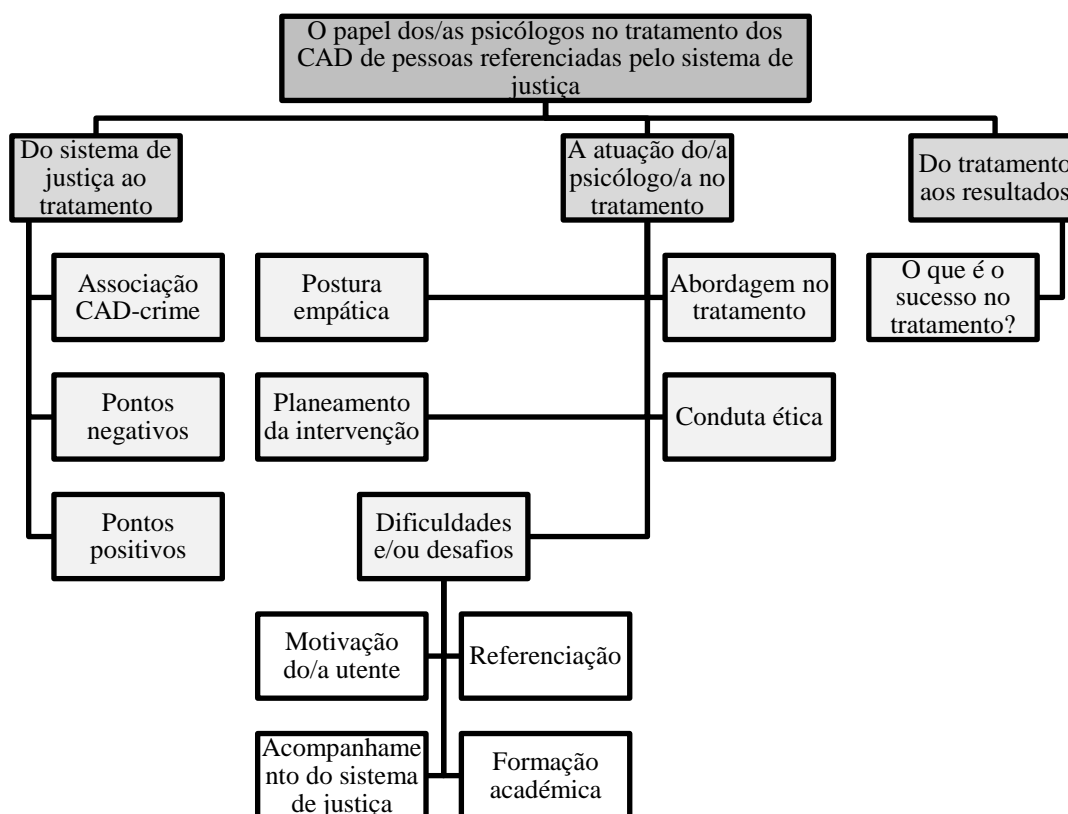


Figura 1. Mapa temático.

2.1 Do sistema de justiça ao tratamento

As primeiras questões deste estudo intencionavam reconhecer quais eram as características gerais das pessoas referenciadas pelo sistema de justiça e as similaridades e/ou diferenças da população inscrita no serviço por iniciativa própria, a fim de obtermos uma visão integral desta população e do próprio encaminhamento.

Sendo assim, os/as participantes citaram características associadas ao tipo de CAD e o tipo de crime pelo qual os/as utentes possuem os problemas judiciais, bem como levantaram pontos negativos e positivos desta referência.

2.1.1 Associação entre CAD-crime

Dentre as características comumente citadas entre os/as participantes a respeito das pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, encontra-se a associação pelo tipo de CAD e o tipo de crime.

Neste subtema, o caráter da referência dos/as utentes associa-se ao tipo de consumo de SPA lícitas e/ou ilícitas e, ainda, ao tipo de dependência comportamental. De acordo com os relatos, os/as utentes encaminhados/as pelo sistema de justiça com questões ligadas às SPA ilícitas, como por exemplo, heroína, cocaína e canabinóides, estão frequentemente associados/as a crimes de tráfico e/ou furto. No caso dos/as utentes com problemas ligados ao álcool, estão comumente associados/as aos crimes de violência doméstica, condução sob efeito de substâncias e/ou por situações de incêndios. Destacamos ainda, a alusão à associação entre as dependências comportamentais e o crime de roubo, ainda que em menor escala.

“Os utentes encaminhados pelo sistema judicial são essencialmente os consumidores de cannabis, de outras drogas ilícitas e de álcool, frequentemente com crimes associados de violência doméstica, condução sob efeito de álcool e incendiários. Aos utentes dependentes de drogas ilícitas está associado ao tráfico e furto” (P8, 53).

“Os que chegam pela justiça por álcool, regra geral são crimes que tem a ver com a violência doméstica e também a condução sob efeito do álcool, misturado muitas vezes sem carta e com álcool. Tem alguns casos, não muitos, mas acho que se deve assinalar que vem por fogo posto, vem condenados por pôr fogo na floresta (...). Depois os outros das ilícitas, essencialmente, é por venda, tráfico de estupefacientes ou por roubo ou furto” (P2, 47).

“Claramente o álcool é talvez o fator mais importante nas situações de violência doméstica, que são capazes de serem as situações mais recorrentes em termos de pena suspensa e de encaminhamento pela DGRSP” (P5, 56).

“Cada vez mais nós temos os encaminhamentos do sistema judicial associados aos canabinóides, como possível tráfico (...). Estava aqui também a pensar numa dependência de jogo (...), uma situação grave de gambling, especificamente raspadinhas, que o processo em tribunal envolveu assalto, não de outros produtos, mas de bilhetes de raspadinha, pela necessidade de jogar. O processo em tribunal foi a julgamento e uma das medidas que foi implementado, passou por envolvimento em tratamento” (P4, 46).

2.1.2 Pontos negativos da referenciação

Em termos gerais, uma das principais características mencionadas pelos/as entrevistados/as acerca desta população específica, foi uma transversalidade na falta de motivação intrínseca para o tratamento, o que implica diretamente a fraca adesão às consultas e a desvalorização do processo de intervenção.

“Não há motivação destes utentes, portanto, há fraca valorização do tratamento. Sentem-se um bocado a achar que isto não vai lhes servir para nada, que isto é perda de tempo. Portanto, a princípio são mais resistentes ao tratamento, porque este tipo de doentes são muito imediatistas” (P1, 50).

“Alguns pacientes chegam a sentir-se obrigados a tratamento e então é claro que um bocadinho desmotivados e resistentes” (P3, 56).

“Os utentes encaminhados pelo sistema de judicial, muitas vezes vêm sem motivação para o tratamento. Vêm apenas porque o tribunal os encaminhou. Regularmente, mal termina o processo do tribunal, pedem pra ter alta. Em resultado da ausência de motivação, são utentes com pouca adesão ao tratamento” (P8, 53).

“A grande maioria são utentes muito pouco motivados para o tratamento e que vem um bocadinho sem a real noção do que é que podem esperar daqui. A adesão destes utentes é normalmente muito baixa” (P7, 59).

“Regra geral, as pessoas que vem encaminhadas pelo sistema de justiça, a grande maioria delas não faz o pedido de ajuda, não identificam o problema e, portanto, se não fosse o sistema de justiça a obrigar, elas não viriam cá, nem nos procurariam” (P2, 47).

Importa referir que, os/as participantes não descurem a problemática motivacional decorrente em todas as intervenções em CAD, quer no processo de tratamento de pessoas autopropostas, quer no tratamento de pessoas referenciadas pelo sistema judicial. No entanto, reforçam a existência de uma maior dificuldade na motivação e adesão destes/as utentes, provenientes da obrigatoriedade de tratamento.

“Nós sabemos que a maior parte dos nossos utentes, pelo problema que tem da dependência, já tem assim alguma ambivalência, alguma remitência em procurar ajuda. Mas, muitos destes utentes encaminhados, vêm com mais dificuldades, se calhar numa fase mais inicial, no que diz respeito à motivação deles. Portanto, acho que tem que haver um cuidado maior, porque é diferente ser o próprio a pedir uma consulta, mesmo estando mais ambivalente, é diferente do que ser um técnico da DGRSP ou um juiz a determinar que tem que se fazer aquele tratamento” (P6, 51).

“Quer dizer, as pessoas dependentes de substâncias, em princípio, também não vêm com muita motivação para ir além. Muitas vezes vêm pressionados pela família ou porque estão com uma doença, portanto não é que queiram, não é que a motivação seja absolutamente focada na mudança. Mas, na justiça acontece-nos muitas vezes e alguns, claramente, vêm completamente resistentes e, portanto, muitas vezes é preciso dar alta na segunda consulta com indicação para a DGRSP, porque não querem vir” (P5, 56).

Outro ponto considerado pelos/as participantes como negativo da referenciação, deu-se na escolha do tratamento como medida alternativa à punição para os casos de pessoas que não possuem problemas ligados aos CAD.

“Nós também temos, vou aqui referenciar, o encaminhamento de situações que não fazem qualquer sentido serem encaminhados para tratamento. E o que nós vamos fazer e trabalhar é proceder uma avaliação séria e depois muitas vezes damos alta” (P4, 46).

“Há muitos juízes que propõe a pessoa ‘olha, ou paga uma multa x, ou faz isto ou vai para tratamento, o que é que quer?’ e é claro que eles dizem que vão para tratamento e sem haver necessidade de tratamento ou grande sensibilidade do que é que isto implica ou do que é que precisa para estar no serviço de tratamento” (P7, 59).

“Também temos um problema em alguns encaminhamentos, por exemplo, repara que se alguém é apanhado a conduzir alcoolizado, não é necessariamente um dependente do álcool. Pode ter bebido depois numa festa, conduzir e ser apanhado. Mas, o que acontece é que muitas das vezes recebemos estes utentes que sequer deviam estar aqui, porque não há uma dependência a ser tratada” (P3, 56).

“É curioso, porque às vezes chegam-nos aqui e já chegaram vários doentes à consulta, que foram condenados a pena suspensa, porque junto ao juiz disseram ‘oh doutor, mas eu estava a vender, porque preciso, porque consumo drogas e, portanto,

tenho que fazer dinheiro, vendo alguns pacotes pra consumir o meu'. Só que é mentira, apenas vendiam para fazer dinheiro e não porque consumissem. Mas, dizem no tribunal que são consumidores para beneficiar de alguma redução de pena e maior compreensão pelo facto de estarem a vender. Depois chegam à consulta e não há o que fazer” (P2, 47).

2.1.3 Pontos positivos da referenciação

Embora tenham sido ilustrados pontos negativos da referenciação, os/as entrevistados/as também descreveram outra valência no que se refere ao encaminhamento desta população. Neste viés, os/as participantes destacaram os benefícios, em contrapartida aos pontos negativos da obrigatoriedade de tratamento, uma vez que a referenciação pode possibilitar o acesso das pessoas ao serviço.

Do mesmo modo, ponderaram que o impacto dos problemas judiciais na vida destes/as utentes, pode permitir uma implicação/adesão da pessoa no tratamento e, por consequência, um desenvolvimento do trabalho do/a psicólogo/a no processo de intervenção.

“Apesar do poder coercivo ser digamos a antítese do movimento autónomo do próprio para a mudança, eu não sou, sobretudo nesta área, não sou contra. Eu acho que a coisa coerciva, não sendo eu uma pessoa a favor da coerção e limitação de liberdade, mas havendo situações que são de teor criminal, claro, acho que o fator coercivo em alguns pode favorecer que façam de facto um movimento de tratamento mais sério, que nunca fizeram. Portanto, eu acho que pode-se trabalhar para a mudança no contexto coercivo” (P5, 56).

“Eu não desvalorizo a motivação externa ‘vêm porque foram obrigados’. Eu, pelo menos, ainda ouvi mesmo em termos de formação académica e quase que numa análise comparativa e qualitativa que a motivação interna é melhor que a externa: não

necessariamente (...), não acho que seja de menor qualidade uma face a outra. Muitas vezes, a ordem judicial é a oportunidade, é a porta de acesso, é o primeiro contacto. Portanto, não vêm com uma motivação interna, não vem com a identificação do problema em nome próprio, mas, criou-se a possibilidade do contacto e depois o trabalho que vamos desenvolver pode evoluir no bom sentido ou não” (P4, 46).

“Eu acho que apesar de alguns pacientes encaminhados pela justiça sentirem-se obrigados a tratamento, também tem a possibilidade de conseguires adesivar o paciente à consulta e trabalhar com ele o mesmo tipo de metas e etc., que tentas trabalhar com quem não está condenado a tratamento, e ter um resultado final muito semelhante” (P3, 56).

“Em alguma percentagem dos que são encaminhados, eu acho que o impacto, se houver a possibilidade de trabalhar isto, o grande impacto que algumas pessoas têm dos problemas com a justiça, ajudam-nos a conseguir ajuda-los a trabalhar estas questões e fazer uma mudança talvez mais consciente e mais duradoura no tempo” (P6, 51).

2.2 A atuação dos/as psicólogos/as no tratamento

Ainda no tópico anterior, vimos que os/as participantes consideraram que, a despeito dos pontos negativos da referenciação, existe a possibilidade de integração no tratamento e no desenvolvimento de um processo de intervenção. Neste sentido, entramos na principal temática deste estudo, que atende ao objetivo de compreender qual o papel dos/as psicólogos/as no tratamento desta população específica.

Desta maneira, foram reunidos subtemas pertinentes que facilitam o detalhamento da atuação dos/as psicólogos/as neste âmbito, nomeadamente, acerca da postura empática, da abordagem utilizada, do planeamento da intervenção e da conduta ética.

2.2.1 Postura empática

Como primeiro passo a seguir no atendimento e na intervenção com as pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, os/as participantes destacaram a necessidade de um posicionamento empático e acessível, com intuito de promover o estabelecimento de uma relação com esta população.

“Essencialmente a primeira consulta é muito importante para agarrarmos estes utentes. Então, nós vamos tentar aqui captar a atenção da pessoa, dar voz a pessoa, ser o mais empático possível e criar uma comunicação fácil e acessível” (P1, 50).

“Aquilo que eu tento fazer sempre é estabelecer uma relação, na primeira consulta é tentar fazer que eles vejam que já que tem que estar aqui e tem, que mais vale tentarmos aproveitar.” (P3, 56).

Do mesmo modo, refletiram sobre a necessidade de uma clarificação das diferenças entre o processo de tratamento e o sistema de justiça, uma vez que os/as psicólogos/as da instituição de tratamento não estão ligados/as às questões judiciais.

“Eu tenho uma posição, como direi, não é equitativa, mas muito de uma posição companheira. Eu tento que a pessoa veja em mim a oportunidade de ajudar, se a pessoa quiser. Tento distanciar-me, porque eles chegam muitas vezes cá e incluem-nos como mais um órgão da justiça: eu também sou um controlador ou sou um juiz, alguém que vai impor coisas (...). Portanto, minha postura no início é desmontar isso. Dizer que enquanto psicólogo, a minha posição é de neutralidade em relação aquilo que lhe aconteceu com o sistema de justiça. Pronto, é uma intervenção muito de proposta e de estabelecimento de uma relação, porque eles chegam cá obrigados e nem sequer querem estabelecer uma relação, porque somos mais um dos que os andam a chatear” (P2, 47).

“É preciso trabalhar e clarificar com eles primeiro o contexto em que estão, que já não estão em um contexto de justiça, que estão num contexto de intervenção da área da saúde, que a obrigatoriedade foram eles que aceitaram antes de chegar cá. Portanto, há regras que fazem parte daquele contexto e que é lá que eles tem que trabalhar. Portanto, se eles não vierem cá, não vão ser penalizados por nós” (P6, 51).

“A minha postura inicial é muito: ok, mas você está aqui, porque disse que queria vir para cá, eu não sou polícia, eu não sou tribunal, é preciso que tenha consciência que se não aceitar isso, as consequências são com a justiça, não são conosco, porque não somos do sistema judicial” (P7, 59).

2.2.2 Abordagem no tratamento

Na sequência, os/as participantes referiram que a abordagem psicológica no tratamento desta população, em específico, não difere na totalidade da abordagem utilizada em geral com a população com problemas ligados aos CAD.

Entretanto, revelaram que para trabalhar com os/as utentes referenciados/as pelo sistema de justiça, torna-se necessário incorporar, de forma constante, a abordagem da Entrevista Motivacional associada ao modelo transteórico da mudança, devido às elevadas dificuldades na motivação intrínseca desta população para o tratamento.

Deste modo, os/as participantes consideram que a utilização da abordagem da Entrevista Motivacional não somente pode contribuir para o desenvolvimento da motivação, como também pode colaborar para uma adesão e retenção desta população referenciada pelo sistema judicial no processo de intervenção.

“Com estes utentes encaminhados e acredito que talvez mais do que com os outros, nós temos sempre que recorrer ao Miller, com a Entrevista Motivacional e perceber a fase, se é contemplação, pré. Portanto, nós temos que fazer uma avaliação e aplicar a entrevista motivacional para tentar perceber quais são as dificuldades deles e

sempre trabalhar muito isto. É uma estratégia muito importante, porque trabalhar a motivação deles é muito importante para depois seguirmos um plano de tratamento e fazer com que eles fiquem, não somente pelo encaminhamento” (P1, 50).

“Nesta fase inicial e principalmente pelos que são encaminhados pelo sistema de justiça, o papel do psicólogo é muito importante do ponto de vista de trabalhar esta questão da motivação. A avaliação é mais aprofundada na motivação do que se calhar com os utentes autopropostos, é mais focado nos objetivos e mais motivacional” (P6, 51).

“A abordagem passa pela tentativa de mostrar a necessidade de efetuar tratamento e da importância de cumprir a pena estabelecida pelo sistema judicial. Promover a adesão às consultas” (P8, 53).

“Nestes indivíduos que não estão motivados porque vem obrigados, o processo passa por criar condições que possam trazer para esta disponibilidade de tratar. Portanto, é essencialmente fazer com eles os processos da Entrevista Motivacional, as etapas que possam fazer a pessoa querer agir sobre a coisa, ganhar consciência do problema, depois ter a consciência e começar acreditar que pode fazer alguma coisa, depois começar a fazer e depois consolidar aquilo que já fez. Ao utilizarmos esta estratégia, depois aumentamos a possibilidade de continuar o tratamento” (P2, 47).

Além disso, em termos de abordagem psicoterapêutica, todos/as entrevistados/as pontuaram que, embora possuam os seus modelos preferenciais de intervenção, também recorrem a outros modelos para adaptar a cada utente, sejam estes/as referenciados/as pelo sistema de justiça, ou não. Para a maioria dos/as participantes, o modelo eleito foi o modelo cognitivo-comportamental, enquanto que uma entrevistada mencionou o modelo sistémico como base das intervenções que realiza.

“Se tiver que falar no meu modelo de intervenção, falo num modelo cognitivo-comportamental, mas que não é fechado e, portanto, tem todo o recurso a uma base teórica construtivista e construcionista social e recurso a qualquer estratégia que me possa ser útil, ainda que sendo de autoria ou derivando de modelos mais dinâmicos (...). Teremos sempre que adaptar às características específicas de cada caso” (P4, 46).

“Eu sou muito cognitivista, apesar de que também sempre considero e sempre tentei perceber o que é que vale para cada utente. Mas, em termos de trabalhar com eles, eu vou sempre por coisas muito práticas e na linha cognitivo-comportamental” (P3, 56).

“Minha abordagem nos doentes que vem pela justiça é sempre uma intervenção mais motivacional. É também um bocadinho em relação ao doente que eu tenho e em termos de intervenção é mais na linha cognitivo-comportamental” (P7, 59).

“O meu modelo é o modelo sistémico. Não significa que não use algumas intervenções mais do domínio cognitivo-comportamental, dentro do sistémico dos modelos narrativos, mas meu modelo de base é o modelo sistémico. Claramente que há gente que tem indicação psicoterapêutica para uma abordagem mais interpretativa, outros não, noutros um trabalho mais de sugestão e de prescrição comportamental vai melhor” (P5, 56).

2.2.3 Planeamento da intervenção

No que se refere ao planeamento da intervenção com esta população, os/as entrevistados/as destacaram que o projeto inclui uma equipa multidisciplinar, nomeadamente, das áreas da psicologia, da medicina e do serviço social. No entanto, os/as participantes apontaram que não existe um protocolo de intervenção específico para utentes encaminhados/as pelo sistema de justiça.

“É um trabalho multidisciplinar, temos sempre aqui a intervenção com o serviço social e sempre a intervenção médica também especializada na psiquiatria. Ao longo destes anos de trabalho, eu conheço muito bem a minha equipa (...) é muito fácil encontrarmos planos sintónicos de intervenção, portanto vamos fazendo essa articulação e o projeto é conversado e não é fechado, vamos adaptando à resposta que o utente nos dá” (P4, 46).

“Passado o primeiro contacto, propõe-se a intervenção se a pessoa tiver disponível para isso depois da avaliação. Não é igual para todos, é feito a medida da pessoa, não há um protocolo de intervenção específico para os doentes referenciados do sistema de justiça, o que fazemos é o plano de intervenção adaptado aquela pessoa, com a participação de toda a equipa” (P2, 47).

“A partir do momento que fazemos a avaliação, depois daquela fase inicial, eles são tratados como os doentes iguais independentemente de virem da justiça. O plano de intervenção é em função das necessidades de cada um e vamos identificar em termos de valências da medicina, da psicologia e do serviço social, a necessidade a nível de intervenção” (P7, 59).

“O plano de intervenção é assim mais transdisciplinar, é um plano que há participação de todos os técnicos e de acordo com a necessidade de cada utente, nós vamos desenhar o projeto para aquele utente, onde uma ou outra valência vai estando mais próxima. Não é especificamente para os que são encaminhados pelo sistema de justiça, isto funciona para todos. Em termos de intervenção diferente, dirigida para pessoas encaminhadas pelo sistema de justiça, não existe” (P6, 51).

Neste sentido, a maior parte dos/as entrevistado/as referiu que, no planeamento da intervenção, não há espaço para inclusão desta população em programas específicos, uma vez que não existem, de modo que a criação de um programa foi considerada uma

possibilidade benéfica para integrar no processo de tratamento destes/as utentes encaminhados/as pelo sistema judicial.

“As respostas dadas são as mesmas que as que existem para os restantes utentes” (P8, 53).

“Há sempre uma resposta para o tratamento do doente, mas não há aí um programa específico para o doente encaminhado pelo tribunal e penso que seria interessante” (P1, 50).

“Por acaso não existe um programa que seja exclusivamente para estes doentes do sistema judicial. Mas, eu acho que seria eventualmente uma proposta positiva” (P3, 56).

“Por um lado é individualizado, porque se considera e em termos clínicos o trabalho é focado naquele indivíduo com as suas características, mas por outro lado não é considerado elementos comuns a determinado grupo, nomeadamente os referenciados pelo sistema judicial. Portanto, não há uma proposta ou um programa estruturado de avaliação, de proposta de intervenção, de programa mais organizado, que poderia ser eventualmente favorável, nomeadamente poderia avaliar que tipo de propostas é que tem sido mostradas como sendo importantes e com algum sucesso neste trabalho em termos de violência, em termos das questões judiciais, disto ou daquilo” (P5, 56).

Em contrapartida, uma participante relatou que ainda não existem programas específicos, entretanto, em virtude da necessidade de uma proximidade entre o processo de tratamento e as questões judiciais, estão a ser desenvolvidos procedimentos para o atendimento desta população e articulação com o sistema judicial, bem como instrumentos para orientar no processo de avaliação compreensiva.

“Não existe ainda um programa específico, mas posso lhe dar conta que estamos a desenvolver um guia de boas práticas e de atendimento para referenciados, para nós, mas com questões de violência familiar, estamos a falar essencialmente de alcoólicos. Portanto, estamos a desenvolver não só alguns instrumentos que seria importante estabelecer logo na avaliação destes utentes, alguns procedimentos e implementação de articulação, nomeadamente com as instituições judiciais para que pudéssemos trabalhar nesta proximidade” (P4, 46).

2.2.4 Conduta ética

Como vimos, a atuação dos/as psicólogos/as no tratamento dos CAD de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça dá-se no contexto clínico da área da saúde. Sendo assim, importa referir como se efetua a conduta ética dos/as profissionais relativamente às informações fornecidas ao sistema de justiça e à intervenção com os/as utentes.

Portanto, os/as participantes mencionaram que, apesar da obrigatoriedade de informar ao sistema judicial sobre o processo de tratamento das pessoas referenciadas, existem os limites de confidencialidade que devem ser assegurados e que permitem apenas o relato da informação relevante para o esclarecimento das questões colocadas pelo sistema de justiça, nomeadamente, comparência nas consultas e situação atual do comportamento aditivo ou da dependência que está relacionado/a com o encaminhamento.

“A questão do sigilo, de alguma forma, está comprometida, não é? Claro que eu explico que eu não tomo a iniciativa de dar a informação, mas obviamente que se há um pedido para dar informação, seja da DGRSP, seja do tribunal, eu sou obrigada a responder e desde o princípio isto fica claro e eles sabem as regras. Eu clarifico com o doente que informações do ponto de vista pessoal, de funcionamento psicológico, de situações vivenciais mais ou menos traumáticas, que isto não é passado. A única

informação que passo ao tribunal corresponde ao comportamento ilícito que motivou o encaminhamento para cá” (P7, 59).

“Passamos aqui por uma questão de informação ao tribunal ou ao técnico do sistema judicial. Portanto, temos que fazer um relatório e, é claro que, pronto, há coisas que podemos por e outras coisas que não interessam tanto e que fazem parte do sigilo terapêutico. Então, se calhar, há coisas muito pessoais, afetivas da vida do doente que não interessam. Agora tudo que é relacionado com o tratamento em termos de cumprimento do tratamento pode e deve ser informado” (P1, 50).

“Então é assim, com estes utentes eu sempre informo que ‘sabem que eu vou ser questionada sobre a maneira como o processo está a correr’, aviso sempre ‘vou ter que dar informações’. Entretanto, uma coisa são informações que não tem nada a ver e então eu escrevo menos que posso, outra coisa é se faltas às consultas, se os testes estão sempre positivos” (P3, 56).

“Aqui temos que ter em linha de conta e temos que ter algum cuidado também na gestão e na articulação, manter a confidencialidade, o que se passa cá, com limites. Como foram encaminhados para cá, nós damos consentimento para nós darmos a informação. Geralmente, não damos informação escrita ou com conteúdo que eles não conheçam, principalmente aquilo que fazemos, a não ser que eles tenham desistido da consulta (...). Há outros conteúdos que não interessam ao sistema da justiça e que eles podem trabalhar cá e que sabem que podem estar à vontade, que a nossa ética nos permite que haja alguma confidencialidade” (P6, 51).

2.2.5 Dificuldades e/ou desafios

Neste subtema, foram catalogadas algumas dificuldades e/ou desafios considerados pelos/as participantes na atuação enquanto psicólogos/as, no que respeita à motivação e referenciação desta população, bem como no acompanhamento que o

sistema de justiça realiza e na formação acadêmica e profissional dos/as entrevistados/as.

- Quanto à motivação dos/as utentes:

Apesar de certos/as entrevistado/as não mencionarem dificuldades relacionadas às pessoas referenciadas pelo sistema de justiça. Outros/as participantes revelaram determinadas dificuldades, nomeadamente, na promoção da motivação por parte dos/as referenciados/as, sendo destacado como principal desafio o desenvolvimento da resiliência do/a próprio/a profissional relativamente a esta população e de competências para facilitar o processo.

“Sinto dificuldades, sobretudo quando estas pessoas se recusam a admitir que há questões logo a partida com consumos (...). Muitas vezes sentimos que não conseguimos, não há de facto um movimento de pedido de ajuda. Portanto sim, muitas vezes sentimos que por mais que queiramos, não conseguimos mobilizar as pessoas para a mudança. Portanto, eu diria que com os da justiça nós temos que ser mais criativos e mais flexíveis e mais capazes de favorecer que a pessoa se envolva” (P5, 56).

“A maior dificuldade é a adesão, a motivação para o tratamento. Portanto, como há essa questão inicial, a probabilidade de que eles não consigam usufruir tanto do que poderiam retirar cá do acompanhamento, é uma probabilidade maior que isso aconteça relativamente a outros utentes. Portanto, isto nos leva a ter um cuidado maior, um investimento maior” (P6, 51).

“É preciso muita paciência, grande dose de resistência à frustração para um profissional, porque na maior parte das vezes as coisas não acontecem como nós gostaríamos. É preciso muita resistência e flexibilidade da nossa parte” (P1, 50).

“Uma das coisas que aprendes nesta área, quer com os doentes encaminhados da justiça ou com os outros, é ter uma resiliência face à frustração dos teus objetivos terapêuticos muito grande, porque são particularmente frustrantes na sua adesão terapêutica. Portanto, ou ganhas endurance ou vais trabalhar noutra coisa, é mesmo neste sentido” (P3, 56).

- Quanto à referenciação:

Os/as participantes apontam alguma dificuldade, no que se refere à atuação no tratamento de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça sem a relação dos CAD em termos de dependência ou consumo problemático. Esta questão também foi desenvolvida nos pontos negativos da referenciação, uma vez que existe uma referenciação que não preenche os critérios para inclusão no processo de tratamento.

“É complicado, porque depois que chegam à consulta, nomeadamente numa instituição de tratamento, dizem ‘oh doutor, eu estou aqui, mas nunca fumei heroína, eu apenas disse isso para não ir preso’. Portanto, está aqui alguém na minha frente que eu não vou tratar de uma coisa que não padece” (P2, 47).

“Há pedidos da justiça em que é quase que a vida é uma avaliação, porque a pessoa foi apanhada com uma determinada quantidade de substância e afinal não era consumidora, era traficante, é encaminhada e passa por aqui e não precisa de intervenção em termos de tratamento. Portanto, na realidade às vezes é mais difícil esta situação, porque às vezes nem eram para estar neste serviço de tratamento” (P6, 51).

“Portanto, eles estão na iminência de ter uma punição legal mais prejudicial e, portanto, dizem ‘ai não, isto é para consumo pessoal’ e muitas vezes a gente percebe que não era pra consumo pessoal, que são claramente traficantes e nós ficamos aqui entre a espada e a parede (...). Portanto, há uma dificuldade aqui, porque nós temos a frente um traficante que manipulou tudo até aqui e que depois chega aqui e que até tem

uma postura agressiva e desadequada, porque tem que levar com o psicólogo. Então é, digamos assim, mais complicado” (P7, 59).

- Quanto ao acompanhamento do sistema de justiça:

Os/as participantes apontaram tais dificuldades, devido a uma escassa informação inicial de referenciação e de uma fraca articulação sobre o processo de tratamento dos/as utentes encaminhados/as.

“Quando nos chegam à primeira consulta por vezes não temos informação do seu processo, nem do tempo que terão que cumprir com o tratamento” (P8, 53).

“Eu acho que eles têm muitos casos e que não conseguem fazer o acompanhamento que gostariam e que seria o mínimo. Geralmente, aquilo que acontece é que eles vêm encaminhados e não trazem nenhuma referenciação sequer. Às vezes não há contacto telefónico, nem por e-mail e quando há é um contacto muito breve, no sentido de descrever e depois a única coisa que acontece é um outro contacto para saber se o utente continua ou não” (P6, 51).

“O acompanhamento não é muito frequente, no início eles encaminham, depois a meio do tratamento, num período de três meses ou seis meses, porque querem saber alguma coisa, porque depois o tribunal também pede a eles. Depois no fim, quando se aproxima da data de julgamento. Portanto, a comunicação muitas vezes falha porque muitas vezes falam apenas com a central, ligam ou mandam e-mail a perguntar na receção (...). Eu percebo que são muitos utentes e a gente tem horários diferentes do que os técnicos da DGRSP, portanto, penso que uma solução seria passar tudo por escrito apenas entre técnicos” (P1, 50).

Ainda assim, algumas participantes mencionaram que para ultrapassar estas dificuldades, o desafio é desenvolver uma atitude proativa para facilitar a articulação entre o sistema de justiça e a equipa de tratamento.

“A referenciação das pessoas muitas vezes é feito por e-mail e, às vezes, é nos dado alguma informação por e-mail. Pode ser por telefone, às vezes acontece (...). Mas, acho que podia haver uma comunicação mais importante. Mas, também acho que é responsabilidade de parte a parte, acho que eventualmente todos os técnicos podiam se envolver mais com situações de violência doméstica, com situações de pena suspensa, podiam se comunicar um bocadinho mais, mas penso que nós também temos que procurar isto” (P5, 56).

“Essencialmente procuram aferir e garantir que o encaminhamento se efetua quando a medida está estipulada, se o utente veio à consulta, portanto depois em função dos prazos judiciais, pedem o feedback, a informação. Ao longo dos anos também há uma procura e um envolvimento mais detalhado, tem avançado, mas ainda é uma dimensão muito de apenas verificação do cumprimento de medida ‘foi ou não foi?’ (...). O que acontece é que também nós podemos ter uma atuação proativa, portanto é um processo bidirecional, não é só o pedir que os técnicos tenham uma postura diferente, mas também proativamente mostrarmos esta disponibilidade, dar-mos feedbacks do que está a acontecer, e não estamos aqui a falar de quebrar o sigilo, nem de misturar, mas articularmos a evolução do utente” (P4, 46).

- Quanto à formação académica e profissional:

Relativamente à formação académica e profissional, os/as entrevistados/as que indicaram a formação em psicologia com especialização em comportamento desviante ou que em seu percurso profissional já exerceram funções com a população forense, revelaram que se sentiram preparados para o trabalho com esta população forense no âmbito da saúde.

“Sinto-me preparada para o acompanhamento desta população, porque também já trabalhei no Estabelecimento Prisional” (P8, 53).

“Eu tive a sorte na minha formação em psicologia e nas minhas escolhas, de ter formação em comportamento desviante (...). Então, eu acho que fui privilegiada neste tipo de formação, que não descarta a necessidade de atualização permanente, porque ninguém sai de uma licenciatura preparada para área nenhuma” (P4, 46).

“Sem dúvida a minha formação específica em comportamento desviante, tinha disciplinas muito vocacionadas para estas vertentes específicas do crime, da delinquência e do consumo de substâncias. Portanto, já com muita bagagem, não só teórica, como prática também nos estágios, e eu acho que isto é fundamental, porque permite desconstruir o preconceito que todos nós chegamos nessa idade (...). Portanto, a formação é fundamental, muita gente não tem essa formação e vem de outras áreas e depois depende da sensibilidade de cada um” (P2, 47).

No entanto, os/as participantes que não tiveram em seu percurso acadêmico e profissional uma formação relacionada com a temática da população forense, referiram certo impasse na articulação entre as questões judiciais e o contexto da saúde.

“Como não foi a área que escolhi, não foi uma área que eu tivesse desenvolvido muito. Acho que podia ter mais formação sobre estas questões. Em termos de formação, eu acho que podia ser uma preparação melhorada e mais específica para trabalhar com utentes que tem estas situações forenses” (P5, 56).

“A formação que tive não preparou, é verdade, até porque fiz o curso há muitos anos e esta questão forense e do peso da justiça, não havia esta situação, porque na altura todos estes comportamentos eram criminalizados. Portanto, era coisa da justiça, nem sequer vinha pra saúde” (P7, 59).

2.3 Do tratamento aos resultados

Atendendo à última questão de partida deste estudo, destacamos as perspectivas dos/as participantes, a partir do questionamento a respeito da avaliação dos resultados da intervenção com esta população referenciada pelo sistema de justiça.

2.3.1 O que é o sucesso no tratamento?

Em concreto, todos/as os/as participantes referiram que os resultados da intervenção acompanham o momento em que o/a utente se encontra e que a recaída deve ser considerada como parte integrante do processo de tratamento.

“Em termos de resultado de intervenção, penso que são positivos. Mas, depois isto também é cíclico, há oscilações. Tem fases boas, onde se consegue melhorias, ficam abstinentes ou reduzem os consumos, mas depois, de repente, acontece algo na vida deles que influencia na recaída. Depois conseguimos novamente melhorias, portanto é um ciclo e os resultados variam, vai depender do que se espera do utente” (P1, 50).

“Nosso processo terapêutico é um processo cheio de interrupções, mas que fazem parte, de avanços e de recuos, com utentes encaminhados do sistema judicial ou não. Portanto, é preciso considerar os resultados conforme as recaídas e aceitar que, de facto, não se pode assumir que em determinado momento que as coisas tão bem, somente porque a pessoa está abstinente há três semanas, um mês, três meses. Há melhorias, mas pode haver estas situações e temos que saber lidar e não considerar que isto é para sempre, que este resultado pode mudar” (P5, 56).

“Em algumas situações as coisas funcionam bem, noutras não. Portanto, em termos de resultados, acredito que dos que ficam no tratamento, temos melhorias e conseguimos adaptar um plano que resulta. Mas, isto depende sempre do utente que

está a nossa frente e do momento em que se encontra, pode haver recaídas, mas depois isto também é trabalhado” (P4, 46).

No entanto, promoveram o questionamento sobre as expectativas que o sistema judicial implica nos resultados do tratamento, levando em conta a visão dos/as participantes sobre o que são os resultados no contexto do tratamento.

“Sabes que esta é uma área em que a taxa de sucesso absoluta é baixa, aqui, nos Estados Unidos, seja onde for. Mas, se não olhares para o sucesso só como um sinónimo de abstinência absoluta, há vários passos pelo caminho que são sucesso (...). Aprendes a valorizar cada pequeno passo. Por exemplo, há pessoas do sistema de justiça para quem um utente que está estabilizado num programa de metadona, ter conseguido um emprego, estar sem consumir outras drogas, não estar a abusar do álcool como substituto, etc., então há pessoas que por ele estar na metadona, consideram que não é um sucesso terapêutico. E para mim, já é um sucesso” (P3, 56).

“Eu tenho muitos doentes a quem eu acho que há sucesso, mas que continua haver comportamento de consumo de substância, mas, por exemplo, antes tinha um individuo que se calhar passava o dia a roubar, portanto, a sobrecarregar o sistema de justiça, e que agora que está cá, está integrado num programa de tratamento e já não rouba, mas que se calhar recebe o RSI ou até mesmo já conseguiu um trabalho, mas sempre que recebe o ordenado, vai e compra 1 ou 2 pacotes, ok? E eu acho que é um sucesso esse doente. Mas, se calhar, para o sistema de justiça, não é considerado um sucesso. Portanto, se formos avaliar resultados, teríamos que definir o que é sucesso ou não” (P2,47).

3. Discussão

Em busca de respostas às questões de partida deste estudo, os resultados obtidos e analisados anteriormente indicam que o papel do/a psicólogo/a no tratamento desta

população específica é fundamental para aplicar as abordagens motivacionais e fornecer apoio durante o processo de mudança. Do mesmo modo que sugerem que o tratamento dos CAD como medida alternativa à punição tem-se mostrado uma estratégia amplamente utilizada pelo sistema de justiça de Portugal, embora necessite de mais investigação acerca da atuação dos profissionais nas linhas da frente, na intervenção com a população forense, para redução da reincidência criminal.

Detalhadamente, os resultados obtidos apontam para uma nítida relação entre o tipo de CAD e o tipo de crime pelo qual a pessoa é prioritariamente encaminhada, como uma das características desta população, o que reforça a ideia de Bennet e Holloway (2009) sobre a necessidade de considerar os CAD a partir das variações do tipo de SPA e tipo de consumo.

Nos casos dos CAD de SPA ilícitas, foi revelado que a referenciação ocorre devido aos crimes de tráfico e/ou furto, pelo que a literatura menciona igualmente esta relação, acrescentando os crimes de roubo e homicídio (Rafaiee et al., 2013). Para os CAD de SPA lícitas, nomeadamente, do álcool, os resultados indicam uma associação aos crimes de violência doméstica, condução sob efeito de álcool e incêndio, sendo validado pela literatura (Fell, 2019; Beck & Heinz, 2013; Zilberman & Blume, 2005). Relativamente às dependências comportamentais, foi referido nos resultados uma pequena associação de *gambling* e o crime de roubo, no qual as revisões sistemáticas revelam este e outros potenciais crimes relacionados ao jogo excessivo (Latvala et al., 2019; Wheeler et al., 2010; Chalub & Telles, 2006). É a partir destas características que se mostra necessária a adaptação da intervenção individualizada dos/as psicólogos/as para cada pessoa encaminhada (Miller & Brown, 1997).

Outra característica acerca das pessoas referenciadas para tratamento por meio do sistema de justiça foi uma baixa motivação intrínseca para o processo de tratamento,

resultando na fraca adesão às consultas. Esta característica regula, marcadamente, a intervenção com a população dos CAD e influencia diretamente a retenção e os resultados do tratamento (Carroll, 1997).

Os resultados deste estudo mostram que, embora esta problemática motivacional perpassa por todas as populações (UNODC, 2010), no caso daquelas que são referenciadas pelo sistema de justiça, mostra-se necessário um maior envolvimento do/a psicólogo/a para aumentar a motivação e valorização do tratamento. Em concreto, a literatura indica que as pessoas encaminhadas de forma coerciva para o tratamento apresentam maiores dificuldades relativamente à motivação no início da intervenção. No entanto, após um investimento para ultrapassar isto, é possível aumentar o interesse para adesão ao tratamento (Kelly et al., 2005).

Nesta linha de raciocínio, os resultados evidenciam as dificuldades da atuação dos/as psicólogos/as, sendo uma delas a promoção da motivação intrínseca das pessoas referenciadas. Também indicam que o desafio da atuação é o desenvolvimento de resiliência própria para continuar no âmbito da intervenção, apesar das dificuldades. Para a literatura, a baixa motivação não é somente uma problemática da pessoa, mas também uma fase do ciclo de mudança que é sensível às respostas do/a psicólogo/a (Rollnick & Allison, 2004), por isso espera-se que o/a profissional esteja inteiramente disposto e acessível para ajudar a promover a integração da pessoa no processo de (Elliot et al., 2011).

Os resultados obtidos indicam ainda que, para ultrapassar esta dificuldade, o papel dos/as psicólogos/as deve-se direccionar para a promoção da adesão da pessoa no processo de tratamento, por meio do posicionamento empático e acessível, do estabelecimento da aliança terapêutica e da abordagem motivacional, que são capazes de promover a implicação da pessoa no processo de mudança. Em estudos sistemáticos

sobre o estabelecimento da relação entre terapeuta-cliente, são evidenciados que a postura e as habilidades do/a profissional fazem a diferença nos resultados da intervenção (Elliot et al., 2011; Peterson, 2002; Carroll, 1997).

Além disso, os resultados apontam para função dos/as psicólogos/as na atuação com esta população, que diz respeito à importância de realizar um esclarecimento relativamente ao ambiente de tratamento e suas diferenças do âmbito judicial. Neste viés, estudos referem que as explicações antes do encaminhamento e no início do tratamento são fundamentais para que a pessoa compreenda os riscos, consequências e benefícios da inserção num programa de tratamento (UNODC & WHO, 2019; UNODC, 2010).

Como já mencionado, um dos principais papéis do/a psicólogo/a nesta prática, revelado pelos resultados, é a inclusão de abordagens motivacionais na sua atuação com esta população. A própria literatura recomenda que tais abordagens motivacionais sejam tratadas como variáveis essenciais para a gestão das dificuldades da pessoa no processo de tratamento (Prochaska, 2013; Miller & Rollnick, 1991; Prochaska & DiClemente, 1982). Neste sentido, os resultados refletem a necessidade de incorporar a EM aliada ao modelo transteórico da mudança, de forma constante durante todo o processo terapêutico desta população, o que corrobora com a ideia de estudos a respeito da importância da utilização da EM (Rollnick & Allison, 2004; Miller & Rollnick, 1991).

Em termos de abordagem psicoterapêutica, os resultados referem que o/a psicólogo/a pode seguir qualquer linha de orientação particular, desde que sejam adequados e adaptados a cada pessoa. No entanto, também mostram uma predominância da utilização do modelo cognitivo-comportamental. Para a literatura, o modelo cognitivo-comportamental é habitualmente mais utilizado com esta população, devido às evidências científicas de eficácia (Vasilaki et al., 2006). No entanto, a psicologia,

como um todo, apresenta variados mecanismos para trabalhar com os CAD e, por isso, é requisitada no processo de intervenção (Miller & Brown, 1997).

Deste modo, como desafios para a atuação dos/as psicólogos/as, os resultados revelam a inexistência de protocolos de intervenção direcionados para pessoas encaminhadas pelo sistema de justiça, sendo considerados importantes para inserção desta população em programas aliados ao tratamento. Para colmatar esta questão, os próprios resultados obtidos indicam uma superação desta lacuna, uma vez que foi mencionada a elaboração (em construção) de um guia de boas práticas de procedimentos para o atendimento desta população e de articulação com o sistema de justiça e, ainda, instrumentos para orientar no processo de avaliação compreensiva. Neste quesito, destaca-se a importância da atuação dos/as psicólogos/as na interação e proximidade das relações com o sistema de justiça (Summers, 2002), de modo que o desenvolvimento de programas/guias/pesquisas facilita a promoção da interação entre os diferentes sistemas.

De outra parte, o papel do/a psicólogo/a passa por trabalhar no contexto multidisciplinar, envolvendo diferentes áreas de atuação, sobretudo em questões de elaboração e planeamento da intervenção, independente do tipo de referenciação das pessoas no serviço. Isto porque, segundo o SICAD (2019), a intervenção dos CAD em Portugal trabalha numa lógica de modelo integrado do tratamento, o que inclui diversos eixos de respostas à necessidade da população, assim como articulação com variadas instituições (SICAD, 2013a; 2013c).

Dentro do papel dos/as psicólogos/as, também se apresenta como relevante a conduta ética a ser tomada face à população referenciada. Com este propósito, a literatura aborda que a imposição de tratamento deve considerar o consentimento da pessoa para realizá-lo (Kensington, 2015), bem como os direitos e privacidade devem

ser asseguradas, limitando o tipo de informação que é concedido ao sistema de justiça (UNODC & WHO, 2019). Para tanto, os resultados obtidos concordam entre si e revelam que, embora exista uma obrigatoriedade de informação para o sistema de justiça, os limites de confidencialidade são garantidos e as informações cedidas são limitadas ao decorrer do processo.

Outra dificuldade na atuação, listada nos resultados deste estudo, foi a referenciação imprecisa por parte do sistema de justiça, uma vez que os resultados revelam que algumas pessoas encaminhadas não preenchem os critérios para inclusão no tratamento. Conforme a literatura, a qualidade do fator coercivo de encaminhamento depende da seleção e dos critérios estabelecidos para a escolha do tratamento como medida alternativa (UNODC & WHO, 2019), portanto é necessário promover uma avaliação de qualidade, considerando o historial da pessoa e os objetivos da sentença (Summers, 2002).

Neste sentido, os resultados consideram a existência de mais uma dificuldade na atuação dos/as psicólogos/as, com esta população referenciada, no que respeita à escassa informação inicial de referenciação e a pobre articulação do acompanhamento do sistema de justiça no decorrer do processo de tratamento. Efetivamente, os estudos apontam que é fulcral o acompanhamento por parte do sistema de justiça durante o tratamento, dado que faz parte das responsabilidades e atribuições das equipas de reinserção, a promoção e a garantia da execução das medidas alternativas à punição (DGRSP, 2020; Santos, 2019). O diálogo entre os/as técnicos/as do sistema de justiça, nomeadamente, os/as gestores/as de caso e os/as psicólogos/as que realizam o tratamento, são fundamentais para bons resultados no processo de intervenção (DGRSP, 2020). Como proposta para superar esta dificuldade, os próprios resultados indicam a

necessidade do desenvolvimento de uma atitude proativa do/a psicólogo/a para facilitar esta articulação.

Relativamente à formação académica e profissional dos/as psicólogos/as, os resultados mencionam que, por um lado, àqueles/as que detêm uma formação especializada em comportamento desviante sentiram-se preparados para trabalhar com esta população referenciada. Por outro lado, os/as psicólogos/as que não tiveram um percurso académico e profissional relacionado com a população forense, apresentam alguma dificuldade na gestão das questões judiciais no âmbito da saúde. Assim, importa referir que a literatura considera a importância dos conhecimentos forenses na prática dos CAD, visto que tais conhecimentos facilitam a utilização de instrumentos forenses especializados, avaliação de risco e das necessidades criminógenas, podendo ser fortes aliados para a integração no tratamento das pessoas referenciadas pelo sistema de justiça (Tully, 2019; Huss, 2011).

No geral, foi possível identificar que os/as psicólogos/as consideram como positivo o encaminhamento para tratamento como medida alternativa à punição/prisão, uma vez que este possibilita o acesso destas pessoas no serviço. Esta perspetiva vai ao encontro do que é referido em estudos sobre a eficácia destas medidas alternativas, dado que elas facilitam e disponibilizam o contacto das pessoas com os programas de intervenção (UNODC, 2010; Summers, 2002). Em concordância, os resultados destacam que o fator coercivo do encaminhamento serve como impulsionador para bons resultados, o que de facto é destacado pela literatura (NIDA, 2014; Chandler et al., 2009).

Sobre este tratamento como alternativa à punição, foi identificado que os resultados da intervenção acompanham o momento em que o/a utente se encontra e que a recaída integra o processo de tratamento. Por isso, o sucesso na intervenção deve ser

quantificado e qualificado a partir do entendimento do conceito “sucesso” no âmbito dos CAD. Para os/as psicólogos/as, existe sucesso no tratamento com as pessoas referenciadas, porque é admitida a existência de avanços e recuos, típicos da recaída, mas que podem gerar pequenas mudanças pró-sociais no comportamento da pessoa e que são entendidas como sucesso no tratamento. Neste sentido, são aqui criticadas as visões redutoras de sucesso no tratamento dos CAD, muitas vezes apresentadas pelo sistema de justiça, em que a única hipótese de sucesso consiste na abstinência do comportamento aditivo.

Esta questão é apoiada pela literatura, na medida em que é necessária uma flexibilidade para gerir os CAD (Prochaska, 2013). No entanto, mostra-se ainda relevante o desenvolvimento de pesquisas sistemáticas, a fim de perceber os resultados destas medidas alternativas, não somente no âmbito da redução dos CAD, mas também no que se relaciona a redução da reincidência criminal (UNODC, 2010; Urbanoski, 2010; Klag et al, 2005).

Conclusão

O presente estudo pretendeu compreender qual o papel dos/as psicólogos/as no tratamento dos CAD de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, assim como reconhecer o tratamento como medida alternativa à punição. A partir dos resultados e da discussão realizada, nota-se que o papel dos/as psicólogos/as nesta área de atuação é fundamental para conduzir a efetividade deste tratamento como alternativa à punição.

Verifica-se, também, que perceber as características das pessoas referenciadas pode ser uma mais-valia para gerir o processo de intervenção. Isto porque, as pessoas referenciadas pelo sistema de justiça possuem características comuns no que respeita ao tipo de CAD e o tipo de crime, sugerindo uma similaridade no pensamento criminoso,

de modo que o plano individualizado de tratamento pode incorporar estas referências e trabalhá-las durante a intervenção com cada pessoa.

Importa referir que, embora a literatura (NIDA, 2014; UNODC, 2010; Chandler et al., 2009) aponte que as pessoas referenciadas apresentam resultados tão bons ou melhores do que as pessoas que procuram voluntariamente o tratamento, conclui-se deste estudo que, o fator coercivo mostra-se positivo por ser um facilitador ao acesso da pessoa no serviço de tratamento, mas é a motivação intrínseca que prediz se a pessoa irá aderir ao tratamento ou não.

Conforme os relatos dos/as psicólogos/as entrevistados/as, a característica transversal desta população referenciada é de uma motivação ainda mais baixa, em comparação com as pessoas em tratamento por iniciativa própria. É desta forma que, o papel dos/as psicólogos/as dá-se como a principal estratégia para auxiliar no aumento desta motivação e conseqüente valorização do tratamento.

Para tanto, este estudo permitiu estabelecer orientações do que tem sido realizado na prática dos/as psicólogos/as relativamente ao tratamento dos CAD referenciados pelo sistema de justiça. Sendo estas:

(a) O estabelecimento de um posicionamento empático e acessível, a fim de promover uma aliança terapêutica (Bordin, 1979);

(b) A utilização prioritária de abordagens motivacionais durante todo o processo de intervenção, nomeadamente, a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) aliada ao modelo transteórico da mudança (Prochaska & DiClemente, 1982, 1992);

(c) A utilização de abordagens psicoterapêuticas validadas, como por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, desde que se adapte às necessidades da pessoa;

- (d) O esclarecimento inicial das diferenças entre as regras do âmbito de tratamento e do âmbito judicial;
- (e) O esclarecimento com a pessoa sobre os limites de confidencialidade e sobre a informação que poderá ser cedida ao sistema de justiça;
- (f) A articulação com a equipa multidisciplinar para planeamento e gestão da intervenção;
- (g) A articulação com os/as técnicos/as gestores/as de caso da pessoa referenciada pelo sistema de justiça.

Neste sentido, destaca-se que foi possível elencar algumas dificuldades da atuação dos/as psicólogos/as com esta população, como por exemplo, a ausência de protocolos de intervenção dirigidos para estas pessoas. Sobre esta lacuna, houve um relato que indicou a atual construção de um guia de boas práticas de procedimentos para o atendimento desta população, de articulação com o sistema de justiça e de instrumentos para orientar no processo de avaliação compreensiva. No entanto, vale a pena salientar que a elaboração de novos protocolos e guias referentes à população encaminhada pelo sistema de justiça, poderia servir como boas ferramentas práticas aliadas ao tratamento, para atender às diversas necessidades desta população, sendo este um desafio para os/as psicólogos/as na prática.

Outras dificuldades que emergiram deste estudo, foram os encaminhamentos de pessoas que não preenchem os critérios para inclusão no tratamento, a escassa informação sobre a referenciação e a fraca articulação do acompanhamento com o sistema de justiça. Todas estas dificuldades mencionadas possuem um denominador comum: o diálogo deficitário com o sistema de justiça. Neste aspecto, mostra-se importante refletir sobre o que significa esta referenciação.

Efetivamente, o sistema de justiça pode indicar o tratamento como medida alternativa à punição de pessoas com problemas envolvendo os CAD. Diante destas dificuldades referidas, levantam-se alguns questionamentos: quais são os critérios para a referenciação? Como é realizada esta escolha? São avaliados os riscos e a motivação para adesão ao tratamento antes do encaminhamento? Como são distribuídos/as os/as gestores/as de caso? Responder a estas questões implica reconhecer as iniciativas de referenciação como medidas alternativas e promover uma proximidade e um diálogo entre os serviços de tratamento e o sistema de justiça. Para tal, é preciso desenvolver mais pesquisas sistemáticas sobre esta temática e sua influência na redução da reincidência criminal e dos CAD.

Noutra perspectiva, o presente estudo contribuiu para o reconhecimento da Psicologia Clínica Forense enquanto especialidade necessária no âmbito dos tratamentos dos CAD ligados ao sistema de justiça. Isto pelo motivo de apresentar conhecimento de causa a respeito da população forense e possuir instrumentos especializados que podem ser fortes aliados na integração do tratamento enquanto resposta alternativa à punição.

Por fim, o estudo permitiu concluir que os resultados atuais do tratamento como medida alternativa à punição/prisão, apesar das dificuldades, têm-se mostrado positivos. Porém, ressalta-se a necessidade de continuar o movimento de mudança de paradigma acerca “sucesso no tratamento dos CAD”. Isto porque, nesta área de tratamento o sucesso deve ser entendido a partir da existência da recaída como integrante do processo de mudança, pelo que implica na valorização de pequenos ganhos terapêuticos.

Conclui-se, então, com este estudo, que há um caminho a percorrer para compreender todas as formas de contribuição da psicologia, neste âmbito. Contudo, há um caminho ainda maior para alterar as visões redutoras sobre o tratamento dos CAD.

Referências bibliográficas

- Abadinsky, H. (2018). *Drug Use and Abuse: A Comprehensive Introduction* (9ed.). Boston, EUA: Cengage Learning.
- Alexander, B. K. (1990). Alternatives to the War on Drugs. *Journal of Drug Issues*, 20(1), 1–27, <https://doi.org/10.1177/002204269002000101>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Antunes, J. (2019). Adição ao jogo: novos desafios num velho problema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(1), 33-46, <https://dx.doi.org/10.15309/19psd200103>
- Bean, P. (2014). *Drugs and crime*. London: Routledge
- Beck, A., & Heinz, A. (2013). Alcohol-related aggression-social and neurobiological factors. *Dtsch Arztebl Int.*, 110(42), 711-5, [10.3238/arztebl.2013.0711](https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0711)
- Bennett, T., & Holloway, K. (2005). *Understanding drugs, alcohol and crime*. England: Open University Press.
- Bennett, T., & Holloway, K. (2009). The Causal Connection Between Drug Misuse and Crime. *British Journal of Criminology*, 49(4), 513-531, [10.1093/bjc/azp014](https://doi.org/10.1093/bjc/azp014)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260, <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Los Angeles, CA: Sage.

- Brookman, F., Mullins, C., Bennett, T. H., & Wright, R. (2007). Gender, Motivation and the Accomplishment of Street Robbery in the United Kingdom. *British Journal of Criminology*, 47, 861 – 84. [10.1093/bjc/azm029](https://doi.org/10.1093/bjc/azm029)
- Brown, J., & Miller, W. (1993). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviours*, 7(4), 211–218, <https://doi.org/10.1037/0893-164X.7.4.211>
- Carroll, K. M. (1997). Enhancing Retention in Clinical Trials of Psychosocial Treatments: Practical Strategies. In NIDA. (1997). *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph, 165, 1-244, <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.152.2318&rep=rep1&type=pdf>
- Chalub, M., & Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(2), 69-73, <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600004>
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301, 183-90, doi: 10.1001/jama.2008.976
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: The evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327, 46-61, [10.1111/nyas.12558](https://doi.org/10.1111/nyas.12558)
- Despacho n.º 2976/2014 do Ministério da Saúde de Portugal (2011). *Diário da República* n.º 37/2014, Série II. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/3162549/details/normal?q=Despacho+n.%C2%BA%202976%2F2014>
- Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar [DILP]. (2020). *Penas alternativas à privação de liberdade: Enquadramento nacional e internacional*. Lisboa: Síntese Informativa n.º 43.

- Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). *Empathy*. Em Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169–173, doi:10.1037/a0037596
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2016). *The role of psychosocial interventions in drug treatment*. Lisboa: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Lisboa: EMCDDA.
- Fell, J. C. Approaches for reducing alcohol-impaired driving: Evidence-based legislation, law enforcement strategies, sanctions, and alcohol-control policies. *Forensic Sci Rev*, 31(2), 161-184, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31270060/>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de pesquisa social* (6.ed). São Paulo: Atlas.
- Goldstein, P. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506, doi:10.1177/002204268501500406
- Graham, K., & Livingston, M. (2011). The relationship between alcohol and violence: population, contextual and individual research approaches. *Drug and alcohol review*, 30(5), 453–457, <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00340.x>
- Håkansson, A., & Jesionowska. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems-a focus on violence and fatal violence. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 1-9. doi:10.2147/sar.s143251
- Hammersley, R. (2008). *Drugs & Crime*. UK: Polity Press.
- Huss, M. T. (2011). *Psicologia forense: pesquisa, prática clínica e aplicações*. Porto Alegre: Artmed.

- Kelly, J. F., Finney, J. W., & Moos, R. (2005). Substance use disorder patients who are mandated to treatment: characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *J Subst Abuse Treat*, 28(3), 213-23, doi: 10.1016/j.jsat.2004.10.014
- Kensington, K. (2015). Treatment of offenders within the community: the issue of consent (Bachelor's dissertation). University of Otago, Otago, New Zealand
- King, D., Gainsbury, S., Delffabro, P., Hing, N., & Abbarbanel, B. (2015). Distinguishing between gaming and gambling activities in addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4, 215- 220. doi: 10.1556/2006.4.2015.045
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 17-95, doi: 10.1080/10826080500260891
- Kopak, A. M. (2015). Breaking the addictive cycle of the system: improving US criminal justice practices to address substance use disorders. *Int J Prison Health*, 11, 4-16, doi: 10.1108/IJPH-07-2014-0023
- Latvala, T., Lintonen, T. & Konu, A. Public health effects of gambling – debate on a conceptual model. *BMC Public Health* 19, 1077 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7391-z>
- Lei n.º 30/2000 da Assembleia da República (2000). Diário da República n.º 276/2000, Série I-A. <https://data.dre.pt/eli/lei/30/2000/11/29/p/dre/pt/htm>
- Maisto, S., Galizio, M., & Connors, G. (2018). *Drug use and abuse* (8th edition). California, EUA: Wadsworth Publishing.
- Marlowe, D. B. (2003). Integrating substance abuse treatment and criminal justice supervision. *Science & practice perspectives*, 2(1), 4–14, doi:10.1151/spp03214

- Marques, A. R. V. S. (2008). A(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s) – Representações sociais e políticas em Portugal (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Martins, J. M. C. (2014). Perceção dos jovens universitários sobre os conceitos de consumo problemático e não problemático e sobre formas de prevenção eficazes (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal.
- Marujo, M. M. (2012). As Políticas públicas de (re) inserção profissional de toxicodependentes (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, Portugal.
- McBride, A. (2002). Client assessment. Em Peterson, T. & McBride, A. (Eds.). (2002). *Working with Substance Misusers: A Guide to Theory and Practice*. London: Routledge.
- McBride, D., Vanderwaal, C., & Terry-mcelrath, Y. (2003). *The Drugs-Crime Wars: Past, Present, and Future Directions in Theory, Policy, and Program Interventions. Toward a Drugs and Crime Research Agenda for the 21st Century*. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs: Washington, DC. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/194616.pdf>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2ed.). New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52(12), 1269–1279, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1269>

- Minayo, M. C. S. (2013). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade* (33ed.), Petrópolis, Rj: Vozes.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2014). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations – A Research-Based Guide*. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations-research-based-guide>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>
- Petersen, T. (2002). Working effectively with substance misusers. Em Peterson, T. & McBride, A. (Eds.). (2002). *Working with Substance Misusers: A Guide to Theory and Practice*. London: Routledge.
- Pfaff, J. F. (2015). The war on drugs and prison growth: Limited importance, limited legislative options. *Harvard Journal on Legislation* 52(1), 173-220, https://ir.lawnet.fordham.edu/faculty_scholarship/651
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390–395, 10.1037//0022-006X.51.3.390
- Prochaska, J. O. (2013). Transtheoretical model of behavior change. Em *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York: Springer.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173, <https://doi.org/10.1037/h0088437>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. (1992). The transtheoretical approach. Em J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Roback, H. B., & Smith, M. (1987). Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *American Journal of Psychiatry*, 144, 426-431, 10.1176/ajp.144.4.426
- Rollnick, S. & Allison, J. (2004). Motivational interviewing. Em Heather, N. & Stockwell, T. (Eds.). (2004). *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. England: John Wiley & Sons.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87. doi:10.1037/a0022140
- Santos, M. M. F. (2019). *Psicomotricidade na Promoção de Competências Sociais e Emocionais de jovens e adultos com comportamentos antissociais e delinquentes, em cumprimento de medidas não institucionais e de execução na comunidade. (Relatorio de estágio)*. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013b). *Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013a). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2013c). *Relatório anual 2019*. Lisboa: SICAD.
- Soares, V. A. (2018). *As políticas públicas no tratamento dos toxicodependentes (Dissertação de Mestrado)*. Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Souza, L. K. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 51-67. <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
- Stevenson, B. (2011). Drug Policy, Criminal Justice and Mass Imprisonment. Global Commission on Drug Policies, 1-8, https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Bryan_Stevenson.pdf
- Summers, Z. (2002). Coercion and The Criminal Justice System. Em Peterson, T. & McBride, A. (Eds.). (2002). *Working with Substance Misusers: A Guide to Theory and Practice*. London: Routledge.
- Tully, R. (2019). Mental health and violence: forensic risk assessment and formulation. Em Tully, R. & Bamford, J. (2019). *Case studies in forensic psychology: clinical assessment and treatment*. London: Routledge.
- Turner, N. E., Preston, D. L., Saunders, C., McAvoy, S., & Jain, U. (2009). The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 153–169, <https://doi.org/10.1007/s10899-009-9124-1>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] & World Health Organization [WHO] (2019). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system*. New York: United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2010). *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment*. New York: United Nations.
- Urbanoski, K. A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduct J*, 7(13). doi: 10.1186/1477-7517-7-13

- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. & Cox, M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 328-335, 10.1093/alcalc/agl016
- Walker, S. (2014). *Sense and Nonsense about Crime, Drugs, and Communities* (8ed.). Omaha: Wadsworth, Cengage Learning.
- Walters, G. (2012). Substance Abuse and Criminal Thinking: Testing the countervailing, mediation, and specificity hypotheses. *Law and Human Behavior*, 36(6), 506–512, doi: 10.1037/h0093936
- Wheeler, S. A., Round, D. K., & Wilson, J. K. (2010). The Relationship Between Crime and Electronic Gaming Expenditure: Evidence from Victoria, Australia. *Journal of Quantitative Criminology*, 27(3), 315-338, 10.1007/s10940-010-9123-5
- Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behav Modif.*, 30(3), 315-40, doi: 10.1177/0145445503262578
- Zilberman, M. L., & Blume, S. B. (2005). Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27(2), 51-55. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600004>

Anexos

Anexo A

Guião de Entrevista Semiestruturada

I) Características sociodemográficas

Idade:

Sexo:

Nacionalidade:

Formação académica:

Há quanto tempo trabalha no CRI?

Área de intervenção:

Poderia descrever um pouco como é o seu trabalho no CRI?

II) Características dos/as utentes

Como descreve o perfil geral de utentes?

Como descreve o perfil de utentes que possuem problemas com o sistema de justiça e que recebem encaminhamento para tratamento no CRI?

O que pensa sobre este perfil de utentes?

Existe, do seu ponto de vista, alguma especificidade em relação ao tipo de consumo e o tipo de ofensa pelo qual os/as utentes são encaminhados/as?

III) Papel do/a psicólogo/a na intervenção

Como descreve a adesão/motivação destes/as utentes em relação às consultas?

Qual a abordagem utilizada para o tratamento desta população específica?

Como é realizado o plano individual de intervenção destes/as utentes?

Existem respostas e programas específicos de tratamento para esta população no CRI?

IV) Desafios/dificuldades da intervenção

Em relação ao trabalho efetuado com utentes encaminhados/as pela justiça, sente alguma dificuldade específica?

Em relação à sua formação académica e profissional, sente que a preparou para esta população em específico?

V) Diálogo com o sistema de justiça

Qual o acompanhamento que o sistema de justiça faz com utentes que estão em tratamento no serviço?

Como avalia este acompanhamento feito pelo sistema de justiça?

VI) Resultados da intervenção

Como olha para os resultados das intervenções feitas com estes/as utentes?

Para além das questões realizadas, existe algo que deseja mencionar e que não foi discutido acima?

Anexo B

Consentimento Informado

Convidamos para participar de forma voluntária na pesquisa "**O papel dos/as psicólogos/as no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça**", realizada pela aluna Kamila Bezerra de Araújo, do Mestrado em Psicologia Clínica Forense do Instituto Universitário da Maia, sob a orientação da professora Dra. Anita Santos, onde se pretende investigar qual o papel do serviço de psicologia no tratamento de pessoas referenciadas pelo sistema de justiça, como medida alternativa à punição.

De acordo com a situação da pandemia de Covid-19, as entrevistas serão realizadas preferencialmente à distância, nomeadamente com recursos de videoconferência, telefone ou e-mail, conforme a sua disponibilidade. As entrevistas presenciais serão realizadas apenas em situação de segurança.

Nos casos de entrevista presencial ou telefónica, será realizada uma gravação de áudio da entrevista para a coleta de informação adequada, que será imediatamente destruída após a transcrição. Toda a informação coletada será mantida em condições de anonimato, pelo que não iremos utilizar qualquer elemento pessoal identificativo.

Se depois de consentir em sua colaboração, desistir da participação na pesquisa tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa, bem como os dados obtidos serão desconsiderados.

Esta participação não contará com nenhuma despesa ou remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados como parte da Dissertação de Mestrado na biblioteca do ISMAI, porém a sua identidade não será divulgada.

Para qualquer outra informação, poderá entrar em contacto com as pesquisadoras:

Kamila Araújo: (+351) 930 595 400/ email: kamilabdearaujo@gmail.com

Dra. Anita Santos: anitasantos@ismai.pt

Consentimento Pós-Infirmação

Eu fui informado/a sobre o que as pesquisadoras querem fazer e porque precisam da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

Assinatura do/a participante

Anexo C

Grelha de codificação

Tema principal	Subtemas	Detalhamento	Nº de respostas/participante
Do sistema de justiça ao tratamento	Associação entre CAD-crime	Álcool-violência doméstica/condução sob efeito do álcool/incêndio	8/8
		Heroína/cocaína/canabinóides-tráfico/furto	8/8
		<i>Gambling</i> -roubo	1/8
	Pontos negativos da referenciação	Ausência de motivação intrínseca	7/8
		Maior dificuldade para promover a motivação	7/8
		Encaminhamento de pessoas que não preenchem critérios para tratamento	5/8
	Pontos positivos da referenciação	Acesso ao tratamento	6/8
		Coerção influencia a adesão	4/8
A atuação dos/as psicólogos/as no tratamento	Postura empática	Estabelecer relação terapêutica	7/8
		Clarificar diferenças entre sistema de justiça e serviço de tratamento	6/8
	Abordagem no tratamento	Entrevista Motivacional	8/8
		Modelo cognitivo-comportamental	7/8
		Modelo sistémico	1/8
	Planeamento da intervenção	Equipa multidisciplinar	8/8
		Ausência de protocolo de intervenção	7/8
		Necessidade de criar protocolos	5/8
		Protocolo de intervenção em desenvolvimento	1/8
	Conduta ética	Limites de confidencialidade	8/8
	Dificuldades e/ou desafios	Promoção de motivação	7/8
		Atendimento de pessoas que não preenchem critérios para tratamento	5/8
		Fraco acompanhamento do sistema de justiça	6/8
		Atitude proativa para promover articulação dos serviços	2/8
		Preparação académica/profissional para trabalhar com populações forenses	5/8

Do tratamento aos resultados	O que é sucesso no tratamento?	Processo que integra a recaída	8/8
		Expetativas do sistema de justiça	6/8