



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Práticas Institucionais do Assistente Social com Toxicodependentes

Ana Teresa Botelho da Costa

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2014

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado foi o resultado de dois intensos anos, onde por vezes a disponibilidade e a motivação escassearam, porém, não o suficiente para que desistisse. Embora a sua execução fosse um trabalho, sobretudo solitário, não teria sido possível sem o auxílio de algumas pessoas.

Agradeço ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Ferreira pelo seu apoio e cooperação. Também agradeço a todos os docentes que integraram este mestrado, das diversificadas unidades curriculares.

Agradeço com todo o coração aos meus pais pelo apoio constante a cada dia, mesmo apesar da grande distância geográfica.

Um muito obrigado aos amigos que acompanharam de perto este percurso, e nos dias menos bons souberam como motivar e dar esperança por dias melhores.

Agradeço, também, aos participantes do estudo pela sua colaboração e disponibilidade.

RESUMO

O presente trabalho é uma investigação em Serviço Social sobre as “Práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes”, focalizando-se concretamente na diversidade de práticas profissionais do assistente social nas diferentes instituições onde atua diretamente com o toxicodependente.

Este estudo incorporou vários procedimentos teóricos e metodológicos. Realizou-se a pesquisa e análise documental de diversos autores considerados na área de investigação. Incidiu-se na abordagem qualitativa, sendo que a técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, orientada por um guião. Aplicou-se a análise de conteúdo, a qual foi organizada em categorias, assentando no cruzamento dos elementos teóricos com os elementos empíricos, de acordo com os objetivos definidos na pesquisa.

Conclui-se deste modo, que as práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes variam de acordo com os objetivos da instituição, sendo a entrevista a técnica utilizada por unanimidade, que os limites e constrangimentos colocados à prática do assistente social não interferem nas suas intervenções e que as reuniões de equipa são a melhor forma dos técnicos de Serviço Social evoluírem teórica e tecnicamente.

Palavras-chave: Assistente Social, Toxicodependente, Práticas Institucionais, Prática Profissional.

ABSTRACT

This work is an investigation in Social Service, about the “Institutional practices of the social assistant with addicts”, it focuses concretely on diversity of professional practices of the social assistant in the various institutions in which it operates directly with the addict.

The research incorporated several empirical, theoretical and methodological procedures. We carried out research and documentary analysis of different authors considered in the study area. Focused on the qualitative approach, and the technique used was the semi-structured interview, guided in a scripted interview. It was applied to content analysis, which was organized in categories, according to define objectives to research.

It was concluded, that the institutional practices of the social assistant with drug users vary according to the goals of the institution, and the interview technique used by unanimity, the limits and constraints placed on the practice of social assistants do not interfere in their interventions and that team meetings are the best way of Social Service technicians evolve theoretically and technically.

Keywords: Social Assistant, Drug Addicts, Institutional Practice, Professional Practice.

SIGLAS

APSS – Associação de Profissionais de Serviço Social

ARSLVT – Administração Regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo

EMCDDA – European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction

FIAS – Federação Internacional de Assistentes Sociais

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social

ONG – Organizações Não-governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
SIGLAS	iv
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I.....	3
1. A globalização das drogas	3
2. A toxicodependência	4
3. Serviço Social no âmbito da toxicodependência	7
4. Metodologias de Serviço Social na intervenção com toxicodependentes	11
5. Limites e constrangimentos colocados à prática do assistente social na intervenção com toxicodependentes	19
CAPÍTULO II	22
1. Campo empírico	22
2. Universo e Amostra	22
3. Técnicas de recolha e tratamento de dados	24
CAPÍTULO III	28
1. Análise e interpretação de dados	28
CONCLUSÃO	39
FONTES	41
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	I
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	II
ANEXO B – GUIÃO DE ENTREVISTA ASSISTENTE SOCIAL	III
ANEXO C – GUIÃO DE ENTREVISTA COORDENADOR DE EQUIPA	IV
ANEXO D – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	V
ANEXO E – CURRICULUM VITAE	XVIII

INTRODUÇÃO

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social, onde o tema de pesquisa refere-se às Práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes. A pertinência do tema resultou do estágio curricular no terceiro ano da licenciatura em Educação Social, no Centro de Respostas Integradas de Bragança. A partir deste estágio surgiu o interesse em aprofundar esta temática, sobre a diversidade de práticas do assistente social em diferentes contextos institucionais com toxicodependentes.

A questão de partida desta dissertação é: “Que tipo de práticas de Serviço Social pode-se sistematizar em diferentes contextos institucionais com toxicodependentes?” O objeto de estudo desta investigação é a prática institucional do assistente social com os toxicodependentes.

Os objetivos de uma investigação ajudam a clarificar o tema de estudo, permitindo uma maior apropriação de conhecimento sobre determinado problema. Assim, o objetivo geral é: sistematizar tipologias de práticas no Serviço Social com toxicodependentes em diferentes contextos institucionais. E os objetivos específicos são: (1) analisar e interpretar se o contexto institucional influencia a prática do assistente social com toxicodependentes; (2) categorizar metodologias de intervenção do Serviço Social com toxicodependentes nos diferentes contextos institucionais; e (3) identificar os constrangimentos e limites colocados ao assistente social, pela instituição, na intervenção com toxicodependentes. O objeto de estudo desta dissertação são as práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes.

Esta investigação está estruturada em três capítulos, o primeiro refere-se ao enquadramento teórico, que segundo Fortin (2000) “é uma generalização abstrata que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo” (Fortin, 2000: 93). Aqui serão definidos os conceitos fundamentais, através de teorias e correntes teóricas, bem como as suas dimensões e ligações entre os vários conceitos, de forma a desenhar a estrutura concetual, com vista à sustentação do tema. Dentro deste capítulo destacam-se três pontos essenciais à pesquisa: (1) A globalização das drogas; (2) A Toxicodependência; (3) Serviço Social no âmbito da Toxicodependência; (4) Metodologias de Serviço Social na intervenção com toxicodependentes; (5) Limites e constrangimentos colocados à prática do assistente social na intervenção com toxicodependentes.

O segundo capítulo refere a metodologia de pesquisa, descrevendo os métodos e as técnicas de investigação utilizadas na pesquisa que se apresenta. Este estudo tem subjacente o

método qualitativo, que visa “descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significação a esta mesma experiência” (Fortin, 2009: 209). Relativamente ao campo empírico, foram escolhidas as Unidades de Intervenção Local, onde atua o assistente social e os seus respetivos coordenadores de equipa no âmbito da toxicodependência, do núcleo do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências no concelho de Lisboa e das Unidades de Intervenção da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo. Análise e interpretação de dados é a designação do terceiro e último capítulo da presente pesquisa. Neste ponto é possível compreender e confrontar, resultados obtidos em função dos dados recolhidos, associando aos conceitos e variáveis que resultam da fundamentação teórica, segundo as diferentes perspetivas teóricas identificadas no primeiro capítulo. Este capítulo apresenta ainda, os resultados obtidos, um resultado abrangente da perceção dos assistentes sociais acerca da sua prática profissional, identificando-se a diversidade de práticas institucionais com toxicodependentes em diferentes instituições, os modelos que fazem parte do processo de intervenção, os limites e constrangimentos que encontram na sua prática profissional, assim como, a definição da prática do assistente social pelo coordenador de equipa, e de que modo a natureza da instituição influencia o modelo de intervenção com toxicodependentes.

Segundo Guerra (2006) o confronto entre o quadro teórico e a informação recolhida permite interpretar os vários discursos dos entrevistados, as suas ideias, opiniões e fazer interferências pela identificação das características específicas de uma mensagem, deste modo, na conclusão surgem as principais ideias retidas com o estudo, através da confrontação dos resultados com os objetivos definidos para a pesquisa.

Terminamos com as conclusões obtidas, perspetivas de estudo futuras e a respetiva bibliografia.

CAPÍTULO I

1. A globalização das drogas

Nos anos 90 do século passado, a globalização transformou-se num conceito universal, que serviria para tudo explicar num mundo que assistia a transformações ciclópicas. A partir de certo ponto, a globalização a todos servia (políticos, académicos, jornalistas) menos para explicar o que acontecia, e no entanto, muito se fez na política, na economia, no direito, que antes era difícil conceber (Santos, 2001, *citado por* Reis, 2012). Para Waters (1999) a globalização recebeu no âmbito teórico várias denominações,

Aldeia global, mundialização ou cidade global, mas que no entanto buscam descrever apenas um significado: um movimento social, político, económico, cultural e jurídico, reorientando e reformulando as decisões dos Estados-nação, desde diversas áreas da vida social até aos diversos sistemas produtivos e financeiros, com reflexos imediatos no sistema de emprego e nas diferenças entre países ricos e pobres (Waters, 1999:27).

Com base no Relatório Europeu sobre Drogas da EMCDDA (2013), a globalização e a evolução das tecnologias de informação “contribuíram para a dinamização do mercado de droga atual, onde a internet coloca desafios crescentes, quer como mecanismo de difusão rápida das novas tendências, quer como mercado anónimo à escala mundial, além de criar uma nova interconexão no capítulo do consumo e da oferta de droga” (EMCDDA, 2013: 17). Santana (1999) afirma que os novos avanços tecnológicos facilitam o desenvolvimento da indústria das drogas, assim como o seu consumo massificado. As novas tecnologias, como o computador e a internet, vieram permitir a projeção de novas drogas sem nenhuma dificuldade. Uma vez que a internet é um mercado importante para as novas substâncias psicoativas, o EMCDDA realizou um estudo para monitorizar o número de lojas na internet que oferecem produtos aos consumidores europeus, e foram sinalizadas em janeiro de 2012, 693 lojas online. No entanto, em contrapartida, a internet, também cria oportunidades de encontrar formas inovadoras para as intervenções de tratamento, prevenção e redução dos danos (EMCDDA, 2013). A Organização das Nações Unidas chegou a estimar que a indústria das drogas gera um movimento de capital em torno de 400 bilhões de dólares anuais. O relatório da EMCDDA (2013) evidencia ainda que, “no sentido de acabar com a globalização das drogas, cabe a cada país a responsabilidade de criar respostas aos problemas relacionados com a droga. Na Europa, compete aos governos e parlamentos nacionais adotar os quadros jurídicos, estratégicos, organizativos e orçamentais necessários para dar resposta a esses problemas” (EMCDDA, 2013: 62). Nos últimos anos, tanto a União Europeia como um número crescente de países têm procedido a uma avaliação final da sua estratégia ou do seu

plano de ação de luta contra a droga onde “o objetivo é avaliar o nível de execução alcançado e a evolução do fenómeno da droga global, para informar a elaboração da estratégia seguinte” (EMCDDA, 2013: 64).

Por se tratar de um fenómeno ilegal e por isso clandestino, é difícil determinar o número de toxicodependentes em Portugal, segundo o Relatório Anual de 2012 sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, no âmbito do tratamento da toxicodependência, no ambulatório da rede pública estiveram em tratamento 29 062 utentes, dos que iniciaram tratamento em 2012, 4012 eram utentes readmitidos e 2001 novos utentes, ou seja, utentes que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (primeiros pedidos de tratamento) (SICAD, 2013a).

Nas palavras de Seno (2012), foi na década de 70 que surgiram os primeiros Centros de Atendimento de Toxicodependentes e as Comunidades Terapêuticas, assim como uma intervenção que agregava a investigação, a prevenção, o tratamento e a inserção social de toxicodependentes. Destaca-se na década de 90 a criação do Instituto da Droga e da Toxicodependência, instituto público criado em 1999 que entretanto foi extinguindo, dando origem ao atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, conforme descrito no Decreto-Lei n.º17/2012 de 26 de Janeiro. A partir do ano de 2001 surge um novo olhar sobre o consumo de drogas do ponto de vista jurídico, instituindo-se um modelo alternativo ao modelo punitivo, iniciando-se a descriminalização do consumo e aposta na dissuasão (Seno, 2012). No entanto, Ló (2011) defende que este fenómeno tem permitido uma maior adesão a programas de tratamento e de redução de riscos e minimização de danos, constatando-se “que o paradigma descriminalizador conduz a respostas humanistas, inclusivas, e de aproximação dos indivíduos aos serviços, enquanto que as respostas existentes visam um projeto terapêutico integrado, que concilie a componente médica e terapêutica, assim como a familiar, social, profissional, jurídica e cultural” (Ló, 2011, *citado por* Seno, 2012: 7).

2. A toxicodependência

A concetualização da toxicodependência acaba por sofrer as influências dominantes da época. Nowlis (1990) entende a toxicodependência como um fenómeno multifatorial, com componentes genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos, o que traduz uma perspetiva e uma abordagem transdisciplinar, ou seja, o modelo biopsicossocial (Nowlis, 1990, *citado por* Ló, 2007).

No dizer de Andrade (1994),

A toxicodependência é uma doença, talvez a mais grave, deste fim de século. Doença global que compromete na pessoa, a vida física, mas também a dimensão psicológica e social do ser humano. O toxicodependente está em constante sofrimento. Dói-lhe o corpo, sobretudo em momentos de ressaca, mas dói-lhe também o espírito, uma vez que o dependente se torna uma pessoa inquieta, constantemente à procura de objetivos que não alcança, numa viagem interminável onde nem a vontade debilitada, nem os amigos igualmente “agarrados” conseguem ajudar (Andrade, 1994: 1).

No entanto Miguel (1997), ao refletir sobre o que é comum às diversas substâncias que podem causar dependências, concluiu que além do facto do seu uso continuado ser acompanhado do desenvolvimento de tolerância ou habituação e da suspensão do seu consumo provocar um síndrome de privação, devido à dependência psíquica ou mesmo física que se instalou, a questão fundamental é o facto do consumo destas substâncias ser acompanhado por um prazer especial. O autor caracterizou este prazer como “especial, pelo seu efeito automático, imediato, conseguido pela manipulação do funcionamento bioquímico do sistema nervoso central, ao contrário dos outros prazeres mediatizados pelos órgãos dos sentidos” (Miguel, 1997: 26). No entanto para Joaquim (2005) desde sempre houve por parte do homem a procura de estados alternativos de consciência, e o recurso às substâncias psicoativas sempre esteve presente nas mais diversas circunstâncias da vida do grupo, e nas mais diversas culturas ao longo dos tempos.

Galvani (2001) aponta algumas das razões que levam as pessoas a iniciarem ou continuarem uso de substâncias como, a vontade de experimentar algo novo, pisar o risco, sentir-se melhor, um escape para a dor emocional como a memória de abusos, rebeldia, emagrecimento, como forma de esquecer problemas, por receita médica, normas culturais e para divertimento (Galvani, 2001, *citado por* Davies, 2008).

Na perspetiva de Patrício (1995), “o toxicodependente é uma pessoa dependente de drogas e que é dependente porque consumiu e consome drogas. (...) Do ponto de vista médico e social podemos considerar um toxicodependente como uma pessoa doente (...)” (Patrício, 1995: 128-129). No entendimento de Miguel (1997), os toxicodependentes são muito diferentes uns dos outros. Diferentes na idade, no meio social de origem, no tipo de família, nas substâncias que utilizam, na duração da dependência, no grau de controlo. A longa experiência profissional que o especialista manteve com os toxicodependentes fê-lo perceber que o tratamento que estava indicado para um toxicodependente, não seria necessariamente o melhor para outro (Miguel, 1997). O especialista veio ainda salientar “a importância da existência de um terapeuta de referência, sempre o mesmo, que a partir do

conhecimento que vai tendo do toxicodependente e do seu enquadramento, vai sendo capaz de elaborar a estratégia de recuperação mais adequada ao seu tratamento” (Miguel, 1997: 27).

No entanto para Patrício (1989), o tratamento não é retilíneo, pois os avanços e recuos traduzem e permitem diagnósticos e balanços das estratégias adotadas, que podem conduzir a ajustamentos e redefinições da orientação terapêutica (Patrício, 1989, *citado por* Ló, 2007).

O IDT, IP (2008), considera o tratamento da toxicodependência como um dos pilares fundamentais da sua ação estratégica, na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Tem por base pressupostos como, garantir a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas; disponibilizar uma oferta diversificada de Programas de Tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica, assim como, promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas (IDT, IP, 2008).

Segundo dados do EMCDDA (2013), estima-se que em 2011, pelo menos, 1,2 milhões de pessoas tenham recebido tratamento por consumo de drogas ilícitas na Europa, onde os consumidores de opiáceos constituem o maior grupo em tratamento. As intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação são as principais modalidades de tratamento da toxicodependência utilizadas na Europa, e o tratamento é maioritariamente prestado em regime ambulatorio, em centros especializados, consultórios de médicos de clínica geral e serviços de baixo limiar de exigência (EMCDDA, 2013). Ainda dados relativos ao mesmo relatório, apontam a overdose como a principal causa de morte entre os consumidores problemáticos de droga na Europa, “aproximadamente 90 % das mortes por overdose reportados na Europa vitimam pessoas com mais de 25 anos e a média de idades dessas vítimas está a aumentar, o que sugere um envelhecimento da coorte de consumidores problemáticos de droga. Os homens são os mais atingidos pelas mortes por overdose, com 80 % ”(EMCDDA, 2013: 46).

Citando Patrício (1995), no sentido mais amplo define como droga, quaisquer substâncias naturais ou de síntese, (manipuladas ou criadas pelo homem), que ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas, nomeadamente do estado de consciência e também alterações físicas. As alterações da atividade mental, das sensações de comportamento, são geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio do desprazer (Patrício, 1995:24).

Já Camí (1995) vem defender que “no nosso meio utilizamos a palavra “droga” para nos referirmos aos fármacos psicoativos que são capazes de desenvolver dependência, e que são objeto de abuso” (Camí, 1995, *citado por* Grup Igia y Colaboradores: 2000: 159). No entanto, “a forma como a pessoa usa a substância, determina a rapidez e a intensidade com que os efeitos são sentidos, se a droga for injetada diretamente na corrente sanguínea tem um efeito imediato comparado com fumar essa mesma droga” (Galvani, 2001, *citado por* Davies, 2008: 71).

3. Serviço Social no âmbito da toxicodependência

O serviço Social é uma disciplina das Ciências Sociais e Humanas, cujo enfoque reside no trabalho com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, em situação de vulnerabilidade social. Núncio (2010) referencia que em 2001, a Federação Internacional de Trabalhadores Sociais e a Associação Internacional de Escolas de Serviço Social apresentam o conceito de Serviço Social como:

A profissão de assistente social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas, o empowerment e a liberdade dos indivíduos, com vista ao incremento do bem-estar. Recorrendo a tais teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o trabalhador social intervém nas interações entre os indivíduos e o meio, sempre por referência aos princípios de direitos humanos e justificação social, fundamentais para o Serviço Social (Núncio, 2010: 80).

A mesma autora vem sublinhar que o Serviço Social promove a transformação da sociedade na medida em que “procura assistir os grupos socialmente mais desfavorecidos, garantindo as condições para a sua subsistência e exercendo, dessa forma, uma função de regulação social” (Núncio, 2010: 81).

(...) é uma profissão qualificada numa área do conhecimento das ciências sociais e do Serviço Social, é internacionalmente identificada como uma formação sustentada para a intervenção e investigação social no quadro dos direitos humanos e cujos princípios éticos e deontológicos são os da Dignidade Humana, Justiça Social, Autodeterminação, Autonomia, Participação e Cidadania Social, embora na actualidade se confronte com uma pressão social e política marcada pela redução e condicionalismo dos Direitos Sociais das Pessoas na Sociedade Democrática (Ferreira, 2012: 9).

O Serviço Social caracteriza-se também por ser inerente à sua prática, a relação de ajuda que é estabelecida entre o assistente social e o utente/cliente.

A relação de ajuda é uma relação profissional na qual uma pessoa deve ser assistida para operar o seu ajustamento pessoal a uma situação à qual ele não se adaptava normalmente e que

o ajudador seja capaz de duas ações específicas: compreender o problema nos termos em que se coloca para tal indivíduo singular em sua existência singular e ajudar o “cliente” a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação social (Mucchielli, 1978: 15).

No entanto Barbosa (2011) defende que o Serviço Social tem-se identificado com a gestão dos problemas sociais e com a contribuição para a coesão social, reduzindo e prevenindo os riscos sociais, intervindo atualmente nos contextos da emergência de novos e persistentes riscos sociais.

Partindo do pressuposto que a toxicod dependência é um problema social e não apenas de saúde pública, a intervenção do Serviço Social “passa pelo recurso a políticas de redução de riscos, como objetivo de prevenir a marginalização social, a desintegração familiar e profissional, a delinquência, a criminalidade e a transmissão de doenças infetocontagiosas” (Ferreira, 2001: 53). De acordo com o SICAD (2013), a política de intervenção tem contemplado uma vertente integrada, englobando a prevenção, a dissuasão e os programas de redução de riscos e minimização de danos, conciliados com a vertente da reinserção social, “esta nova perspectiva tem permitido chegar a mais pessoas e divulgar mais informação, o que tem trazido benefícios no que respeita à saúde pública, promovendo a salvaguarda da saúde e facilitando a diminuição de comportamentos de risco, como as doenças infetocontagiosas” (SICAD, 2013: 23). Seguindo esta perspectiva, Ferreira (2001) reforça a importância da intervenção profissional do Serviço Social a partir de uma visão global de Direitos Humanos, ajuda o assistente social conferindo-lhe um sentido de unidade e de solidariedade sem que perca o seu referencial teórico-metodológico que constitui o quadro de atuação destes profissionais (Ferreira, 2001). Reforçando esta ideia, é assim prescrito na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, se esforce, através do ensino e da educação, a promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, entre os povos dos próprios estados-membros como os povos dos territórios sob sua jurisdição (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948). Num estudo elaborado por Barbosa (2011), o autor sublinha a relevância na preocupação dos assistentes sociais com o acesso a direitos não exercidos, “geralmente relatam que o trabalho profissional é realizado para atender indivíduos em situações de carências sociais e de saúde e para providenciar o acesso a recursos que promovem a satisfação das necessidades humanas básicas” (Barbosa, 2011: 77). Assim como apresenta o Código de Ética do Assistentes Social, “os assistentes sociais devem promover e

defender a integridade e o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual de cada pessoa” (APSS, 1994).

Fernandes (2009), defende que o trabalho e a família são as duas instâncias mais afetadas na vida do toxicodependente, e considera indispensável os esforços terapêuticos nestas áreas, respectivamente na reinserção social pelo trabalho e no envolvimento da família nas terapias, afirmando:

A droga faz mal à família (sofrimento familiar em torno do toxicodependente), mas a crise atual da família também faz mal à droga (o toxicodependente é com grande frequência oriundo de famílias monoparentais, de pais divorciados, de famílias desestruturadas...). A droga faz mal ao trabalho (síndrome amotivacional¹ do fumador de cannabis, absentismo do *junkie*², comportamentos antissociais no posto de trabalho...), mas a crise atual do trabalho também faz mal à droga (a crise do mercado laboral, o desemprego de longa duração, atingem os utilizadores de drogas e a desocupação deixa-lhes espaço para fazerem das economias paralelas um modo de vida e da narcose da heroína um modo de ir aguentando o passar do tempo) (Fernandes, 2009: 5).

No que diz respeito à prevenção social, Ferreira (2001) defende enquanto estratégia de combate à droga: atores sociais, estruturas, serviços e forças vivas da comunidade³.

Neste contexto de prevenção do risco e proteção da saúde pública, (Barbosa, 2011), os assistentes sociais desenvolvem um conjunto de práticas para regular os perigos públicos causados pelo consumo de drogas, tais como:

(i) distribuição de material asséptico (troca de seringas e distribuição de preservativos); (ii) informação sobre os riscos (divulgação de informação sobre as consequências das práticas de consumo e comportamentos sexuais desprotegidos); (iii) orientação para rastreio de doenças infecciosas e (iv) ensinamento de práticas de menor risco (práticas de sexo seguro e a alteração de comportamentos de risco e hábitos de consumo) (Barbosa, 2011: 76).

A partir do trabalho de rua, contatam com consumidores de drogas que se encontram fora do alcance dos serviços assistenciais da rede pública, fornecendo-lhes utensílios

¹ Completa perda de interesse que a droga causa em algumas pessoas.

² Termo para definir a expressão máxima de um toxicodependente. Organiza toda a sua vida em função das drogas, principalmente a heroína.

³ Promoção de ações de divulgação nas famílias, em matéria dos comportamentos, sintomas, atitudes do toxicodependente de forma a participarem na despistagem precoce das situações suscetíveis de preocupação; Ações de formação dirigidas aos interventores na área da toxicodependência; Criação de serviços de apoio e ajuda aos sujeitos e às vítimas; Envolvimento da comunidade no encontro de soluções aos problemas; Dinamização de um modelo de participação comunitária, ou seja, um modelo que reúne as forças vivas representativas do espaço local; Sensibilização e formação da opinião pública sobre a amplitude, gravidade e os espaços negativos da Toxicodependência, com o fim de assegurar a sua adesão às medidas destinadas a lutar contra este fenómeno (Ferreira, 2001: 55).

assépticos para que possam gerir os seus riscos pessoais “deste modo, colocam o seu exercício profissional ao serviço numa estratégia de controlo e higienização social para prevenir a SIDA e evitar a disseminação de outras doenças infecciosas (hepatites B, C e tuberculose)” (Barbosa, 2011: 76).

A cidade de Lisboa tem, atualmente, um conjunto de respostas sociais disponíveis à população toxicodependente, nomeadamente a Segurança Social de Lisboa que dispõe de dois serviços, ou equipamentos sociais, destinados ao apoio, ao tratamento e reinserção social de pessoas toxicodependentes. Existem dois tipos de respostas, a *Equipa de Intervenção Direta* e o *Apartamento de Reinserção Social*. Relativamente à primeira resposta, caracteriza-se como um serviço constituído por unidades de intervenção junto da população toxicodependente, das suas famílias e comunidades afetadas pela toxicodependência, com objetivos como: (1) Fomentar a integração dos toxicodependentes em processos de recuperação, tratamento e reinserção social; (2) Despistar situações de risco; (3) Sensibilizar para a mudança de comportamentos e abandono da droga; (4) Incentivar a cooperação da família, nomeadamente, através da informação, da motivação, do apoio social, do encaminhamento, no processo de recuperação e de reinserção social da pessoa toxicodependente e (5) Incentivar a cooperação de elementos exteriores à família e da proximidade da pessoa toxicodependente, através da motivação e da informação no processo de recuperação e reinserção social. Relativamente aos Apartamentos de Reinserção Social, são alojamentos temporários para pessoas toxicodependentes que, após a saída de unidades de tratamento, de estabelecimento prisional, de centros tutelares ou de outros estabelecimentos da área da justiça, tenham dificuldades de reintegração na família ou comunidade, na escola ou no trabalho, compreendem os seguintes objetivos: (1) Proporcionar alojamento temporário; (2) Satisfazer as necessidades básicas; (3) Promover a reinserção social, familiar, escolar e profissional; (4) Promover a autonomia pessoal e social. (ISS, I.P, 2014). De acordo com os dados apresentados pela Carta Social, o número de respostas sociais dirigidas às pessoas toxicodependentes têm registado um crescimento importante desde o ano de 2000 (58%), salientando que a Equipa de Intervenção Direta apresentou em 2012 um incremento de 20%, relativamente ao ano anterior, enquanto que a taxa de utilização dos Apartamentos de Reinserção Social tem-se mantido desde 2005 acima dos 85 % (MSESS, 2012).

Uma das mais importantes linhas de ação preconizadas no programa do governo em matéria de toxicodependência é a promoção de programas de emprego, através de uma atuação do Instituto de Emprego e Formação Profissional e através do envolvimento da

comunidade, sobretudo das empresas (Resolução do Conselho de Ministros N.º 136/98). São destinatários do *Programa Vida-Emprego* os toxicodependentes que se encontrem ou tenham terminado processos de tratamento, quer em comunidade terapêutica, quer em regime ambulatorio, incluindo-se igualmente os toxicodependentes em processo de tratamento, no quadro do sistema prisional. Este programa enquanto iniciativa de apoio à contratação de toxicodependentes em processo de inserção, representa uma iniciativa que facilita o acesso dos cidadãos ao mercado de trabalho, com o devido enquadramento e acompanhamento técnico e, não menos importante, “representa também uma estratégia que, por via do incentivo financeiro que cativa o tecido empresarial, oferece aos indivíduos em inserção oportunidade para demonstrarem as suas capacidades efetivas, e inverter, progressivamente, as crenças e a percepção social negativa em torno deste grupo” (SICAD, s.a.).

Na área da saúde, o SICAD e a ARSLVT, IP dispõem de um conjunto de serviços como forma a dar resposta às diferentes necessidades dos toxicodependentes, como os Centros de Respostas Integradas, a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, as Comunidades Terapêuticas Públicas, a Divisão de Intervenção de Comportamentos Aditivos e nas Dependências, as Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento, as Estruturas Privadas, as Unidades de Desabilitação Pública e as Unidades de Alcoologia (SICAD, 2014a).

4. Metodologias de Serviço Social na intervenção com toxicodependentes

A perspetiva teórica, os conceitos que são assumidos para compreender determinada situação condicionam a metodologia a utilizar, embora seja esta a regular e ordenar a atividade científica, propondo orientações e procedimentos que assegurem a realização das ações, mas sempre em correspondência com as matrizes teóricas. “A metodologia integra os pressupostos teóricos que sustentam a visão da realidade mas também as linhas de ação a seguir, os métodos e as técnicas, através dos quais se implementam as ações” (Restrepo, 2003, *citado por* Pena, 2012: 85).

Robertis (2003) afirma que o método centra-se no fazer do assistente social, assumindo como um agente de mudança. A modificação da situação acontece desde o primeiro contato entre o assistente social e o utilizador do serviço num trabalho de cooperação em que o profissional se propõe analisar a situação e acolher as propostas da pessoa (Robertis, 2003, *citado por* Pena, 2012).

A seleção dos métodos do Serviço Social tem a influência dos diferentes contextos em que estão inseridos e que se relaciona com visões, interesses e necessidades ideológicas e sociais prevaletentes em cada momento histórico (Restrepo, 2003, *citado por* Pena, 2012).

Uma das principais preocupações dos profissionais de Serviço Social passa pela seleção do modelo a aplicar na prática profissional, e para Caparrós (1992) essa aplicação faz-se consoante determinadas variáveis⁴. Efetivamente, se o papel das teorias no Serviço Social “é o de orientar, procurar e construir conhecimentos conduzidos, crítica e reflexivamente, não se esgota neste domínio e constitui-se como pedra de toque da construção da identidade profissional, entendida como a busca de uma racionalidade crítica e reflexiva que permita a construção epistemológica do que lhe é próprio e específico” (Restrepo, 2003: 21-45).

Neste contexto, um dos modelos que se tem aplicado nos últimos anos no Serviço Social tem sido o *Modelo Sistémico* (Viscarret, 2007), trata-se de um modelo de intervenção que permite que diferentes métodos práticos possam ser integrados dentro deste. Pincus e Minahan (1973) desenvolveram a intervenção social sistémica, baseando-se na teoria geral dos sistemas, partindo do princípio que as pessoas para realizarem os seus projectos de vida e superarem as dificuldades dependem dos apoios prestados pelos sistemas sociais existentes no seu contexto envolvente. Para estes autores existem três sistemas básicos: “1) os sistemas informais ou naturais (família, amigos, vizinhos, etc.); 2) os sistemas formais (organizações, grupos comunitários, associações, etc.); 3) os sistemas sociais (escola, hospitais, etc)” (Pincus e Minahan, 1973, citado por Viscarret, 2007:272). Estes autores afirmam ainda que “o Serviço Social ocupa-se da interação entre as pessoas e o seu contexto social envolvente, que exerce influência sobre a capacidade das pessoas realizarem as suas tarefas vitais, de modo a diminuir o seu sofrimento e mal-estar, e realizar os seus projectos de vida” (Pincus e Minahan, 1973, citado por Viscarret, 2007:275). Deste modo, o Modelo Sistémico no Serviço Social “é um modelo de intervenção em que o assistente social tenta promover a mudança, de uma forma integradora e circular, onde é envolvida toda a componente socioeconómica, psicológica, cultural, familiar e interpessoal do cliente” (Núncio, 2010: 132).

A perspectiva *Ecossistémica* para o Serviço Social surge do modelo de intervenção proposto com Germain e Gitterman (1980), derivada do pensamento sistémico e traz novas contribuições para o estudo do indivíduo, dos sistemas a que pertence e dos fatores ambientais. A ecologia tenta compreender as relações recíprocas existentes entre os

⁴ i) O tipo de problema; ii) O conteúdo conceptual utilizado; iii) A natureza da intervenção (objetivos, princípios de ação, métodos e técnicas); iv) A natureza dos meios ou marcos institucionais onde se desenvolve o modelo; v) A visão do estatuto e funções da profissão apresentada pelo modelo; vi) Valores e ética subjacentes ao modelo; vii) Conceção do indivíduo; viii) A natureza da relação entre assistente social e o utilizador do serviço (Caparrós, 1992, citado por Pena, 2012: 88).

indivíduos e os contextos, “assim, centra-se no conceito de transação entre os indivíduos e o seu meio físico e social, e entre os próprios indivíduos, os grupos e as instituições” (Viscarret, 2007:288). As pessoas juntamente com o seu meio formam um ecossistema, em que ao mesmo tempo, as pessoas o modificam para ajustar as suas necessidades físicas e psicológicas, adaptando-se também às mudanças que este produz, “é nas interações complexas entre as pessoas e o meio, que emergem transtornos e problemas” (Viscarret, 2007: 288). A *Teoria Ecológica* de Bronfenbrenner (1979) para a compreensão das dinâmicas sociais, vem mostrar a importância das interações com os outros indivíduos e com os vários sistemas com que o indivíduo interage no decurso da sua vida. Para esta perspectiva “os indivíduos estão envolvidos num processo de desenvolvimento constante e dinâmico, o qual faz com que estes tenham de atravessar diversos contextos. Por essa razão, os indivíduos participam e alteram o dito acontecimento contextual, mas também são agentes de mudança, e desde modo, reestruturam esses mesmos contextos” (Azevedo e Maia, 2006:82).

O *Modelo Psicossocial* é um modelo que, à face de outros modelos, se destina a orientar a intervenção social de acordo com objetivos específicos, não se centrando exclusivamente na pessoa em si, mas em todo o contexto social que o rodeia, como a família, o trabalho, a escola, entre outros. Neste modelo interessa ao assistente social não só o problema do cliente, mas ter a perceção de como o cliente o está a viver (Silva, 2001). É nesta fase que se formula um primeiro diagnóstico, constituindo um dos fatores mais importantes para toda a identificação e compreensão do problema. Só percebendo as causas dos problemas é que o assistente social pode agir para mudar a situação. É o início da relação entre o assistente social e o cliente (Ranquet, 1996).

Embora o percurso do dependente comece no primeiro consumo, a verdadeira compreensão só será possível, segundo Brito e Esteves (2001), se examinarmos situações que por vezes surgem, muito antes. A problemática da toxicod dependência pode ser entendida de acordo com variadas abordagens (Nowlis; Teixeira; Morel, Hervé, Fontaine; Brito, Esteves; Angel, Richard, Valleur; Relvas; Agra).

- Na *abordagem Biológica*, acredita-se que os opiáceos surtem efeitos significativos sobre o sistema de neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos (Teixeira, 1998). A compreensão dos mecanismos neurobiológicos da toxicod dependência permite compreender o interesse de estratégias terapêuticas implementadas no tratamento da dependência e na prevenção de recaídas (Angel, Richard e Valleur, 2002).

- No *Modelo Cognitivo*, o consumo de droga seria a “auto-medicação” para a ansiedade ou depressão decorrentes dos afetos despertados. Este modelo assenta na

reestruturação cognitiva e perspectiva-se no desenvolvimento do autocontrole. A abordagem terapêutica consiste em restringir o campo do impulso enfraquecendo as crenças que alimentam o indivíduo, mostrando, dessa forma, diferentes formas de controlar e modificar o seu comportamento (Morel *et al*, 1998).

- O *Modelo Psicossocial* tem a perspectiva que a utilização da droga é um comportamento que persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. A este modelo está subjacente a dinâmica interativa sujeito/contexto. A influência que este exerce através da família ou dos grupos de pares no indivíduo, levam a que as ações apontadas sejam no sentido da prevenção e sempre numa perspectiva sistêmica, em que as ações a tomar não são direta e especificamente relacionadas com a substância consumida (Nowlis, 1975, *citado por* Dias, 1980).

- O *Modelo Biopsicossocial* descreve a toxicod dependência como uma perturbação causada por vários fatores, ou seja, a toxicod dependência tem sido definida como um fenómeno multifatorial como, componentes genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos (Torres, 2003). Agra (1994), dentro desta perspectiva, teoriza três elementos fundamentais no uso de qualquer droga: 1) a substância; 2) o indivíduo que a utiliza; e 3) contexto social ou cultural em que a utilização se insere.

- O *Modelo Sociocultural* valoriza as substâncias não pelas suas propriedades farmacológicas, mas pela forma como a sociedade define o seu uso e os seus utilizadores. Assim, a utilização da droga, é um comportamento desviante de acordo com o normativo social que varia necessariamente de cultura para cultura (Nowlis, 1975, *citado por* Dias, 1980).

- Na *abordagem sistêmica*, a toxicod dependência é concebida como o produto de uma perturbação do meio ambiente, que afeta o indivíduo. A partir desta abordagem é possível referenciar diferentes tipos de famílias segundo as modalidades das suas comunicações internas (Relvas, 1998).

Para além destes princípios, considera-se o *empowerment* um conceito fundamental do modelo de intervenção no âmbito do consumo de substâncias psicoativas. Este é entendido como um processo de mudança desejável no sentido de reforço da autonomia para a resolução de problemas, permitindo promover a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo.

Após a extinção do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, e com a criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, veio reforçar a

componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Dentro das suas áreas de intervenção, Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento, Reinserção e Dissuasão, são definidos os modelos que contemplam cada área:

A prevenção, no âmbito do setor da saúde, de acordo com as *Linhas Orientadoras para a Intervenção Social* do SICAD, enquadra-se no modelo que preconiza os cuidados e abordagem aos indivíduos. “Foca-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva” (Albee, 1996, *citado por* SICAD, 2009). No SICAD não existe um modelo de intervenção único, aplicável a todas as situações de consumidores de substâncias psicoativas em processo de reinserção, qualquer modelo a desenhar terá de ser adaptado às características específicas dos contextos de intervenção e dos utentes em questão (Andréas, 2003, *citado por* SICAD, 2013b). A sustentabilidade da intervenção e dos percursos de inserção decorrem de uma abordagem sistémica e multidimensional, onde se estabelecem e desenvolvem parcerias com os sistemas sociais, numa lógica de intervenção em rede, e de desenvolvimento local, onde a família tem um papel fundamental (SICAD, 2009). O Modelo de Prevenção proposto pelo SICAD segue os seguintes passos:

a) Colocar o utente no centro da atenção “garantindo e zelando pelo exercício pleno dos direitos e deveres de cidadania, elementares em todos os percursos de autonomização, no respeito pela dignidade e liberdade de escolha dos utentes, configura um princípio ético por que devemos pautar toda a atuação” (SICAD, 2009: 8); b) Avaliar as necessidades multidimensionais específicas do utente⁵, elaborando o diagnóstico social e a inventariação das necessidades multidimensionais do mesmo; c) Estabelecer uma relação significativa com o utente, através do empenho do técnico nas aquisições dos utentes, contribuem para o estabelecimento de uma relação de confiança; d) Negociação e Contratualização do Plano Individual de Inserção, representa uma estratégia de comprometimento e implicação do utente, assim como dos técnicos e instituições envolvidas, onde subjaz uma componente pedagógica e organizadora para o utente; e) Intervir numa lógica de resposta integrada, em equipa e articulação interinstitucional e intra-institucional; f) Assegurar o acompanhamento sistemático e continuado do utente no processo de autonomização e de inserção “o

⁵ Este processo será mais sustentável quanto mais se implicar o utente na avaliação das suas necessidades, permitindo o desenvolvimento de um Plano Individual de Inserção realista, em que o utente se reveja e se responsabilize na sua prossecução.

acompanhamento do percurso de inserção passa também pelo apoio na aquisição e desenvolvimento de ferramentas de valorização e competências pessoais, sociais e profissionais, que esbatam o sentimento de insegurança e promovam um comportamento e atitude adequadas, de progressiva confiança em si e nos outros, e de *empowerment*” (SICAD, 2009: 11).

A intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos consiste em promover a mudança do comportamento dos consumidores de substâncias psicoativas, a fim de diminuir os riscos nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir a abstinência (SICAD, 2013b). O modelo de intervenção, que implica frequentemente trabalhar com pessoas com comportamentos aditivos e dependências com muitos problemas psicossociais e enfrentar contextos problemáticos e situações imprevisíveis, deve orientar-se por princípios como: a) *Abordagem holística*; que considera a existência de variáveis de ordem individual e contextual que são mediadoras das mudanças de crenças, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de substâncias, e que “importa ter em consideração na definição da melhor estratégia de atuação com cada pessoa com comportamentos aditivos e dependência com vista a sensibilizá-la para a eliminação de comportamentos de riscos e adoção de comportamentos de proteção” (SIACD, 2013b: 26). b) *Abordagem de proximidade*; permite intervir junto de populações específicas de consumidores de substâncias psicoativas que não sejam efetivamente abrangidos pelos serviços convencionais; c) *Gradualismo*; esta técnica propicia acompanhamento e orientação na mudança e prepara esse processo de mudança adequado às condições da pessoa, promovendo uma avaliação rigorosa, a definição de estratégias específicas e concretizáveis, o compromisso e favorecendo melhores expectativas de auto-eficácia; d) *Autonomia*; dentro de uma questão ética – liberdade de escolha e dignidade da pessoa – e técnica – as pessoas mudam apenas o que querem mudar. e) *Enraizamento na comunidade*; considerar aspetos comunitários mais próximos – normas sociais e comportamentais entre os consumidores, natureza e estrutura das relações sociais na rede de consumidores, contexto social e físico imediato na qual as substâncias psicoativas são consumidas, vizinhança local e contexto no qual os consumidores vivem no quotidiano. f) *Cidadania*; reconhecer o consumidor como um todo, o que implica reconhecer-lhe uma dignidade, uma humanidade enquanto indivíduo desenvolvendo assim uma consciência de cidadania. g) *Diálogo*; valorizar a importância da comunicação pressupondo a escuta, a reflexão e a intervenção, “abrindo um espaço onde se podem colocar questões” (SICAD, 2013b: 28). h) *Relação*; privilegiar o estabelecimento de relações sociais próximas e a construção de bases de confiança e respeito mútuas. i) *Negociação*; constituir modelos de

negociação como processo essencial para chegar a uma intervenção que seja satisfatória e exequível para todas as partes envolvidas (técnicos, grupo-alvo, traficantes, população em geral, promotores de eventos, parceiros, entre outros). j) *Mudança*; promover a alteração de comportamentos de risco e hábitos de consumo considerando aspetos como a empatia enquanto determinante para fomentar a motivação e a mudança; k) *Acessibilidade aos Serviços de Saúde e Sociais*; promover a aproximação e o acesso do indivíduo aos serviços de saúde e sociais disponíveis, fornecendo informação sobre alternativas existentes, estabelecendo e promovendo uma articulação concertada de forma a facilitar o relacionamento do indivíduo com estes serviços (SICAD, 2013b).

O *Modelo de Tratamento Integrado*, apresentado pelo SICAD, é assente numa abordagem biopsicossocial que constitui o principal eixo da abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e dependências, em que os diferentes recursos terapêuticos se integram e articulam em momentos simultâneos ou sucessivos de acordo com o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico. Assim, o início do processo de tratamento pode ocorrer:

- Através dos Cuidados de Saúde Primários – Unidades Funcionais: têm como objetivo a avaliação, diagnóstico precoce dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente do seu nível de gravidade. “A partir deste diagnóstico, em termos de intervenção, está prevista a possibilidade de realização de Intervenções Breves quando o nível de risco avaliado é baixo. Quando é detetada situação de maior gravidade (consumo de risco, consumo nocivo, dependência), destas consultas deverá resultar referenciação através do Médico de Família, para cuidados de saúde especializados no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências” (SICAD, 2011: 17).

-Através dos Cuidados de Saúde Especializados no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências: a intervenção em unidades especializadas, resultante de referenciação ou de iniciativa do próprio, determina uma avaliação inicial por médico/psiquiatra⁶.

Na área de missão da reinserção, o SICAD institui o Modelo de Intervenção em Reinserção que contempla as várias dimensões da vida do utente, a nível individual e familiar, e a dimensão sistemas sociais. Todo o processo de recuperação/reinserção deve, sempre que

⁶ Frequentemente avaliações na área da psicologia, serviço social e enfermagem são igualmente importantes e requeridas. Esta resposta constitui o núcleo da intervenção terapêutica integrada: estabelecida a relação com um técnico de referência, realiza-se o acompanhamento regular do utente o qual se prolongará de forma a assegurar a consistência dos ganhos terapêuticos e a reaquisição das capacidades e competências para o funcionamento psicológico e social adequado.

possível, incluir a família, pois a necessidade de uma reestruturação e/ou (re)organização familiar constitui, por vezes, um elemento fortificador da evolução do processo de inserção. “A família deverá estar presente e participar, desde o primeiro momento, de forma a que todos consigam adaptar-se à nova realidade, não basta intervir com o indivíduo, é fundamental que o sistema familiar acompanhe as mudanças em curso e que ele próprio se disponha a mudar e saiba como fazê-lo” (SICAD, 2009: 13).

Na abordagem familiar sistémica, “os objetivos devem passar por ajudar os membros a estarem mais atentos a si próprios, dar apoio e suporte à separação e afastamento emocional, reforçar a importância que o processo de recuperação implica, desmontando em conjunto a forma como os comportamentos e pensamentos entre os indivíduos mantêm a patologia do sistema” (SICAD, 2009: 14). Devem ser sugeridos apoios externos à família, o reforço dos laços de vizinhança, o incentivo à participação em actividades na comunidade, nomeadamente os grupos de auto-ajuda, “todo o processo de recuperação/reinserção deve reforçar o sentido de identidade pessoal e da família, promovendo mudanças nas rotinas da vida diária e capacitando a mesma para a resolução dos problemas” (SICAD, 2009: 14).

Assente nos princípios da deteção e intervenção precoce, a dissuasão atua no sentido da aproximação dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas aos sistemas de saúde. O *Modelo de Intervenção em Dissuasão* segue três fases, a *Fase I – Avaliação do indiciado*, onde é feita a entrevista semiestruturada e recolha da anamnese; a avaliação da motivação, onde o técnico avalia a motivação do indiciado para a mudança de comportamentos e eventual tratamento, permitindo desta forma definir intervenções mais adequadas e eficazes para cada situação; e a avaliação do risco do consumo. A *Fase II – Intervenção motivacional adequada às necessidades dos indiciados*, pretende-se adequar o tipo de intervenção aos três níveis de risco identificáveis, que pode ser baixo, moderado ou elevado, devendo esta avaliação ser sustentada, sempre que possível e necessário, no questionário ASSIST⁷ determinado assim, o nível de intervenção. A *Fase III – Avaliação e follow-up*, é feita a avaliação dos efeitos das intervenções, nomeadamente no que respeita à motivação para a mudança de comportamentos e para a adesão aos encaminhamentos propostos, contribui para uma análise mais rigorosa da

⁷ (The Alcohol, Smoking and Substance Involment Screening Test – Henry-Edwards et al., 2003) é um questionário de aplicação rápida (cerca de 10 m) com oito questões que contemplam um grupo de 10 substâncias principais (tabaco, álcool, cannabis, cocaína, anfetaminas do tipo estimulantes incluindo ecstasy, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinogénios, opiáceos, outras substâncias), em que os resultados são apresentados numa escala de risco - baixo, moderado, elevado - que determina por sua vez o nível de intervenção - sinalização/referenciação, intervenção breve, tratamento - correspondendo desta forma ao que se pretende em termos de avaliação dos consumos dos indiciados por parte de uma equipa técnica.

sustentabilidade das intervenções ao nível da dissuasão dos consumos e dos ganhos em saúde (SICAD, 2013b).

Embora o SICAD não tenha responsabilidade direta sobre os serviços de intervenção local, é também para eles que esta instituição desenvolverá instrumentos técnicos normativos e linhas de orientação que garantam e sustentem boas práticas, de forma mais abrangente. No entanto, a componente de operacionalização das intervenções é concentrada no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

5. Limites e constrangimentos colocados à prática do assistente social na intervenção com toxicodependentes

O Serviço Social é considerado uma profissão de desgaste pela exposição diária dos profissionais aos conflitos, dilemas e pedidos de ajuda expressos por indivíduos em situação problema. “As responsabilidades profissionais são cada vez maiores, os limites organizacionais estão a ser reconfigurados, as situações e relações profissionais e humanas com que os profissionais se deparam no seu dia a dia são cada vez de maior complexidade” (Adams, Dominelli e Payne, 2005, *citado por* Carrera, 2011: 22).

Iamamoto (2001) coloca os compromissos da profissão de Serviço Social num nível político, remetendo para aspetos como a cidadania, a democracia, a liberdade ou a equidade. Segundo a autora, estes compromissos permanecem estabilizados na profissão, mesmo num contexto de fortes mutações sociais, económicas e políticas. Assim, quando se refere aos desafios contemporaneamente colocados à formação em Serviço Social aponta,

o seu enraizamento na história contemporânea, de modo a que qualifique o desempenho do assistente social e torne possível a atualização e a adequação do projeto ético-político do Serviço Social aos novos tempos, sem abrir mão de seus compromissos com a construção da cidadania, a defesa da esfera pública, o cultivo da democracia, parceira da equidade e da liberdade (Iamamoto, 2001, *citado por* Amaro, 2012: 11).

Amaro (2012), verifica a este nível uma tensão emergente entre o agente-destinatários, que inclui todas as populações alvo da intervenção do assistente social, e o agente-instituição que engloba as entidades patronais e organizacionais que enquadram laboralmente a figura do assistente social. Dominelli (2004) coloca esta questão em termos de um conflito de lealdade presente entre os profissionais que, muitas vezes, quando se veem confrontados com uma escolha entre a manutenção dos seus postos de trabalho e o apoio e defesa dos interesses dos destinatários, acabam por ficar paralisados, sem saber que opção tomar (Dominelli, 2004, *citado por* Amaro, 2012).

A prática do Serviço Social neste campo é feita através de ações que promovam a equidade e a justiça social, pressionando as instituições na melhoria do acesso aos cuidados assistenciais e no reconhecimento dos direitos de uma população *disempowered* (Barbosa, 2011). A ausência de recursos à prática do assistente social com toxicodependentes, por falta de apoios sociais, é um fenómeno cada vez mais preocupante, a Associação de Profissionais de Serviço Social no relatório de 2012 sobre as medidas de austeridade agravadas, considera que a incapacidade para inverter esta tendência representa custos incalculáveis e irreversíveis em termos de sofrimento humano, que se repercutirão por muitos anos. “O(a)s assistentes sociais, nas organizações públicas, do poder local e central e do setor solidário, têm-se confrontado e assistido, quotidianamente, no seu contexto profissional, a um aumento do desespero das famílias e do sofrimento humano de tanto(a)s cidadãos e cidadãs devido à situação de agravamento socioeconómico” (APSS, 2012: 2). A mesma associação vem salientar que estes profissionais têm assumido um papel ativo e preponderante na resposta à luta contra a pobreza, as desigualdades sociais e a exclusão social, assim como na promoção de igualdade de oportunidades, renovando o seu compromisso empenhado na promoção do bem estar, da justiça social e defesa dos direitos humanos (APSS, 2012). A crise económica que a Europa atravessa acaba por afetar, diretamente, os apoios sociais relacionados com a droga e com o apoio ao toxicodependente. Entre elas, podem incluir-se um crescimento económico negativo, o aumento das taxas de desemprego, sobretudo entre os jovens, e os cortes na despesa pública.

Os orçamentos disponíveis para a saúde, a ordem pública e as medidas de segurança podem ser afetados, sendo precisamente nesses setores que tem origem a maior parte da despesa pública relacionada com a droga. Atualmente, o alcance das medidas de consolidação orçamental ou de austeridade, bem como o impacto das mesmas, parecem diferir consideravelmente entre os países europeus (EMCDDA, 2013: 65).

Os padrões de consumo de droga em países com rendimentos médios ou baixos estão a mudar, o que também poderá vir a influenciar os problemas de droga europeus no futuro (EMCDDA, 2013).

No entanto, os desafios e as frustrações ao trabalhar com pessoas dependentes de substâncias ilícitas são compensados pelos benefícios de ver as pessoas recuperarem a sua autoestima e o controlo pessoal perdidos pelo consumo, numa etapa em que começam a mudar o uso problemático do consumo de substâncias (Galvani, 2001, *citado por* Davies, 2008).

No sentido de combater os constantes desafios colocados à prática do assistente social, é de relevante importância a continuação da investigação em Serviço Social, pois nasce da necessidade não só de explicar e compreender os problemas sociais, mas de intervir e agir sobre eles. “A investigação em Serviço Social contribui para a construção de um saber crítico que integra as dimensões do saber/fazer, saber/ser e saber/estar” (Ferreira, 2001:56). O mesmo autor salienta que a convergência entre a prática e a formação teórica, na busca de análises para situações concretas, não podem continuar a ocorrer na base de uma avaliação de carácter exclusivamente prático, defende então, a necessidade de submetê-lo ao exercício da pesquisa e da investigação (Ferreira, 2001).

Noutro plano, torna-se importante o debate teórico sobre as grandes áreas de concentração da pesquisa e das suas relações conceituais, “um debate contextualizado na fase atual de desenvolvimento académico do Serviço Social em Portugal, nos traços identitários da profissão e do lugar que neles ocupam a pesquisa e, também, na pluralidade possível dos projectos profissionais do Serviço Social no nosso país” (Branco, 2008: 61). Este mesmo autor acredita que é particularmente relevante a questão da difusão e socialização da investigação em Serviço Social, “para o que se torna necessário a adoção de estratégias e plataformas ajustadas às tendências observadas neste domínio particular” (Branco, 2008: 61).

CAPÍTULO II

Metodologia de Pesquisa

Neste segundo capítulo pretende-se apresentar a metodologia utilizada, através da caracterização do campo empírico, o universo e amostra deste estudo e as técnicas utilizadas na recolha e tratamento de dados.

1. Campo Empírico

Relativamente às instituições contactadas no sentido de obter dados empíricos, foram escolhidas as Unidades de Intervenção Local, onde atua o assistente social e os seus respetivos coordenadores de equipa no âmbito da toxicodependência, do núcleo do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências no concelho de Lisboa e das Unidades de Intervenção da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo.

O diploma orgânico do SICAD, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, concretiza uma inovação, assente na opção de reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências, conferindo ao SICAD competências eminentemente técnico normativas no que respeita à intervenção, ao planeamento e avaliação. Por sua vez, a componente de operacionalização das intervenções é concentrada no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (ARSLVT, s.a.).

A escolha das Unidades de Intervenção do SICAD e da ARSLVT deveu-se ao facto destas se constituírem como entidades que garantem a sustentabilidade das políticas e intervenções, no âmbito das substâncias psicoativas, comportamentos aditivos e dependências, com o reconhecimento nacional e internacional.

As Unidades de Intervenção Local são unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção responsáveis, dentro do seu âmbito territorial, e de forma articulada, pelas áreas de intervenção da Prevenção, da Redução de Riscos e Minimização de Danos, do Tratamento, e da Reinserção de utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, de acordo com as orientações da equipa de coordenação regional (ARSLVT, s.a.).

2. Universo e Amostra

O universo do estudo recaiu nas Unidades de Intervenção Local do SICAD e da ARSLVT, IP onde são contabilizadas um total de 18 unidades pertencentes ao SICAD e 8 à ARSLVT no concelho de Lisboa.

Relativamente às Unidades de Intervenção Local do SICAD, as *Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência* são serviços responsáveis por receber os casos enviados pelas autoridades policiais, avaliar a situação de cada consumidor e decidir a forma mais adequada de intervir em situações de consumo. No distrito existe apenas uma comissão, designada por Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência de Lisboa. As *Equipas de Tratamento*, de forma geral, disponibilizam uma ou mais intervenções estruturadas destinadas a lidar com os problemas de saúde e outros, que resultam dos comportamentos aditivos e dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social. Atualmente em Lisboa existem a Equipa Técnica Especializada de Tratamento da Parede, Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Loures – Extensão da Póvoa de Santo Adrião e Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Xabregas. Relativamente às *Estruturas Privadas*, o distrito de Lisboa conta com a Associação Dianova de Portugal - Cura Reabilitação de Toxicómanos, Associação Luís Pereira da Mota, Associação para o Tratamento das Toxicodependências/Farol, Associação Sol Nascente - Recuperação de Toxicodependentes, Comunidade Vida e Paz, CRETA - Centro de Recuperação para Toxicodependentes e Alcoólicos, Unipessoal, Lda., Desafio Jovem (Teen Challenge) Portugal, Fundação Portuguesa para o Estudo Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (SICAD, 2014a).

Em relação às Unidades de Intervenção Local da ARSLVT, IP, os *Centros de Respostas Integradas*, aos quais compete executar os programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a utentes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, bem como à sua referenciação. O distrito de Lisboa conta com o Centro Integrado das Taipas e CRI Lisboa Oriental. As *Unidades de Desabilitação Pública* são unidades de internamentos programados de curta duração (7 a 10 dias, podendo ir até 20 dias em situações de comorbilidade), onde através de uma abordagem psicofarmacológica, de apoio psicoterapêutico e educação para a saúde, se promove o tratamento do síndrome de privação em utentes que não dispõem de condições individuais ou sociais para o fazer em regime ambulatório, como a Unidade de Desabilitação – Centro das Taipas em Lisboa. As *Comunidades Terapêuticas* são Unidades Especializadas de Tratamento Residencial de longa duração, em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar à reorganização do mundo interno dos

toxicodependentes, e a perspetivar o seu futuro. Em Lisboa, os utentes contam com a Comunidade Terapêutica do Restelo (SICAD, 2014a).

Considerando que o método de amostragem compreende “(...) o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada (...)” (Fortin, 1996:15). A amostra que seleccionámos para este estudo, obedece a critérios de um tipo de amostragem não probabilística que, segundo Fortin (2009) “contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra” (Fortin, 2009:31). Desta forma, o método de amostragem utilizado foi o não probabilístico por conveniência, pois esta amostra é formada por sujeitos facilmente acessíveis, estando presentes num determinado local no momento da colheita de dados (Fortin, 1996). Assim sendo, a amostra recaiu sobre as unidades de intervenção local do SICAD e da ARSLVT que aceitaram participar neste estudo. Foram objeto de estudo sete pessoas, quatro assistentes sociais e três coordenadores de equipa de quatro Unidades distintas:

a) Unidades de Intervenção do SICAD:

- Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência;
- Associação Ares do Pinhal (Gabinete de Apoio Fixo).

b) Unidades de Intervenção da ARSLVT, IP:

- Centro de Respostas Integradas e Unidade de Desabitação - Centro Integrado das Taipas;
- Equipa de Tratamento - Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Xabregas.

3. Técnicas de recolha e tratamento de dados

O método a utilizar para as questões a investigar nesta dissertação é o qualitativo que, segundo Fortin (2009) “o investigador não se coloca como perito, dado que é de uma nova relação sujeito-objeto que se trata. O sujeito produtor de conhecimentos está ligado ao objeto, e o objeto igualmente a um sujeito humano, é dotado de um saber e de uma experiência que se reconhece” (Fortin, 2009: 148). Em investigação qualitativa os objetivos principais são “descrever um problema ainda mal conhecido e defini-lo, isto é, explorar em profundidade um conceito que leva à descrição de uma experiência ou à atribuição de uma significação a esta mesma experiência” (Fortin, 2009: 209). “O método qualitativo tem habilidade de olhar para

a mudança de processos, através do tempo, compreender e dar valor, ao entendimento das pessoas, através do seu pensamento e ações” (McLaughlin, 2008:13).

A abordagem indutiva parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior ao trabalho da recolha de dados particulares. O raciocínio indutivo procura essa generalização a partir da observação de casos concretos suficientemente confirmados dessa realidade. A “indução é um processo mental, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal. O objetivo dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas que se basearam” (Lakatos e Marconi, 2003: 86).

A aplicação do método indutivo esteve subjacente à intencionalidade de investigar-se um caso particular da realidade social, para a obtenção de uma conclusão geral. Na realidade, o conhecimento geral do que pesquisámos fundamentou-se nas práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes, pois o que se considerou fulcral foi estudar o fenómeno a partir da realidade concreta, o que culminou em constatações particulares, até generalizações finais.

De forma a conseguir o conhecimento das experiências de percursos das práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes, iniciou-se o estudo com a Revisão de Literatura, que consiste segundo Fortin (1996), em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decurso desta revisão “o investigador aprecia, em cada um dos documentos examinados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos” (Fortin, 1996: 74). Foram analisadas fontes primárias como monografias de conteúdo original e artigos de investigação publicados nos periódicos científicos, fontes secundárias como bases de dados e índices de periódicos, e ainda, através da World Wide Web (www) que permitiram a recolha de informação e definição do quadro teórico de base, possibilitando uma melhor compreensão dos conceitos subjacentes às práticas do assistente social com toxicodependentes em contexto institucional.

Neste estudo recorreu-se à análise documental, que segundo Bardin (2004) “visa representar o conteúdo de um documento de uma forma diferente da original a fim de, num estágio ulterior, facilitar a sua consulta e diferenciação” (Bardin, 2004: 38).

Os instrumentos metodológicos são adequados às referências teóricas da investigação sendo que a técnica de recolha de dados deve ser sempre adaptada ao tipo de dados a investigar (Gauthier, 2003). A técnica da entrevista é definida “como uma interação, uma conversação, implica igualmente, da parte do investigador, uma atitude de escuta atenta e de

recetividade em relação à mensagem reformulada” (Daunais, 1992, *citado por*, Gauthier, 2003: 280).

A entrevista semi-estruturada consiste numa interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo (Savoie-Zajc, 1996, *citado por* Gauthier, 2003: 282).

Savoie-Zajc (1996) definiu como objetivos da entrevista semi-estruturada “tornar explícitos os contextos e realidades das pessoas participantes no estudo; a compreensão do seu mundo; ajudar a apreender, organizar e a estruturar o pensamento do interlocutor entrevistado; permitir um aprofundamento, uma reflexão, uma tomada de consciência e transformação das pessoas envolvidas (tanto do investigador, como do respondente)” (Savoie-Zajc, 1996, *citado por* Gauthier, 2003: 284).

A entrevista semi-estruturada foi considerada a técnica de recolha de dados que mais se adequou ao tipo de dados a recolher, tendo como base um inquérito com perguntas pré-estabelecidas, abertas e simples, composto por um guião⁸ previamente estruturado. Esta técnica foi utilizada com os assistentes sociais e com os respectivos coordenadores de equipa.

Para a realização das entrevistas foi feito o termo de consentimento informado⁹ às entidades representadas neste projeto, autorizado pelos assistentes sociais e coordenadores de equipa a serem entrevistados, cuja experiência e prática profissional, permitiria aprofundar o conhecimento sobre o estudo. Esta recolha de dados teve como princípio orientador as normas institucionais e ético deontológicas para a realização de trabalhos de pesquisa, nomeadamente “não invadir os direitos das pessoas que participam nas investigações e não afetar o seu bem estar” (Gauthier, 2003: 234).

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas de áudio para linguagem escrita, e de seguida, analisados e categorizados os dados recolhidos de modo a organizá-los, construindo uma grelha de análise, com dimensões de análise diferenciadas consoante o que se pretendeu aferir e que orientaram a descrição dos dados (Guerra, 2006).

Para a análise de dados das entrevistas efetuadas, a técnica de tratamento de dados a ser utilizada é a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2004) é “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de

⁸ Ver anexo B e C

⁹ Ver anexo A

descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 2004:42).

Considerando que este é um estudo qualitativo, as orientações prenderam-se aos objetivos da pesquisa. Após a análise dos resultados, cruzou-se os dados empíricos, com a matriz teórica, onde assenta esta investigação.

CAPITULO III

1. Análise e Interpretação dos dados

Neste capítulo, procede-se à análise e interpretação dos dados, à luz dos referenciais teóricos. Como tal, efetua-se através de uma análise às práticas profissionais do assistente social com toxicodependentes, de forma a responder aos objetivos específicos delineados para este estudo. Assim sendo, procede-se à recolha de informação correspondente às metodologias de intervenção do Serviço Social com toxicodependentes nos diferentes contextos institucionais, identifica-se os constrangimentos e limites colocados ao assistente social, pela instituição, na intervenção com toxicodependentes, e ainda, complementa-se com a análise e interpretação do modo como o contexto institucional influencia o modelo de intervenção utilizado pelos assistentes sociais com toxicodependentes.

Relativamente aos anos de experiência com toxicodependentes, os assistentes sociais submetidos às entrevistas variam entre os 17 e 18 anos de experiência com esta população, já os coordenadores de equipa compreendem uma experiência que varia entre os 18 e os 28 anos.

De acordo com a recolha de dados, os assistentes sociais apresentam uma diversidade de práticas institucionais identificadas no trabalho com toxicodependentes, começando com a *Entrevista/Diagnóstico*, que se constitui um instrumento de trabalho do assistente social pelas requisições e atribuições assumidas desde os primórdios da profissão.

Mary Richmond (1950), em *Diagnóstico Social*, referia que através da entrevista o assistente social fazia o diagnóstico social. Referia-se, naquela época, à entrevista inicial como uma conversa inicial. Considerava-a um procedimento difícil, por entender que era naquele encontro que se estabeleciam as bases do “entendimento mútuo” e da obtenção dos fios que orientariam o trabalho até alcançar a avaliação. Recomendava a autora que, na primeira entrevista, fossem observados os seus objetivos e lembrava que, naquele momento, a assistente social deveria ser “delicada”, “paciente”, e escutar largamente o “necessitado” (Lewgoy, 2007: 235).

Dos quatro assistentes sociais entrevistados, é utilizada a entrevista para fazer o acolhimento ao utente, “(...) o utente chega aqui a pedir ajuda, nós fazemos o seu acolhimento, que acaba por ser a entrevista em Serviço Social (...)” (Ent. ASG), onde avaliam o perfil do utente “(...) faço a constatação de ser ou não toxicodependente, da motivação face ao consumo, se quer parar ou não, se já está em tratamento ou não, e ajo de acordo com aquilo que conseguimos na entrevista inicial, tendo em conta a liberdade individual da pessoa” (Ent. ASD). “Agente acompanha o utente de forma privilegiada, é como

se fosse um bocadinho uma entrevista de auto-ajuda, que agente faz o diagnóstico e tenta perceber as potencialidades do que é necessário ajudar o utente (...)” (Ent. AST).

A entrevista é a técnica mais utilizada nos procedimentos de avaliação do comportamento aditivo às drogas, através dela é possível aceder ao motivo da procura de ajuda, à motivação do sujeito no sentido da mudança, e a outros dados mais difíceis de obter a partir de outra técnica ou instrumento. Além disso, a entrevista é uma técnica que facilita o início do estabelecimento da relação terapêutica, imprescindível para o sucesso de qualquer intervenção (Echeburua, 2002, *citado por* Nunes, 2010: 131).

Das instituições contatadas, o trabalho realizado com toxicodependentes integra equipas multidisciplinares que, segundo Loff (1994) é a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, ou seja, o trabalho desenvolvido por cada trabalhador isoladamente é diferente daquele realizado pela equipa, desta forma “ (...) aqui somos todos importantes, a minha opinião é valiosa, a do médico é valiosa como a do enfermeiro é valiosa, nós trabalhamos muito em equipa e é como se deve funcionar, com estes utentes se nós não trabalhássemos em equipa as coisas não funcionavam” (Ent. AST), a importância de trabalharem em equipas multidisciplinares foi constantemente reforçado tanto pelos assistentes sociais entrevistados, como pelos seus coordenadores de equipa “o assistente social aqui é um técnico de uma equipa multidisciplinar com funções iguais a todos, a nossa forma de intervir, a nossa função é igual à do Psicólogo, à nossa colega das Ciências Sociais, no entanto apesar de termos as mesmas funções temos uma matriz de formação que nos dá uma unicidade, uma maneira própria de abordar e atingir o objetivo que é suposto” (Ent. ASD), o facto do desempenho profissional ser exercido em equipas multidisciplinares vem distinguir o papel do assistente social de outros profissionais:

(...)existem técnicos com formações diferentes e com competências específicas, isto também é importante para trabalhar numa equipa multidisciplinar, saber qual o papel do Serviço Social, da Psicologia, da Psiquiatria para que possamos de uma forma integrada dar uma resposta e não nos sobrepormos e a certa altura a assistente social já está a fazer parte da psicologia ou o psicólogo acha muitas vezes que pode fazer parte do serviço social, não! (Ent. CET).

A intervenção do Serviço Social com toxicodependentes passa por diversos níveis nos quais a comunidade apresenta uma vasta rede de parceiros externos à instituição, que servem de suporte à sua intervenção, tais como: Centros de Respostas Integradas, Equipas de Tratamento, Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia, Estruturas Judiciais, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Serviços de apoio à problemática VIH/Sida, Comunidades Terapêuticas, Centros de Acolhimento e Albergues, Direção Geral de Reinserção Social,

Estruturas de Saúde (Hospitais, Centros de Saúde, etc), Gabinetes de Apoio Fixo (Unidades Móveis), Organizações Não-governamentais e Instituições Particulares de Solidariedade Social. A articulação entre instituições foi um facto que demonstrou grande relevância durante as entrevistas, “o assistente social para poder dar uma resposta integrada não se pode cingir a ter apenas um trabalho individualizado com o seu utente, porque há que fazer todo um trabalho de prospeção de recursos, saber o que existe na sociedade, que instituições é que estão na comunidade para poder dar então uma resposta ainda mais integrada a nível do atendimento individualizado (...)” (Ent. CET). Esta relação de parceria é comum às instituições onde decorreram as entrevistas, criando desta forma, relações de confiança e de proximidade entre profissionais e instituições, “(...) estabeleço relações de confiança com outras instituições para o caso de assuntos que não possa, ou não consiga resolver aqui, os outros colegas possam ajudar, estas relações nos tranquilizam sobre os nossos limites e cada vez mais vamos ampliando essa bolsa de parceiros” (Ent. ASD). Esta questão vem em busca de um dos objetivos específicos definidos logo no início deste trabalho, categorizar as metodologias de intervenção do Serviço Social com toxicodependentes nos diferentes contextos institucionais, em que as práticas profissionais dos assistentes sociais apresentadas neste estudo são comuns em todas as instituições, no entanto, estas práticas podem ser mais abrangentes de acordo com o objetivo da instituição. No caso da Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, a técnica da entrevista é mais aprofundada do que nas outras instituições, no sentido de reunir informação geral sobre a(s) substância(s) consumida(s), os padrões de consumo, as vias de administração usadas, a existência de eventuais tentativas prévias de tratamento e a eventual possibilidade de problemas jurídico-legais, pois nesta instituição, ao contrário das outras, o utente não aparece por livre e espontânea vontade, é levado por um(a) agente da autoridade, daí a necessidade de ter um instrumento de avaliação mais complexo como objetivo de encaminhar o utente para a instituição mais adequada às suas necessidades.

Relativamente à análise crítica pedida aos assistentes sociais sobre as práticas profissionais desenvolvidas com toxicodependentes, a sua totalidade afirmou que reconhece uma melhoria nos últimos anos no que diz respeito ao preconceito por parte dos profissionais de Serviço Social, embora encontrem, ocasionalmente, algumas situações de preconceito:

“(...) de uma forma geral a problemática da toxicodependência já vai sendo de alguma forma mais bem aceite pelos profissionais de Serviço Social, antigamente havia um grande desconhecimento em relação à toxicodependência. Depois da lei de 2000 em que a toxicodependência começa a ser encarada como uma doença e os seus delitos são encarados de

forma a serem ser tratados e não punidos, a partir daí penso que tem havido uma maior abertura na atuação de todas as instituições” (Ent. ASG).

Desde a história da droga em Portugal, a medida mais emblemática terá sido a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica e, posteriormente, no Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril que permitiu deixar de se considerar crime o consumo de droga, a aquisição e a posse para consumo próprio (SICAD, 2014b).

No que concerne à especificidade da intervenção do assistente social com toxicodependentes, os autores e bibliografias mencionados variaram de acordo com cada instituição, “(...) *A intervenção em Rede* de Sónia Guadalupe, *Drogas e Comportamentos de Adição: Um manual para estudantes e profissionais de saúde* de Laura Nunes, *A Descriminalização do Consumo*, é uma legislação que serve de suporte ao nosso serviço e é de Jorge Quintas, *A entrevista Motivacional* de Miller, e *As Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão do SICAD*” (Ent. ASD). Paralelamente, há profissionais que apostam nos clássicos de Serviço Social “(...) Cristina de Robertis, a metodologia de trabalho dela está muito bem conseguida, o Ander-Egg, a parte do diagnóstico social que nós trabalhamos muito, aliás é a partir daí que trabalhamos. Nós aqui a nível de modelos utilizamos o *Modelo Integrado*” (Ent. AST). Dependendo das situações que o profissional encontra, assim como o tipo de utente, utiliza diferentes modelos “(...) às vezes acho que uso mais o *Modelo de Intervenção em Crise*, perante as situações pontuais, e o *Modelo de Intervenção em Tarefas* que são aquelas situações pontuais que o utente aparece para resolver. Se uma pessoa aparece aqui mais organizada eu acabo mais por utilizar o *Modelo de Intervenção em Reinserção* ou o *Modelo em Rede*, por isso acho que os modelos têm a ver com as situações em si (...)” (Ent. ASX).

De todas as instituições onde decorreram as entrevistas, seguem os modelos publicados pelo SICAD, como vimos no capítulo anterior, de acordo com a sua área intervenção, como as *As Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão* compreendem três fases, a Fase I – Avaliação do indiciado, a Fase II – Intervenção motivacional adequada às necessidades dos indiciados, e a Fase III – Avaliação e follow-up. O *Modelo de Tratamento Integrado* é assente numa abordagem biopsicossocial constitui o principal eixo da abordagem multidisciplinar dos comportamentos aditivos e dependências, em que os diferentes recursos terapêuticos se integram e articulam em momentos simultâneos

ou sucessivos de acordo com o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico. O *Modelo de Intervenção em Reinserção* tem como objetivos promover a sistematização e harmonização das intervenções em reinserção, melhorar a eficácia e eficiência da intervenção social e garantir a qualidade técnica da intervenção (SICAD, 2013b). Outros modelos utilizados pelos assistentes sociais foram, o *Modelo em Rede* que acaba por ser um complemento para os profissionais no sistema de ajuda ao utente, assim como para o utente no sentido de ser auxiliado. Uma rede, segundo Payne (2002:211) “é um sistema ou padrão de laços entre pontos que têm significados específicos para os envolvidos”. As redes podem ser variáveis, quer em quantidade, quer em qualidade, dependendo dos contatos específicos entre as partes e do valor que lhes é atribuído. A *Teoria da Intervenção em Crise*, bem como a *Teoria Centrada em Tarefas*, contribuem para complementar a intervenção dos profissionais do Serviço Social. De acordo com Payne (2002) a intervenção em crise é uma forma de intervir junto do indivíduo ou de famílias em crise, no sentido de impedir que sucumbam e mergulhem irremediavelmente na degradação total, “é classicamente, uma ação para interromper uma série de acontecimentos que conduzem a uma ruptura no funcionamento normal das pessoas” (Payne, 2002:143). Já o trabalho centrado em tarefas é sobretudo voltado para o desempenho de tarefas práticas, no sentido de solucionar problemas específicos, “focaliza-se, essencialmente, em categorias definidas de problemas” (Payne, 2002:143) O trabalho centrado em tarefas vem incidir nos problemas objetivos do cliente e na sua resolução através de tarefas e a intencionalidade da sua aplicabilidade é de curto prazo. Ambas as teorias visam o mesmo objetivo, ou seja, contribuir para melhorar as competências das pessoas, de modo a que estas desenvolvam capacidades para lidarem com os problemas inerentes à vida.

Ao questionarmos os assistentes sociais sobre os constrangimentos e limites que encontram na sua prática profissional, colocados pela instituição, consideraram que “na nossa instituição nós não temos constrangimentos nem limites. Nunca me foi dito não faças isto, não faças aquilo, ou isto não se pode fazer!” (Ent. ASG), no entanto foram apontados outros limites, externos à instituição, que acabam por influenciar a sua prática profissional com os toxicodependentes “(...) temos muita falta de alguns recursos materiais, como fotocopiadoras, digitalizadores, pois como nós mudamos para a ARS nós perdemos muito, é muito burocrático e demora imenso tempo, para pedir papel higiénico é preciso nem sei quanto tempo...trabalhar sem uma fotocopiadora é muito complicado!” (Ent. AST). No caso de uma IPSS’s “(...)somos um projeto que depende do SICAD (80%) e da Câmara (20%) e devo dizer que nem uma parte nem outra cumprem atempadamente o compromisso que têm

conosco, embora a parte financeira não seja um constrangimento, os nossos equipamentos estão em muito mau estado (...)” (Ent. ASG). Como foi visto anteriormente, a Associação de Profissionais de Serviço Social acredita que a ausência de recursos à prática do Assistente Social, por falta de apoios sociais, é um fenómeno cada vez mais preocupante, e considera que a incapacidade para inverter esta tendência representa custos incalculáveis e irreversíveis em termos de sofrimento humano, que se repercutirão por muitos anos (APSS, 2012). Diferente dos limites materiais e financeiros que foram apresentados, durante uma entrevista foi exposto um limite pessoal “(...) existem pessoas que não consigo estabelecer uma empatia e tenho dificuldade em ser profissional, este limite me constrange bastante e tenho mais dificuldade em intervir (...)” (Ent. ASD), existem limites também da parte técnica, “(...) há sempre constrangimentos com outras entidades, como os hospitais que não entendem o nosso trabalho, mas são coisas pontuais e a nossa obrigação é resolver na hora, isso não pode compatibilizar o nosso trabalho nem o doente pode ser prejudicado por causa disso” (Ent. ASG).

Ao questionarmos as causas subjacentes a estes limites e constrangimentos foram apontados “(...) a Câmara Municipal deveria cumprir atempadamente com os seus compromissos e não cumpre e o SICAD também não! (...) e às vezes as coisas arrastam-se e não deviam. Isto é uma prioridade e deviam cumprir os pagamentos das coisas.” (Ent. ASG). Com a extinção do IDT, IP as unidades de intervenção local foram divididas consoante a sua área de intervenção, no SICAD ficaram as entidades responsáveis pela intervenção, pelo planeamento e pela avaliação. As entidades responsáveis pela operacionalização das intervenções ficaram concentradas no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde, esta mudança veio influenciar o trabalho dos AS no sentido em que “(...) nós quando mudamos para a ARS ficamos aqui do tipo autogestão quase, portanto esses constrangimentos políticos e financeiros fazem com que o nosso trabalho seja mais penoso, mais difícil, pois não é fácil, esta profissão desgasta muito (...) trabalharmos aqui com esta equipa ajuda bastante, caso contrário andávamos todos em burnout.” (Ent. AST). No primeiro capítulo, Amaro (2012) colocou esta questão em termos de um conflito de lealdade presente entre os profissionais que, muitas vezes, quando se veem confrontados com uma escolha entre a manutenção dos seus postos de trabalho e o apoio e defesa dos interesses dos destinatários, acabam por ficar paralisados, sem saber que opção tomar (Dominelli, 2004, citado por Amaro, 2012). A atual crise económica que Portugal atravessa foi apontada como uma causa para os limites e constrangimentos que são encontrados “(...) a situação do país, a falta de dinheiro, os nossos governantes, e estas coisas todas, os técnicos vão ficando insatisfeitos, por

mais que gostemos daquilo que fazemos, um dia vamo-nos ressentir, sem dúvida!” (Ent. ASX).

Quando questionados sobre as estratégias alternativas que utilizam quando ocorrem tais constrangimentos e limites,

Nós, assistentes sociais somos muito criativos, temos de estar sempre atentos às coisas que mudam, há sempre instituições que aparecem de novo, e portanto quando chega um utente com algum tipo de situação que eu não consiga arranjar um recurso que ele pretenda na altura, tenho de ser muito criativa, ligo para aqui, ligo para ali, e há sempre alguém que sabe de alguma coisa (...) (Ent. AST).

A articulação com outras instituições evidencia-se no trabalho diário do assistente social com toxicodependentes,

(...) agarra-se no telefone explica-se a situação e espera-se que o outro lado entenda o que está em causa (...) se houver uma situação que não está a ter resposta, ligamos para o colega de outro lado, explicamos a situação, dizemos que é urgente, esperamos que essa pessoa nos entenda e isso chega, não é preciso fazer uma grande estratégia (Ent. ASG).

A Associação de Profissionais de Serviço Social defende que estes profissionais têm assumido um papel ativo e preponderante na resposta à luta contra a pobreza, as desigualdades sociais e a exclusão social, assim como na promoção de igualdade de oportunidades, renovando o seu compromisso empenhado na promoção do bem estar, da justiça social e defesa dos direitos humanos (APSS, 2012). Entretanto, quando se deparam com os limites materiais “(...) no caso da falta de fotocopiadora, tiro foto com o telemóvel, digitalizo para o computador e imprimo, e isto é a criatividade, se não fosse assim eu tinha de ficar parada” (Ent. AST). A mesma associação, expressa assim “a sua profunda incompreensão face à continuidade e ao agravamento das políticas baseadas numa austeridade ainda mais gravosa, apelando à urgência de uma ação governativa orientada por um investimento social centrado na pessoa humana” (APSS, 2012:12). Estas últimas questões vêm de acordo com o objetivo específico, identificar os constrangimentos e limites colocados ao assistente social, pela instituição, na intervenção com toxicodependentes, e neste sentido notamos que nenhuma instituição entrevistada coloca qualquer limite ou constrangimento ao profissional de Serviço Social. No entanto, os limites e constrangimentos existem, embora colocados por organismos superiores, apesar disso os assistentes sociais, até ao momento, conseguiram contornar a(s) situação(ões).

Ao questionarmos os coordenadores de equipa sobre como definem a prática do assistente social da equipa que coordenam, é unânime a opinião que “(...) a intervenção em

toxicodependência, dado o tipo de problemas que os toxicodependentes normalmente apresentam exige uma abordagem muito multifacetada” (Ent. CEX). Dependendo do tipo de intervenção da instituição, um coordenador considerou que “é inevitável eu não conduzir a minha equipa para aquilo que eu sinto que é prioridade (...) eu tento que aqui o trabalho seja muito mais de cariz social e muito menos de cariz psicológico, aqui é muito mais a organização da pessoa, a gestão do caso, a gestão da vida da pessoa, e isto é uma coisa muito mais prática, muito mais ligada ao Serviço Social (...)” (Ent. CEG). Na Equipa Técnica da Reinserção, o assistente social tem um papel fundamental neste processo, construindo com o utente “(...) um processo de etapas que este vai adquirindo até chegar ao último patamar, porque quando o indivíduo consegue estar no mercado de trabalho, no regime contributivo, tem a sua família e a sua autonomia financeira, então chegamos lá, mas isto é um processo muito demorado, muito moroso, muitos avanços e recuos (...)” (Ent. CET), Fernandes (2009), acredita que o trabalho e a família são as duas instâncias mais afetadas na vida do toxicodependente, e considera indispensável os esforços terapêuticos nestas áreas, respetivamente na reinserção social pelo trabalho e no envolvimento da família nas terapias, “(...) as questões familiares dos nossos utentes são bastante complexas, e nesse sentido o assistente social desempenha um papel fundamental (...)” (Ent. CEX). Pessoas com problemas associados ao abuso de substâncias “muitas vezes têm um impacto negativo perante os membros da família, os próprios pais, irmãos, crianças, incluindo os amigos. É de grande importância que o assistente social identifique e avalie as necessidades sentidas pela família e lhes dê o suporte adequado” (Capello et al., citado por Galvani, 2001: 74). Paralelamente, o SICAD (2009) acredita que devem ser sugeridos apoios externos à família, o reforço dos laços de vizinhança, o incentivo à participação em atividades na comunidade, nomeadamente os grupos de auto-ajuda, “todo o processo de recuperação/reinserção deve reforçar o sentido de identidade pessoal e da família, promovendo mudanças nas rotinas da vida diária e capacitando a mesma para a resolução dos problemas” (SICAD, 2009: 14).

No entanto não é só na área da reinserção que o papel do assistente social é fundamental,

(...) há todo um processo que é feito pelo assistente social, desde as questões mais simples, desde ajudar a pedir rendimentos de inserção a orientá-los na Segurança Social ou na Santa Casa da Misericórdia, às questões em termos de ajudar na acessibilidade a determinados recursos, ou questões financeiras ou questões de documentação ou por outros motivos (Ent. CEX).

Todavia, “o trabalho específico do Serviço Social é realmente importante, porque faz parte do percurso da toxicod dependência, um processo, na esmagadora maioria dos casos, de enorme desinserção social, portanto há que fazer todo este trabalho de inserção social (...)” (Ent. CEX). Como foi visto anteriormente, Robertis (2003) afirma que o método centra-se no fazer do assistente social, assumindo como um agente de mudança, “a modificação da situação acontece desde o primeiro contato entre o assistente social e o utilizador do serviço num trabalho de cooperação em que o profissional se propõe analisar a situação e acolher as propostas da pessoa” (Robertis, 2003, *citado por* Pena, 2012:37).

Quando questionados se a natureza da instituição influencia o modelo de intervenção com toxicod dependentes, os coordenadores de equipa concordam que “ (...) não é tanto a natureza da instituição que influencia o modelo de intervenção, são os projetos que influenciam o tipo de intervenção (...)” (Ent. CEG), “(...) a cultura institucional permitiu-nos sempre, o setor do Serviço Social em paralelo com outras atividades profissionais, produzir intervenções diversificadas sem estarem rigidamente consignadas ao modelo, nós temos é de respeitar que na casa temos um modelo integrado de tratamento (...)”(Ent. CET), no entanto, “(...) o modelo da nossa instituição advém da forma como nós percecionamos a toxicod dependência e os problemas que a caracterizam, (...) aqui este modelo de intervenção foi montado a partir da forma como a toxicod dependência é percecionada, da necessidade de intervir (...)” (Ent. CEX). Esta questão vem conforme o objetivo específico delineado para este trabalho, analisar e interpretar se o contexto institucional influencia a prática do assistente social, e deste modo, notamos, que a natureza das instituições onde decorreram as entrevistas oferece flexibilidade aos profissionais de Serviço Social para adaptarem os seus modelos de acordo com o tipo de intervenção que é feita. No entanto, cada instituição dispõe de um modelo específico de intervenção onde não descarta de ser respeitado.

Segundo os coordenadores de equipa, em relação ao que deveria desenvolver o assistente social para enriquecer teórica e tecnicamente a sua prática profissional com toxicod dependentes, na área da reinserção socioprofissional, “(...)é sempre uma área que requer ser mais desenvolvida pelos técnicos de Serviço Social, para podermos validar mais respostas a estes utentes, a última fase do tratamento é a fase mais difícil, muitas vezes é árduo manter o contato com empregadores para conseguir inserir estes utentes no mercado de trabalho” (Ent. CEX), no que diz respeito à formação do assistente social,

(...) tinha que ter um maior investimento teórico, mas sobretudo um maior investimento ao nível prático, deveria ser colocado nas situações, acho que deveria haver uma cadeira que tratasse desta situação, o assistente social deveria ser “despido” de qualquer preconceito, juízo

de valor e isso eu ainda encontro muito, infelizmente, e tenho muita vergonha disso. É com imenso desgosto que vemos alguém que vem aqui estagiar e não tem a mínima sensibilidade para o que é o sofrimento humano (...) são muito superficiais para o tipo de problemas que vêm encontrar (...) não entendem o sofrimento humano, não sabem o que é conviver com a fome, não sabem o que é a dor, e ainda há pouco tempo ouvi: “porque é que gastou o dinheiro na droga e podia ter posto os dentes?” é como se gastar o dinheiro na droga fosse uma escolha da pessoa, isto é uma coisa muita vazia (...) a droga é uma dependência, como é a dependência da comida, do tabaco, do álcool, são pessoas de um contexto muito mais desfavorável que o nosso, pessoas que perderam pais, foram abandonadas, os pais foram mortos, cresceram em barracas a serem mordidas por ratos, isto não é “ai agora apetece-me ir consumir drogas”, há prioridades que a pessoa não escolheu para si (Ent. CEG).

Esta afirmação vem de encontro ao que foi visto no primeiro capítulo, em que Andrade (1994) caracteriza a toxicodependência como,

(...) uma doença, talvez a mais grave, deste fim de século. Doença global que compromete na pessoa, a vida física, mas também a dimensão psicológica e social do ser humano. O toxicodependente está em constante sofrimento. Dói-lhe o corpo, sobretudo em momentos de ressaca, mas dói-lhe também o espírito, uma vez que o dependente se torna uma pessoa inquieta, constantemente à procura de objetivos que não alcança, numa viagem interminável onde nem a vontade debilitada, nem os amigos igualmente “agarrados” conseguem ajudar (Andrade, 1994: 1).

Os dois pilares para conseguir uma comunidade científica estável são, para González-Alcaide *et al* (2009), por um lado, a existência de um ensino sistemático de carácter interdisciplinar sobre o fenómeno das toxicodependências e, por outro, prever mecanismos que assegurem linhas regulares de financiamento para a investigação. A investigação serve também para definir os parâmetros de uma profissão, “a investigação é um meio de demonstrar o campo de ação e de conhecimento de uma profissão, pois cada profissão deve estar em posição de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual se apoia a sua prática” (Fortin, 1996: 18).

Paralelamente, noutras instituições, o coordenador de equipa afirma que o assistente social pode evoluir através das aprendizagens retidas nas reuniões de equipa semanais “(...)falar de como está a decorrer todo o processo, mas acima de tudo falar sobre a equipa, saber como a equipa se está a sentir, como é que cada técnico tenta desenvolver o seu trabalho (...)as equipas são pessoas e as pessoas têm às vezes cumplicidades, desistências, têm conflitos, gerir uma equipa não é muito fácil” (Ent. CET) “(...)com as nossas reuniões semanais, é sem dúvida melhor forma de enriquecer possível” (Ent. CEG). No que diz

respeito ao conhecimento necessário à prática do Serviço Social, Bartlett (1979), defende que “esse conhecimento passa por áreas como o desenvolvimento e o comportamento humano em todas as suas vertentes, os processos de ajuda, a comunicação, a dinâmica de grupos, as variáveis contextuais, as relações interpessoais, o trabalho comunitário, a estrutura de serviços e políticas sociais e o autoconhecimento do profissional enquanto pessoa” (Bartlett, 1979, *citado por Amaro, 2012: 65*).

Do ponto de vista dos coordenadores de equipa, os assistentes sociais têm o compromisso e dever de acompanhar as constantes alterações que ocorrem no universo das toxicodependências. Estas alterações vêm desde o aparecimento, cada vez mais rápido, de novas drogas, das doenças que acompanham os policonsumos, do aparecimento e reformulação de políticas sociais, assim como uma especial atenção aos estudos que são publicados na área da toxicodependência. Esta tarefa torna-se mais fácil, segundo os coordenadores de equipa e os assistentes sociais, através das reuniões, em algumas instituições semanalmente, noutras mensalmente, onde são expostos os conflitos de todos os técnicos da instituição enquanto profissionais e enquanto pessoas. Desta forma, ambos acreditam que esta prática serve como “pilar” para o sucesso das intervenções que são realizadas.

CONCLUSÃO

Ao longo desta investigação, foi possível aprender e apreender relativamente ao que constituem as práticas do assistente social com toxicodependentes nos diferentes contextos institucionais onde exercem a sua prática profissional. A intervenção do assistente social com toxicodependentes opera em diversos níveis, nomeadamente a nível individual, realizando o acompanhamento/atendimento individualizado ao utente e aos seus familiares, atuando muitas vezes como mediador, intervém nas entrevistas de auto-ajuda, na clarificação da situação-problema, na sensibilização no âmbito da saúde, na articulação com os recursos, na participação do utente, valorização e reforço das suas capacidades. O assistente social é um agente de mudança nestas instituições, atua desde o primeiro contato com o utente, e continua a participar no seu percurso de vida mesmo que já tenha terminado o tratamento. “Os assistentes sociais desenvolvem a sua atividade num conjunto alargado de contextos com pessoas que experienciam uma grande diversidade de preocupações e opressões” (Healy, 2005, *citado por* Amaro, 2012: 224).

Respondendo à pergunta de partida colocada inicialmente, que práticas de Serviço Social se podem sistematizar em diferentes contextos institucionais com toxicodependentes, estas variam de acordo com os objetivos da instituição, sendo a entrevista a técnica utilizada por unanimidade como forma de fazer o acolhimento do utente na instituição, o assistente social clarifica a situação em que este se encontra, sensibilizando o utente no âmbito da sua própria saúde e da saúde das pessoas que o rodeiam, valorizando sempre o seu esforço e as suas capacidades como forma de motivação. Das instituições contactadas, foi constantemente reforçado o facto de trabalharem em equipas multidisciplinares e como esse facto contribui de forma positiva nas suas práticas profissionais, tanto a nível do utente, através das reuniões de equipa onde são discutidos os avanços, recuos e propostas de motivação de cada utente por cada técnico da equipa, assim como funciona de forma positiva para os técnicos, ao colocarem os seus receios e as suas angústias, que resultam do trabalho desgastante com a população toxicodependente, como forma de se motivarem uns aos outros. Outro factor que foi reforçado por todos os técnicos, tanto assistentes sociais como coordenadores de equipa, foi a articulação constante e diária com outras instituições. Ao conhecer os limites e constrangimentos que o assistente social encontra na sua prática profissional, jamais foram colocados entraves a nível da natureza da instituição, todavia, a atual situação económica que o país atravessa tem impactos nos serviços prestados aos toxicodependentes. A forma como ultrapassam esses limites foi encarada com bastante sentido de humor por parte dos técnicos, não obstante, não consideram que esses limites e constrangimentos devam ser impeditivos da

sua prática profissional. Relativamente às metodologias de intervenção do Serviço Social com toxicodependentes nos diferentes contextos institucionais, são seguidos como modelos de base, as linhas orientadoras do SICAD relativamente a cada tipo de intervenção, ainda assim os assistentes sociais escolhem modelos, dentro do Serviço Social, que mais se adequem a determinadas situações, já que esta prática nunca foi impeditiva por parte das instituições.

Os coordenadores de equipa concordaram que os assistentes sociais têm o dever de evoluir teórica e tecnicamente a sua prática profissional com toxicodependentes, devido ao aparecimento cada vez mais rápido de novas drogas, às doenças subjacentes a essas novas drogas e às políticas sociais que vão surgindo no âmbito da toxicodependência e do toxicodependente. Os assistentes sociais têm uma visão privilegiada dos problemas sociais e não se podem demitir de colocar a sua experiência e o acervo de informação que possuem ao serviço da reflexão e proposta de cenários alternativos às constantes mutações colocadas ao serviço da sua profissão.

Como conclusão da investigação, apresentam-se como perspetivas futuras, uma análise profunda sobre o *burnout* na profissão de assistente social com a população toxicodependente, e de que forma esse facto se tornará um impato na prática profissional do assistente social. Considera-se adequada a exploração da avaliação dos alunos de Serviço Social em estágio curricular com toxicodependentes, no sentido de identificar se a formação académica atualmente desenvolvida pelas universidades portuguesas, contempla unidades curriculares no domínio desta problemática. Considera-se também pertinente aprofundar, de que modo as questões de género na toxicodependência influenciam o processo de reabilitação psicossocial, de reinserção social e familiar na vida do toxicodependente.

FONTES

Decreto-Lei n.º 72/99 de 15 de Março.
Decreto-Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro.
Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril.
Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio.
Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de Janeiro.
Resolução do Conselho de Ministros N.º 136/98, de 4 de Dezembro.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, Robert, Lena Dominelli e Malcolm Payne (2005), *Social Work Futures: Crossin Boundaries, Transforming Practice, Hampshire*, Palgrave MacMillan.
- Agra, Cândido (1994), *Ciência do Comportamento Aditivo*, Porto, Livpsic.
- Angel, Pierre, Denis Richard e Marc Valleur (2002), *Toxicomanias*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Albee, George (1996), “Revolutions and counterrevolutions in prevention”, *American Psychologist*, 51, (11), pp. 1130-1133.
- Amaro, Inês (2008), “Os campos paradigmáticos do Serviço Social: proposta para uma categorização das teorias em presença”, *Revista Locus SOCI@L*, (1), pp. 68-80.
- Amaro, Inês (2012), *Urgências e Emergências do Serviço Social - Fundamentos da Profissão na Contemporaneidade*, Lisboa, Católica Editora.
- Andrade, Maria (1994), *A face oculta das Drogas*, Porto, Porto editora.
- Andréas, H. (2003), *Projet d'un Cadre Genevois de Références Conceptuelles et Opérationnelles du Travail de Partenariat en Matière D'Addiction*, Genève, s.e.
- APSS - Associação dos Profissionais de Serviço Social (1994), *Ética no Serviço Social – Princípios e Valores*, Colombo, FIAS.
- APSS – Associação dos Profissionais de Serviço Social (2012), *A associação dos Profissionais de Serviço Social perante as medidas de austeridade agravadas*, Lisboa, APSS.
- ARSLVT (s.a.), “Comportamentos Aditivos e Dependências”, ARSLVT. (online).
Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/253>
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1948), *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, s.l., s.e.
- Azevedo, Maria e Ângela Maia (2006), *Maus-Tratos à Criança*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Bardin, Laurence (2004), *Análise de Conteúdo*, França, Edições 70.
- Barbosa, Jorge (2011), “Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos”, *Revista Toxicodependências*, 17, (1), pp. 71-84.
- Bartlett, Harriett (1979), *A base do Serviço Social*, São Paulo, Pioneira Editora.
- Branco, Francisco (2008), “A investigação em Serviço Social em Portugal: Trajetórias e Perspetivas”, *Locus SOCI@L*, 1, 48-63.
- Brito, Manuela, e Manuel Esteves (2001), *Consumos que nos consomem. Toxicodependências e Toxicodependentes*, Porto, Editora Ambar.
- Bronfenbrenner, Urie (1979), *The experimental ecology oh human development*, Cambridge, Harvard University Press.
- Camí, J. (1995), *Farmacologia y Toxicidad de la MDMA (Éxtasis)*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Caparrós, Maria José (1992), *Manual de Trabajo Social (Modelos de prática profesional)*, Alicante, Ed. Aguaclara.
- Carrera, Joana (2011), *Stress e Burnout: Um estudo de caso de Assistentes Sociais que trabalham com idosos em IPSS'S*, Dissertação de Mestrado em Política Social, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Coelho, Manuel (1998), *Toxicodependência – A liberdade começa no corpo*, Lisboa, Fim de Século.
- Davies, Martin (2008), *The Blackwell Companion to Social Work*, USA, Blackwell Publishing.
- Dias, Amaral (1980), *A influência relativa dos fatores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano*, Coimbra, Delagrangue.
- Dominelli, Lena (2004), *Social Work: Theory and Practice for Changing Profession*, Reino Unido,

- Southampton University.
- Dunais, Jean-Paul (1992), *L'entretien non directif, Recherche Sociale: De la problématique à la collecte des données*, Saint-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Echeburua, Enrique(2002), *Abuso de álcool*, Madrid, Sintesis.
- EMCDDA (2013), *Relatório Europeu sobre Drogas 2013*, Luxemburgo, EMCDDA.
- Fernandes, Luís (2009), “O que a droga faz à norma”, *Revista Toxicodependências*, 15, (1), pp. 3-18.
- Ferreira, Jorge (2001), “Serviço Social e Toxicodependência”, *Revista Toxicodependências*, 7, (2), pp. 51-58.
- Ferreira, Jorge (2012), Editorial da Revista, *Revista Intervenção Social*, (40), pp. 7
- Fortin, Marie-Fabienne (1996), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Camarate, Lusociência.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, Loures, Lusodidacta.
- Gauthier, Benoit (2003), *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*, Loures, Lusociência.
- Galvani, Sarah (2001), “The role of alcohol in violence against women: why should we care?”, *Practice*, 13, (2), pp. 5-20.
- Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso*, Estoril, Editora Príncipe.
- Germain, Carel, e Alex Hartman (1980), *The life model of Social Work Practice*, New York, Columbia University Press.
- González-Alcaide, Gregorio *et al* (2009), “ A investigação sobre Toxicodependências em Portugal: produtividade, colaboração científica, grupos de trabalho e âmbitos de investigação abordados”, *Revista Toxicodependências*, 15, (2), pp. 13-34.
- Grup Igia y Colaboradores (2000), *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias*, Madrid, FAD.
- Howe, David (1987), *An Introduction to Social Work Theory*, England, Wildhood House.
- Iamamoto, Marilda (2001), “A Questão Social no capitalismo”, *Temporalis/ABEPSS*, (3), Brasília, Graflin.
- IDT, IP (2008), “O tratamento é uma necessidade absoluta”, *Instituto da Droga e da Toxicodependência*, I.P., (Online).
Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Tratamento/Paginas/ObjetivosTratamento.aspx>
- ISS, I.P (2014), *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Toxicodependentes*, Lisboa, Instituto da Segurança Social, I.P.
- Joaquim, Henrique (2005), “Criminalidade e Consumo de Substâncias Ilícitas”, *Revista Toxicodependências*, 11, (1), pp. 53-64.
- Kearney, Patricia, Enid Levin e Gwen Rosen (2000), *Alcohol, Drug and Mental Health Problems: Working with Families*, London, National Institute for Social Work.
- Keating, João Pedro (2011), “Psicoterapia Individual em Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes: Clivagem, Difusão de Identidade e Integração”, *Revista Toxicodependências*, 17, (3), pp. 3-11.
- Lakatos, Eva e Marina Marconi (2003), *Fundamentos da Metodologia Científica*, São Paulo, Atlas.
- Lewgoy, Alzira e Esalva Silveira (2007), “A entrevista nos processos de trabalho do assistente social”, *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 6, (2), pp. 233-251.
- Ló, Alcina (2007), *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes*, Lisboa, IDT, IP.
- Ló, Alcina (2011), “Integração Social e Estratégias de Mediação”, *Revista Toxicodependências*, 17, (1), pp. 53-60.
- Loff, Ana (1994), *Relações Interpessoais. Enfermagem em Foco*, Lisboa, s.e.
- Margarido, Cristóvão (2006), *Auto-conceito e Reinserção Sócio-profissional de Toxicodependentes*, Dissertação de Mestrado, Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga.
- McLaughlin (2008), *Understanding Social Work Research*, London, Sage.
- Miguel, Nuno (1997), “Toxicodependência: uma perspetiva”, *Revista Toxicodependências*, (1), pp. 25-30.
- Morel, Alain e François Herve (1998), *Cuidados ao Toxicodependente*, Lisboa, Climepsi Editores.

- Muechilli, Roger (1978), *O questionário na Pesquisa Psicossocial*, São Paulo, Sebo Parana.
- MSESS (2012), *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos*, Lisboa, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Nunes, Laura e Gloria Jólluskin (2010), *Drogas e Comportamentos de Adição – Um manual para estudantes e profissionais de saúde*, Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Núncio, Maria José (2010), *Introdução ao Serviço Social – História, Teoria e Métodos*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nowlis, Helen (1975), *Drugs Demystified: drug education*, Paris, Unesco.
- Nowlis, Helen (1990), *A verdade sobre as Drogas*, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Patrício, Luís (1989), “Toxicoddependência: Doença ou Delinquência”, *Taipas*, Colectânea de Textos I, pp. 183-191.
- Patrício, Luís (1995), *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- Payne, Malcolm (2002), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto.
- Pena, Maria João (2012), “Da construção do conhecimento ao processo metodológico em Serviço Social”, *Revista Intervenção Social*, (40), pp.77-94.
- Pincus, Allen e Anne Minaham (1973), *Social Work practice: model and method*, Itasca, F. E. Peacock.
- Ranquet, Mathilde (1996), *Los Modelos en Trabajo Social – Internención com personas y familias*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- Reis, José (2012), *Globalizações do crime e do direito na contemporaneidade. O caso do Mandado de Detenção Europeu*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Coimbra, Universidade de Coimbra.
- Relvas, Ana Paula (1998), “Histórias de Famílias, História Familiar e de Toxicoddependência”, *Revista Toxicoddependências*, (3), pp. 81-88.
- Restrepo, Olga (2003), *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias Contemporaneas*, Buenos Aires, Editora Espácio.
- Richmond, Mary (1950), *Diagnóstico Social*, España, Siglo XXI.
- Robertis, Cristina (2003), *Metodologia de la Intervencione en Trabajo Social*, Buenos Aires, Lumen Humanitas.
- Santana, Adalberto (1999), “A globalização do narcotráfico”, *Revista Brasileira de Política Internacional*, 42, (2).
- Santos, Boaventura (2001), *Globalização: Fatalidade Ou Utopia?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Santos, José Rodrigues (1999), *A propósito das noções de “problema social” e “problema sociológico”*, Évora, Universidade de Évora.
- Savoi-Zajc, Lorraine (1996), “Acceptation Interne”, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin.
- Seno, Paula (2012), *Sistema de atendimento e acompanhamento integrado dirigido à população toxicoddependente - uma prática do Serviço Social*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, ISCTE.
- SICAD (s.a.), “Reinserção – Programa Vida-Emprego”, SICAD. (Online).
Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/ReinsercaoMais/SitePages/detalhe.aspx?itemId=1&lista=ReinsercaoEmpregabilidade&bkUrl=/BK/Intervencao/ReinsercaoMais>
- SICAD (2009), “Linhas Orientadoras para a Intervenção social. Modelo de Intervenção em Reinserção”, SICAD. (Online).
Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/ReinsercaoMais/Documentos%20Partilhados/MIR.pdf>
- SICAD (2011), *Linhas Orientadoras para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*, Lisboa, SICAD.
- SICAD (2013a), *Relatório Anual 2012 - A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências*, Lisboa, SICAD.
- SICAD (2013b), *Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão*, Lisboa, SICAD.
- SICAD (2014a), “Estruturas Existentes”, SICAD. (Online).
Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Estruturas/Paginas/default.aspx>
- SICAD (2014b), “Políticas da Droga em Portugal”, SICAD. (Online).

Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>

Silva, Luísa (2001), *Intervenção Psicossocial*, Lisboa, Universidade Aberta. .

Teixeira, Tomás (1998), “Fatores Biológicos e Toxicodependência”, *Revista Toxicodependências*, 4, (3).

Torres, Nuno (2003), “A química da dependência e as dependências-tóxicas. Para um modelo bio-psico-social”, *Revista Toxicodependências*, 9, (1), pp. 29-45.

Waters, Malcom (1999), *Globalização*, Oeiras, Celta Editora.

Viscarret, Juan (2007), *Modelos y Métodos de Intervención en Trabajo Social*, Madrid, Aliança Editorial.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A toxicodependência perspetiva-se que seja um problema difícil de erradicar, “pelo facto de apresentar formas bastante mutáveis e pelo facto de ninguém poder dar garantias de lhe estar imune” (Patrício, 2002: 9). A visão holística do Serviço Social coloca, segundo Davies (2008), os profissionais desta área numa posição favorável para intervir na área da toxicodependência.

Eu, Ana Teresa Costa, estudante no Mestrado de Serviço Social no ISCTE – IUL, estou a realizar uma dissertação sobre o tema “*Práticas Institucionais do Assistente Social com Toxicodependentes*”. Esta pesquisa tem como objetivo geral: Sistematizar tipologias de práticas no Serviço Social com toxicodependentes em diferentes contextos institucionais, e desta forma, solicito a sua colaboração neste estudo, dado que sem ela seria difícil concluir este processo. Mais informo, que a entrevista e o respetivo tratamento de dados cumprirá as normas éticas e deontológicas aplicadas a trabalhos científicos, garantindo o anonimato e a confidencialidade. A recolha de informação será realizada através de uma entrevista, a realizar em hora, local e dia a combinar de acordo com a sua disponibilidade.

Para uma questão de facilidade de recolha de informação, é necessário a gravação da entrevista, uma vez que seria demorado o registo escrito de tudo o que for transmitido. As gravações serão ouvidas e vistas apenas pelos autores, sendo destruídas após o tratamento da informação.

Termo de Consentimento Informado de Recolha e Gravação de Informação

Eu, abaixo assinado

Declaro que compreendi a explicação que me foi fornecida, e ao assinar este documento, confirmo que aceito fazer parte desta investigação, consinto a gravação da entrevista e que os meus dados sejam dados para serem utilizados, de forma anónima, para este estudo e futuras publicações científicas.

A investigadora: _____ Data: _____

O (A) participante: _____ Data: _____

ANEXO B – GUIÃO DE ENTREVISTA

Aplicado a assistentes sociais

“Práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes”

Código: _____

Instituição: _____

Sexo: F M

Anos de experiência com toxicodependentes: _____

1. De acordo com a sua experiência enquanto Assistente Social nesta instituição, pedimos que nos apresente sumariamente a diversidade, ou não, de práticas profissionais mais identificadas com o trabalho do Assistente Social.
 - 1.1 Refletindo sobre a sua experiência profissional, que análise crítica faz às práticas profissionais, atualmente desenvolvidas com toxicodependentes, pelos Assistentes Sociais.
2. Atendendo à especificidade da intervenção do Assistente Social com toxicodependentes refira autores e bibliografias que servem de suporte à sua prática profissional.
3. Que tipo de constrangimentos e limites, colocados pela sua instituição, encontra na sua prática profissional?
 - 3.1 Identifique as fontes de onde emergem esses constrangimentos e limites, e de forma sucinta, diga-nos em sua opinião, as causas subjacentes.
 - 3.2 Na sua prática de Assistente Social quando se confronta com estes constrangimentos e limites, que tipo de estratégias alternativas utiliza na sua intervenção profissional.
4. As práticas institucionais com toxicodependentes constituem uma parte do processo de reabilitação psicossocial e da reinserção social destes sujeitos. Pedimos-lhe um comentário baseado nesta afirmação ao nível do seu posicionamento como Assistente Social.

ANEXO C – GUIÃO DE ENTREVEISTA

Aplicada a coordenadores de equipa

“Práticas institucionais do assistente social com toxicodependentes”

Código: _____

Instituição: _____

Sexo: F M

Anos de experiência com toxicodependentes: _____

1. Como define a prática do Assistente Social da equipa que coordena?
2. Enquanto Coordenador desta equipa, considera que a natureza da sua instituição influencia o modelo de intervenção com toxicodependentes? Explique a sua resposta.
3. Na sua opinião, enquanto Coordenador de equipa, o que deveria desenvolver o Assistente Social para enriquecer teórica e tecnicamente a sua prática profissional com toxicodependentes?

ANEXO D - GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Variável I: Anos de experiência com toxicodependentes dos Assistentes Sociais

CATEGORIA	CONTEÚDOS			
	ASD	ASG	AST	ASX
Anos de experiência com toxicodependentes	17	18	17	17

Variável II: Anos de experiência com toxicodependentes dos Coordenadores de Equipa

CATEGORIA	CONTEÚDOS		
	CEG	CET	CEX
Anos de experiência com toxicodependentes	18	20	28

ANEXO D – GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Variável III: Análise de conteúdo dos Assistentes Sociais

CATEGORIA	CONTEÚDOS				
	ASD	ASG	AST	ASX	Ideia-Chave
Práticas profissionais do AS com toxicodependentes	<p>“As minhas práticas com o toxicodependente têm a ver com a avaliação do seu perfil, da constatação de ser ou não toxicodependente, da motivação dele face ao consumo, se quer parar ou não, se já está em tratamento ou não, e agir de acordo com aquilo que conseguimos na entrevista inicial, tendo em conta a liberdade individual da pessoa. Fazemos uma triagem, um relatório, e entregamos às entidades responsáveis por seguir com o processo”.</p>	<p>“Fazemos o acolhimento dos utentes, que acaba por ser a entrevista (...) Depois começamos a fazer o acompanhamento da pessoa, fazemos contatos com outras instituições, a procura de respostas para as situações-problema que o utente nos apresenta, fazemos reuniões de equipa multidisciplinar, de supervisão e isso é tudo partilhado em equipa e é daí que vêm as respostas e os procedimentos a adotar na conduta a seguir com aquele utente e com outros em situações idênticas.”</p>	<p>“De uma maneira geral estamos integradas em todas as áreas de intervenção, mas depois mais especificamente uma faz mais parte da área da reinserção, outra faz mais parte da área da intervenção, e de uma forma geral as coisas funcionam assim. A nível do nosso trabalho, nós articulamos intra e interinstitucionalmente, portanto com a equipa, com os parceiros de fora, quer seja ONG, SCML, Comunidade Terapêutica, na área da formação do Centro de Emprego, pois nós temos muitas áreas de intervenção porque articulamos,</p>	<p>“Tendo sempre como objetivo a satisfação das necessidades do utente, nós fazemos o atendimento psicossocial do utente, o atendimento também às suas famílias, fazemos o atendimento em grupo. Existe também toda uma articulação e encaminhamento com instituições como a SCML, a Segurança Social, as Comunidades Terapêuticas, as outras unidades de tratamento parceiras, Unidades de Desabilitação, Centros de dia, ou outras instituições que vão aparecendo pontualmente com situações pontuais (...)Participamos</p>	<p>Entrevista/Diagnóstico. Atendimento Psicossocial utentes/família. Acompanhamento. Equipa Multidisciplinar. Articulação com outras instituições.</p>

			dependendo da forma como for necessário solucionar o problema do utente”.	em reuniões de equipa e nas reuniões institucionais que se realizam todas as semanas”.	
Crítica ao trabalho desenvolvido pelos AS com toxicodependentes	“Eu noto que houve uma diluição do papel do AS em favor de outros profissionais na área das Ciências Sociais e Humanas que eu acho favorável para nós AS, porque no fundo há uma credibilização que ele próprio também tem vindo a se credibilizar e a mostrar que é um profissional qualificado e capaz de fazer um trabalho com rigor e método científico igual a outras Ciências (...) ao se responsabilizar cada técnico por um toxicodependente, veio enriquecer a nossa prática, é como um crédito para nós”.	“Eu acho que devido à abrangência do SS não podemos dizer más práticas, eu sou mais especializada na área da toxicodependência e os outros profissionais de SS são de outras áreas, acho que articulando com os colegas as coisas resolvem-se, às vezes apanhamos uma colega mais chateada com uma coisa ou outra, mas isso ultrapassa-se.”	“Inicialmente quando comecei a trabalhar, havia um grande preconceito por parte dos técnicos em relação a esta problemática. Agora, nota-se por vezes, em algumas colegas como se isto fosse uma coisa propositada deles e não uma doença, mas situações muito pontuais, as coisas melhoraram bastante.”	“O que eu me lembro à partida é que tem havido uma grande diferença, uma grande evolução na resposta dos técnicos, inicialmente quando comecei a trabalhar, havia um grande preconceito por parte dos técnicos em relação a esta problemática. Agora, nota-se por vezes, em algumas colegas como se isto fosse uma coisa propositada deles e não uma doença, mas situações muito pontuais, as coisas melhoraram bastante.”	Preconceito Diluição do papel do AS

<p>Autores e bibliografias de suporte à prática profissional</p>	<p>“Na minha secretária tenho A <i>intervenção em Rede</i> de Sónia Guadalupe, <i>Drogas e Comportamentos de Adição: Um manual para estudantes e profissionais de saúde</i> de Laura Nunes, <i>A Prevenção das Toxicodependências</i>, <i>A Descriminalização do Consumo</i>, é uma legislação que serve de suporte ao nosso serviço e é de Jorge Quintas, <i>A entrevista Motivacional</i> de Miller estamos a investir neste campo, já que é o primeiro contato com indivíduo, <i>As Linhas de Orientação para a Intervenção em Dissuasão</i> do SICAD onde temos as nossas intervenções breves e motivacionais. Eu trabalho também</p>	<p>“Nós trabalhamos com o Dr. Nuno Miguel, que é a pessoa em Portugal que mais publicou sobre a toxicodependência e também é nas coisas dele que vemos alguma sabedoria, trabalhamos com outros psiquiatras que tenham investido bastante na área da toxicodependência em Portugal como o Dr. Rodrigo Sousa Coutinho, e é com essas pessoas e com essa prática que nós vamos desenvolvendo o nosso trabalho, é claro que há sempre outras publicações que vão sendo consultada (...) E é claro das publicações do SICAD, onde são publicados trabalhos e reflexões e que qualquer técnico aqui deve ler e perder algum tempo a ouvir a opinião dos outros.”</p>	<p>“Existem vários autores, na altura em que eu tirei mestrado utilizava muito Cristina de Robertis, a metodologia de trabalho dela está muito bem conseguida, bem esquematizada, mas depois com a prática nós vamos lendo de um e de outro e nós vamos fazendo a nossa própria metodologia. O Ander-Egg também é muito importante, a parte do diagnóstico social que nós trabalhamos muito, aliás é a partir daí que trabalhamos, a Isabel Guerra também foi muito importante. E depois vejo muitos autores, mas na área da toxicodependência, pois é preciso estudar as políticas novas. Nós aqui a nível de modelos utilizamos o Modelo Integrado, que são equipas</p>	<p>“À medida que vamos trabalhando a pessoa acaba por beber dos vários autores e vários modelos, e tem dificuldade em identificar qual o modelo que segue, os modelos funcionam mais em determinadas situações do que outras. Às vezes uso o Modelo de Intervenção em Crise, perante as situações pontuais, quando a intervenção incide mais naquela situação. Também uso o Modelo de Intervenção em Tarefas em situações pontuais (...) se uma pessoa aparece aqui mais organizada eu acabo mais por utilizar o Modelo de Intervenção em Rede, por isso acho que os modelos têm a ver com as situações em si, podemos até usar parte dos modelos consoante as situações que nos</p>	<p>Modelo de Intervenção em Rede. A Entrevista Motivacional – Miller. As linhas de orientação para a intervenção em dissuasão. Nuno Miguel. Rodrigo Sousa Coutinho. Cristina Robertis. Ander-Egg. Isabel Guerra. Modelo Integrado. Publicações do SICAD. Modelo de intervenção em crise. Modelo de Intervenção em tarefas.</p>
--	---	---	---	--	--

	<p>muito <i>in loco</i>, utilizo muito o mail no dia a dia.”</p>		<p>multidisciplinares (...) nós trabalhamos muito em equipa e é como se deve funcionar, com estes utentes se nós não trabalhássemos em equipa as coisas não funcionavam.”</p>	<p>vão aparecendo.”</p>	
<p>Constrangimentos e limites colocados pela instituição</p>	<p>“Os limites têm a ver com o facto de termos uma lei para cumprir, em que define funções e que nos obriga nomeadamente a fazer uma triagem, uma avaliação ao nível do pré-diagnóstico e do encaminhamento, que dura no máximo, entre 20 a 30 minutos. Outro limite que acho interessante tem a ver comigo enquanto pessoa, que eu própria tenho mais dificuldade em intervir, existem pessoas que não consigo estabelecer uma empatia e tenho dificuldade em ser</p>	<p>“Na nossa instituição nós não temos constrangimentos nem limites. Nunca me foi dito não faças isto, não faças aquilo, isto não se pode fazer! Nós temos um livro de procedimentos onde estão escritas todas as regras e todas as formas de atuar em cada situação e vai sendo sempre atualizado conforme as situações novas que vão aparecendo. Em relação à parte financeira, nós somos um projeto que depende do SICAD (80%) e da Câmara (20%) e devo dizer que nem uma parte nem outra cumprem atempadamente o</p>	<p>“Na nossa instituição, os limites que existem mais são a nível de recursos, mas não recursos técnicos, mas sim recursos materiais. Temos muita falta de alguns recursos materiais, como fotocopiadoras, digitalizadores, pois como nós mudamos para a ARS nós perdemos muito, é muito burocrático e demora imenso tempo, para pedir papel higiénico é preciso nem sei quanto tempo...trabalhar sem uma fotocopiadora é muito complicado.”</p>	<p>“Esta instituição, por tradição, tem uma grande abertura, nós não sentimos que estamos de mãos atadas para fazer aquilo que seja. Temos total liberdade, tenho responsabilidade por aquilo que faço. A função pública está a passar uma má fase, não só em nós pessoas, mas também nas instituições, e acho que isso a longo prazo nos vai afetar, afetar o trabalho com os nossos utentes.”</p>	<p>Escassez de recursos materiais Incumprimento de pagamento Limites pessoais</p>

	profissional, este limite me constrange.”	compromisso que têm connosco (...) o constrangimento financeiro é chato mas não pode ser impeditivo da acção.”			
Fontes e causas subjacentes desses limites	“A nossa entidade patronal, de uma certa forma tem definido até onde podemos ir, como o caso do tempo da triagem que nos é imposto. Mas é assim que tem de ser feito, aqui não é para estabelecer nenhum tipo de relação com a pessoa, essa questão é feita noutras instituições para esse feito.”	“As fontes são precisamente a Câmara Municipal e o SICAD que não cumprem atempadamente os compromissos. Da parte técnica, há sempre constrangimentos com outras entidades, como os hospitais que não entendem o nosso trabalho, mas são coisas pontuais e a nossa obrigação é resolver na hora, isso não pode compatibilizar o nosso trabalho nem o doente pode ser prejudicado por causa disso.”	“Pois nós quando mudamos para a ARS ficamos aqui do tipo autogestão quase, portanto esses constrangimentos políticos e financeiros fazem com que o nosso trabalho seja mais penoso, mais difícil, esta profissão desgasta muito e o facto de trabalharmos esta equipa ajuda bastante, caso contrário andávamos todos em burnout.”	“As fontes são a situação do país, a falta de dinheiro, os nossos governantes, e estas coisas todas, e os técnicos vão ficando insatisfeitos, por mais que gostemos daquilo que fazemos, um dia vamo-nos ressentir, sem dúvida”	Extinção do IDT e mudança para o SICAD ou ARS Câmara Municipal SICAD Hospitais Governantes
Estratégias alternativas para esses constrangimentos e limites	“Eu procuro muito a base da relação com as pessoas, valido sempre o argumento da outra pessoa, mas se não acho que esteja certo, vou e	“A estratégia é sempre a mesma, é agarrar no telefone e desbloquear a situação! Agarra-se no telefone explica-se a situação e espera-se que o outro lado entenda	“Nós, AS somos muito criativos, temos de estar sempre atentos às coisas que mudam, há sempre instituições que mudam, e portanto quando chega um	“Não temos fotocopiadora há um ano, há situações que utilizo o meu telemóvel para tirar uma fotografia, digitalizo e imprimo, isto não	Relações de confiança com outras instituições Criatividade

	enfrento. Estabeleço relações de confiança com outras instituições para o caso de assuntos que não possa, ou não consiga resolver aqui, os outros colegas possam ajudar, estas relações nos tranquilizam sobre os nossos limites e cada vez mais vamos ampliando essa bolsa de parceiros.”	o que está em causa, não é mais do que isto. Se houver uma situação que não está a ter resposta, ligamos para o colega de outro lado, explicamos a situação, dizemos que é urgente, esperamos que essa pessoa nos entenda, não é preciso fazer uma grande estratégia.”	utente com algum tipo de situação que eu não consiga arranjar um recurso que ele pretenda na altura, tenho de ser muito criativa, e há sempre alguém que sabe de alguma coisa, e isto é trabalhar em equipa”	são condições, mas nós vamos encontrando alternativas. Neste caso das limitações de recursos materiais nós vamos inventando, criando estratégias”	
--	--	--	--	---	--

Variável IV: Análise de conteúdo dos Coordenadores de Equipa

CATEGORIA	CONTEÚDOS			
	CEG	CET	CEX	Ideia-Chave
Se o contexto institucional influencia a prática do AS	“ Como eu sou CE é inevitável que eu tente que aqui o trabalho seja muito mais de cariz social e muito menos de cariz psicológico, mas isto não tem só a ver como facto de ser AS, tem a ver com as necessidades desta população porque não é o espaço para fazer	“Temos competências específicas e é nisso que nós devemos batalhar, para que a resposta seja condigna para o utente, às vezes pode-se misturar essas competências (...) A AS para poder dar uma resposta integrada não pode cingir a ter apenas um trabalho individualizado com o	“O trabalho específico do SS é realmente importante, porque faz parte do percurso da toxicod dependência, um processo, na esmagadora maioria dos casos, de enorme desinserção social, portanto há que fazer todo este trabalho de inserção social, desde	Competências específicas. Gestão da vida da pessoa. Construir a sua cidadania. Fazer ligação com a família e o emprego. Relação de parcerias com outras instituições. AS presente no percurso de vida do utente.

	<p>terapia com as pessoas, aqui é muito mais a organização da pessoa, a gestão do caso, a gestão da vida da pessoa, e isto é uma coisa muito mais prática, muito mais ligada ao Serviço Social, aquela gestão de repor aquilo que lhes falta, começar a tratar da identificação, temos utentes que nem tinham b.i. há anos, e todo esse trabalho de que a pessoa volte a ser cidadão, fazer com que se ligue novamente à sua família, ao seu emprego, se eventualmente tiver, tudo isto é uma intervenção mais social”.</p>	<p>seu utente, porque há que fazer todo um trabalho de prospeção de recursos, saber o que existe na sociedade, que instituições é que estão na comunidade para poder dar então uma resposta ainda mais integrada a nível do atendimento individualizado, portanto nós temos uma relação de parceria enorme com IPSS, com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e com outras estruturas.”</p>	<p>questões mais prosaicas entre aspas, até às vezes tratamento de documentação, fazer coisas relativamente mais simples, até a aspetos realmente muito complicados que tem a ver realmente com a reinserção social e laboral do indivíduo, em termos de se reaproximar de um perfil de vida globalmente mais normal, digamos (...)O técnico de Serviço Social é desde o primeiro dia, desde o momento em que o utente vem aqui pedir ajuda, eventualmente até ao último dia em que ele cá vem, pode apoiar mas também depende das necessidades do utente, o toxicod dependente numa série de fases, digamos assim, do seu percurso terapêutico.”</p>	
<p>Se a natureza da instituição influencia o modelo de intervenção com</p>	<p>“Não é tanto a natureza da instituição que influencia o modelo de intervenção, são os</p>	<p>“ De facto a cultura institucional permitiu-nos sempre, o setor do Serviço Social em paralelo com outras</p>	<p>“De certa maneira sim, o modelo da nossa instituição advém da forma como nós</p>	<p>Projetos influenciam o tipo de intervenção. Intervenções diversificadas sem estarem resignadas ao modelo.</p>

<p>toxicodependentes</p>	<p>projetos que influenciam o tipo de intervenção. Esta instituição nasceu para tratar de toxicodependentes, tem toda a sensibilidade para esta causa.”</p>	<p>atividades profissionais, produzirse intervenções diversificadas sem estarem rigidamente consignadas ao modelo, nós temos de respeitar que na casa temos um modelo integrado de tratamento, e temos de respeitar se as nossas dimensões de intervenção vão ou não beneficiar os projetos que é para isso que estamos.”</p>	<p>percecionamos a toxicodependência e os problemas que a caracterizam (...) Aqui o que eu considero que acontece é que, este modelo faz sentido se calhar mesmo para outras áreas de intervenção do Serviço Social com outras problemáticas que não exclusivamente a toxicodependência, este trabalho interdisciplinar entre vários profissionais que respondem a várias facetas de um qualquer problema, acho que é um modelo que deve ser seguido, em vez de ser cada profissional a resolver, digamos assim, a sua parte do problema.”</p>	<p>O modelo pode abranger outras áreas do SS.</p>
<p>O que deveria desenvolver o AS para enriquecer a sua prática profissional com toxicodependentes</p>	<p>“Ai tanta coisa que deveriam desenvolver. Para já há uma série de faculdades que forma mal os seus alunos (...) O AS tinha que ter um maior investimento teórico, mas sobretudo um maior investimento</p>	<p>“A nossa equipa é uma equipa que está muito atenta à reflexão, nós reunimos uma vez por mês para fazer a avaliação do processo, não é só dos resultados. As equipas são pessoas e as pessoas têm às vezes cumplicidades, desistências, têm</p>	<p>“As questões da reinserção socioprofissional é sempre uma área que requer ser mais desenvolvida pelos técnicos de Serviço Social, para podermos validar mais respostas a estes utentes, a última fase</p>	<p>Apostar no ensino universitário. Estar envolvido no trabalho. Reuniões semanais. Congressos. Formações. Reflexão. Avaliação do processo. Reinserção socioprofissional.</p>

	<p>ao nível prático, deveria ser colocado nas situações, deveria ser “despido” de qualquer preconceito, juízo de valor e isso eu ainda encontro muito. É com imenso desgosto que vemos alguém que vem aqui estagiar e não tem a mínima sensibilidade para o que é o sofrimento humano. (...) não sabem o que é conviver com a fome, não sabem o que é a dor, e ainda há pouco tempo ouvi: “porque é que gastou o dinheiro na droga e podia ter posto os dentes?” é como se gastar o dinheiro na droga fosse uma escolha da pessoa, isto é uma coisa muita vazia.”</p>	<p>conflitos, gerir uma equipa não é muito fácil, apesar de não ser uma equipa grande tem destas coisas. É preciso ter capacidade de reflexão e ter as coisas organizadas, tudo o que é do ponto de vista mais teórico mas que faça falta à nossa prática trazer para aqui e refletimos nas nossas reuniões.”</p>	<p>do tratamento é a fase mais difícil, muitas vezes é árduo manter o contato com empregadores para conseguir inserir estes utentes no mercado de trabalho.”</p>	
--	---	---	--	--

ANEXO E – CURRICULUM VITAE

INFORMAÇÃO PESSOAL

Ana Teresa Costa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- fev 13–jun 13 **Aconselhamento sobre SIDA**
Linha SOS SIDA, Lisboa
- Aconselhamento telefónico sobre o VIH/SIDA (sobre a prevenção, sobre o teste e o respetivo tratamento)
- jan 08–out 08 **Secretária Administrativa**
Mega Génios, Lda, Angra do Heroísmo (Ilha Terceira)
Responsável pelas inscrições dos alunos, receção dos pagamentos, elaboração de horários e atividades extra-curriculares, relação com fornecedores e manutenção do espaço.
- nov 11–jul 12 **Estagiária**
Centro de Respostas Integradas de Bragança, Bragança
Sessões formativas aos utentes da instituição (toxicodependentes e ex-toxicodependentes)
- jan 09–jul 09 **Estagiária**
Câmara Municipal de Bragança, Bragança
Responsável pela criação da *Hemeroteca* do Arquivo Municipal de Bragança
- 04–08 **Ocupação de Verão**
Creche de São Lázaro, Praia da Vitória (Ilha Terceira)
Tratar dos cuidados básicos e de higiene das crianças, entre os 4 meses e os 2 anos de idade, assim como o desenvolvimento de atividades lúdicas e pedagógicas.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

- set 12–out 14 **Mestrado em Serviço Social** Nível 7 QRQ
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa
- Desigualdades Sociais Contemporâneas
- Direitos Humanos e Serviço Social
- Ética da Intervenção Social
- Desenho, Gestão e Avaliação de Políticas Públicas
- Serviço Social Internacional
Tese de Mestrado: "Práticas Institucionais do Assistente Social com Toxicodependentes"

set 09–jul 12 **Educação Social** Nível 6 QRQ
 Instituto Politécnico de Bragança, Bragança
 - Sociologia da Educação e do Trabalho
 - Antropologia Social
 - Psicologia da Criança e do Adolescente/ Psicologia de Adultos/ Psicologia Social e Dinâmica de Grupos
 - Comportamentos Desviantes
 - Pedagogias da Reinserção Social
 - Sistemas Familiares e Comunitários
 - Necessidades Educativas Especiais

set 08–jul 09 **Secretariado e Assessoria Administrativa** Nível 4 QRQ
 Instituto Politécnico de Bragança, Bragança
 - Aplicações de Escritório Eletrónico
 - Aplicações Informáticas para a Gestão Integrada
 - Empreendedorismo e Gestão de Projetos
 - Prática de Comunicação Plurilingue

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna Língua Portuguesa

Outras línguas	COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
	Compreensão oral	Leitura	Interacção oral	Produção oral	
Inglês	B1	B1	B1	B1	B1
Espanhol	A2	A2	A1	A1	A1

Níveis: A1/A2: Utilizador básico - B1/B2: utilizador independente - C1/C2: utilizador avançado
Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas

Competências de comunicação Boa capacidade de comunicação resultante dos diversos trabalhos de grupo e do trabalho em call centre.

Competências de organização Boas capacidades organizacionais adquiridas enquanto Secretária Administrativa num Centro de Explicações.

Competências informáticas Domínio do Software Office, Windows Movie Maker.
 Domínio da Internet