



**INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA**

**O Agir do Assistente Social  
em Projectos de Prevenção Primária  
da Toxicodependência na Adolescência**

**Trabalho Final de Curso de Investigação em Serviço Social**

Carina Luís

Patrícia Santos

Paula Santana

Junho de 2006



## **AGRADECIMENTOS:**

Todas as pessoas que passam pelas nossas vidas deixam as suas marcas num ir e vir infinito.

As que permanecem... é porque simplesmente doaram os seus corações para entrar em sintonia com as nossas almas. As que se vão... deixam-nos parte da sua sabedoria.

No decorrer de todo este processo de aprendizagem, várias foram as pessoas que nos apoiaram; que ouviram as nossas lamúrias, frustrações, tristezas, mas que também partilharam as nossas alegrias, méritos e conquistas. Pessoas que sentiram a nossa perseverança, luta e dedicação ao longo destes cinco anos de luta que serviram para alcançar o nosso sonho - sermos Assistentes Sociais.

A todas essas pessoas agradecemos todo o apoio, amor e carinho. A elas dedicamos este trabalho.

Agradecemos em especial:

A Deus, por toda a LUZ e AMOR que tem por nós;

Aos nossos Anjos, e Santos que sempre nos protegeram e iluminaram nos momentos mais difíceis;

Aos nossos Pais, que sempre confiaram nos nossos sonhos e nos ensinaram a acreditar que é possível realizá-los, além de nos mostrarem que o trabalho duro, perseverança e honestidade são as ferramentas ideais para atingirmos as nossas metas. E agradecemos por todo o sacrifício que fizeram para realizarmos este sonho;

Aos nossos Irmãos, que sempre nos apoiaram nos momentos que mais precisámos especialmente quando as nossas “luzes” de inspiração se apagavam, fazendo com que, através da sua própria sabedoria, conseguíssemos alcançar o “sol”;

Aos nossos Namorados, por aguentarem o nosso mau humor quando nos sentíamos frustradas, por nos darem todo o seu amor e compreensão e por ficarem sem a nossa companhia durante tantas horas e dias a fio;

Aos nossos Familiares e amigos pelas palavras de incentivo e apoio, por estarem sempre presentes quando necessitámos;



Aos Professores e Funcionários do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, pela dedicação e transmissão dos seus conhecimentos, em especial à professora de GEP de 3º e 4º ano, que passou horas a criticar-nos construtivamente, e à professora de Seminário de 5º ano, pela sua preciosa ajuda nesta tese;

Aos Colegas, pelos momentos de partilha de conhecimento, alegrias e tristezas que sempre nos fizeram crescer;

A Nós, pelo companheirismo, cumplicidade e verdadeira AMIZADE, por nos mantermos sempre unidas e lutarmos para ser alguém que tentará mudar o “seu” pequeno Mundo, deixando a sua marca como Assistente Social.

A todas as pessoas que passaram por nós e deixaram uma palavra de conforto, esperança, sabedoria, energia...

MUITO OBRIGADO.



*Não me coloco na lógica de considerar o Serviço Social como instrumento ou ferramenta, mas como uma relação particular na dinâmica global das relações entre estrutura e superestrutura.*

(...)

*A questão da metodologia está pois imbricada na discussão teórica da articulação entre o fazer e o poder fazer, entre o poder e o fazer poder no processo de estruturação das relações sociais. Por isso a metodologia ou método, não é demais repetir, não consiste num conjunto de etapas, numa série de recomendações. Metodologia implica a análise das condições e das forças em presença para empreender uma acção com a crítica dos caminhos possíveis e das consequências previsíveis teórica e praticamente, em decorrência da disposição estratégica e tática dos meios e recursos para produzir efeitos*

FALEIROS, Vicente de Paula  
(1999), **Estratégias em Serviço Social**, 2ª edição, Cortez Editora,  
São Paulo, p. 117

**SINOPSE:**

A toxicod dependência é um fenómeno eminentemente social e que afecta grande percentagem de população em todo o mundo, existindo mais de 2 milhões de consumidores de droga.

Os adolescentes são considerados como um grupo de risco neste âmbito e são o alvo de actuação prioritária em acções de prevenção. Estes consomem drogas em quantidades demasiado elevadas e sem qualquer noção da sua importância e consequências. Através deste excessivo consumo, a toxicod dependência vai-se tornando cada vez mais comum na sociedade e vai-se interiorizando nos comportamentos diários. Urge então, investir em projectos de prevenção primária para evitar que o flagelo da droga se arraste pelo futuro de todas as gerações vindouras

Tendo presente que a problemática da toxicod dependência constitui actualmente uma das principais preocupações da sociedade portuguesa, a prevenção primária deve ser assumida como uma responsabilidade do conjunto da sociedade, dos poderes públicos, das instituições privadas, da comunidade escolar, das famílias, das empresas e dos meios de comunicação, numa competência partilhada.

Sendo o Assistente Social um agente de mudança e de socialização, faz parte do seu papel profissional intervir nesta área. A sua missão é ajudar as pessoas a desenvolverem todas as suas potencialidades, a enriquecerem as suas vidas e a prevenir as disfunções. Como tal, a sua metodologia de intervenção é algo que deve ser bem construído para que os objectivos sejam correctamente alcançados.

Deste modo, o que se pretende com este trabalho é exactamente perceber a metodologia de intervenção – modelos, métodos, técnicas, estratégias e instrumentos – do Serviço Social no âmbito de Projectos de Prevenção Primária da Toxicod dependência na Adolescência.

**Palavras-chave:** Toxicod dependência; Adolescência; Prevenção Primária; Metodologias de Intervenção; Serviço Social



## ÍNDICE GERAL

	<b>Páginas</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>I – PROBLEMÁTICA</b> .....	16
1 - A Toxicodependência na Adolescência e Mecanismos de Prevenção.....	16
1.1 – O Risco: a Sociedade e os Comportamentos .....	16
1.2 – Toxicodependência.....	18
1.3 - Adolescência .....	28
1.4 – A Prevenção Primária da Toxicodependência.....	40
1.4.1 - Prevenção das Toxicodependências em Meio Escolar.....	47
2 - Metodologias de Intervenção do Serviço Social.....	48
2.1 – Serviço Social .....	48
2.2 – Intervenção do Serviço Social.....	55
<b>II – MODELO DE ANÁLISE</b> .....	73
1 - Conceptualização dos conceitos base:	73
2 – O operacionalização dos Conceitos	74
<b>III – METODOLOGIA</b> .....	80
1 - Estratégia de Investigação Adoptada e Tipo de Estudo.....	80
2. Opções metodológicas e objecto empírico concreto.....	81
3. Métodos e Técnicas de recolha.....	83
4 - Tratamento de dados.....	85
<b>IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	87
1- Descrição dos Dados Recolhidos.....	87
1.1- Descrição dos Dados Resultantes dos Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência.....	87
1.2 - Descrição dos Dados Resultantes das Entrevistas a Profissionais de Serviço Social.....	90



---

---

2 - Análise e Interpretação dos Dados Recolhidos.....	98
3 - Linhas Conclusivas.....	103
<b>CONCLUSÃO GERAL</b> .....	106
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	108



---

## INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Final de Curso de Licenciatura em Serviço Social, insere-se no Seminário de Investigação em Serviço Social III do 5º Ano, do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, no ano lectivo 2005/2006. Tem como autoras as alunas Carina Luís, Patrícia Santos e Paula Santana, sendo orientado pela Mestre Regina Vieira.

Este trabalho intitula-se: “O Agir do Assistente Social em Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência”. Procura-se identificar qual a metodologia utilizada por estes profissionais no decorrer dos mesmos projectos.

As **motivações/justificações** que levaram as alunas a escolher este tema explicitam-se, **em termos pessoais**, pelo facto das alunas terem contactos diários com este problema: o consumo diário de drogas por adolescentes. Em grande parte, este facto deriva dos problemas sociais da zona de residência das alunas, que oferece fáceis oportunidades de contacto com substâncias ilegais. É uma realidade que afecta familiares, vizinhos, amigos... muitas vezes quem menos se espera cai nas “garras” da toxicodependência, o que faz com que grande parcela da população e de entidades estatais do nosso país invista cada vez mais na prevenção e tratamento da toxicodependência.

Por outro lado, a escolha do tema foi influenciada pelo percurso académico de um dos elementos do grupo, uma vez que, no anterior ano lectivo e no quadro do processo de estágio de 4º ano, ter posto em prática um projecto de prevenção primária do alcoolismo numa escola profissional junto de alunos com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos de idade. Assim sendo, a necessidade de aprofundar a temática e a problemática acima enunciada surgiu. A par disto, despontou a curiosidade de conhecer as metodologias de intervenção utilizadas pelo Assistente Social na prevenção primária da toxicodependência na adolescência pelo facto de, na intervenção realizada pela aluna, terem sido poucos os métodos e técnicas utilizados e não haver muita informação disponível sobre este tema.

Outro dos motivos que levou o grupo a escolher este tema foi que, alguns elementos do grupo gostariam de trabalhar em projectos de prevenção primária da toxicodependência após a conclusão da licenciatura em Serviço Social. Isto por se tratar de um tema pertinente, actual e





preocupante. Cada vez mais se ouve falar, nos meios de comunicação, da criação de projectos de prevenção primária, o que torna provável a inserção de alguns (ou mesmo todos) membros do grupo num desses projectos.

A toxicodependência é um fenómeno eminentemente social e que afecta grande percentagem de população em todo o mundo, existindo mais de 2 milhões de consumidores de droga ou em situação problemática<sup>1</sup>. Os adolescentes são considerados como um grupo de risco nesta área e são o alvo de actuação prioritária em acções de prevenção, como indica a Base II da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – Ver anexo A) que refere que a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado, nomeadamente em relação a grupos de risco (**adolescentes**, grávidas, crianças, idosos, deficientes e toxicodependentes).

Numa **perspectiva social** a escolha deste tema deve-se ao facto de se tornar visível nos dias que correm, a propensão galopante e assustadora para o consumo de drogas entre os jovens<sup>2</sup>. Esta poderá acarretar, no nosso ponto de vista, um conjunto de fenómenos sociais que prejudicarão o jovem e logo, o futuro da sociedade. Ou seja, este é um tema que diz respeito a toda a sociedade, desde os jovens aos próprios pais e acreditamos que, para combater a toxicodependência, é necessário o envolvimento de toda a sociedade civil, quer através de planos de prevenção primária, quer através de medidas de reinserção social, quer até mesmo da forma como é visto e vivido pela sociedade este flagelo que é a toxicodependência.

O consumo de substâncias psicoactivas representa um problema social que assume contornos preocupantes no nosso país. Embora a extensão deste problema esteja ainda longe de

---

<sup>1</sup> JORNAL OFICIAL DA UNIÃO EUROPEIA, 2005: 1

<sup>2</sup> Segundo o Instituto da Droga e da Toxicodependência - Observatório de Drogas e Toxicodependências - Núcleo de Estatística: Os resultados dos estudos epidemiológicos nacionais realizados em 2001 entre a população portuguesa dos 15-64 anos, a população escolar do 3.º Ciclo do Ensino Básico e a população reclusa, evidenciaram a cannabis com as mais elevadas prevalências de consumo entre aquelas populações. A nível da referida população escolar e comparativamente com estudos anteriores, constatou-se um aumento e uma maior difusão regional dos consumos de várias substâncias.

Mais recentemente e no contexto da população escolar, também os resultados dos estudos quer do Health Behaviour in School-aged Children e Organização Mundial de Saúde em 2002, quer do European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs em 2003, apresentaram prevalências de consumo de cannabis (9.2% e 15%, respectivamente no primeiro e no segundo estudos) bem mais elevadas que as das outras drogas. Por outro lado, comparativamente aos estudos equivalentes realizados anteriormente, ambos os estudos evidenciaram aumentos dos consumos das várias drogas, com excepção da heroína que se posicionou como uma das drogas com as menores prevalências de consumo (1.2% e 1.8%, respectivamente no primeiro e no segundo estudos).



uma caracterização rigorosa, é hoje consensual que os problemas relacionados com o consumo de drogas, como por exemplo: criminalidade (contra-ordenações por consumo e tráfico de droga), doenças infecciosas (cerca de 48% do total acumulado de notificações de infecção pelo VIH são casos associados à toxicod dependência, percentagem que tem vindo a decrescer nos últimos anos)<sup>3</sup>, entre outros, representam um dos mais sérios desafios que se colocam à sociedade portuguesa.

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto), a “*protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei*”<sup>4</sup>. Perante isto, são notórios os esforços de várias entidades, estatais ou não, em promover cada vez mais projectos de prevenção primária da toxicod dependência.

Por fim em **termos académicos**, acreditamos que este tema permitirá dar conhecimento a estudantes e profissionais que iniciem os seus trabalhos e/ou intervenções na área da prevenção primária da toxicod dependência, dando a conhecer as metodologias (desde métodos, a técnicas, a instrumentos e a estratégias) utilizadas pelos profissionais que constituem uma equipa interdisciplinar, em projectos de prevenção primária da toxicod dependência onde se insere o assistente social. Por conseguinte, achamos que esta investigação dará uma visão específica de quais as metodologias utilizadas, em especial pelos Assistentes Sociais, neste tipo de intervenção, ajudando à prevenção primária da toxicod dependência na adolescência.

Em termos do grupo-alvo escolhido para a investigação – os adolescentes – a escolha prendeu-se, mais uma vez, pelo facto de as alunas terem um grande contacto com adolescentes consumidores, que muitas vezes não têm consciência dos malefícios que o consumo acarreta. Os adolescentes consomem drogas em quantidades demasiado elevadas e sem qualquer noção da sua importância e consequências. Através deste excessivo consumo, a toxicod dependência vai-se tornando cada vez mais comum na sociedade e vai-se interiorizando nos comportamentos diários. Urge investir em projectos de prevenção primária para evitar que o flagelo da droga se arraste pelo futuro de todas as gerações vindouras.

<sup>3</sup>INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA - OBSERVATÓRIO DE DROGAS E TOXICODPENDÊNCIAS - NÚCLEO DE ESTATÍSTICA, 2004: 33

<sup>4</sup> Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, op. cit. p. 3452



O **Serviço Social articula-se com esta temática** pois a investigação em Serviço Social, deve “*contribuir para o necessário equacionamento de respostas aos novos problemas sociais, identificando novas procuras para o Serviço Social e possibilitar a construção/ reconstrução das práticas sociais*”<sup>5</sup>. Como tal, a prevenção primária surge como algo a investigar pelo facto de poder ser através deste processo que o problema da toxicodependência se pode atenuar. Assim, é importante perceber que tipo de intervenção se tem vindo a fazer para melhor responder a este crescente problema.

Para se abordar a problemática com maior eficácia, é necessário haver um verdadeiro trabalho de equipa onde todos os técnicos envolvidos contribuam e se empenhem verdadeiramente para a sua atenuação. Salientando-se sempre que “*O Serviço Social está inserido no campo das ciências humanas como disciplina profissional destinada a intervir na realidade humano-social*”<sup>6</sup>.

Assim, o Serviço Social entra nesta temática pelo facto de, sendo o Assistente Social um regulador de conflitos, um mediador e coordenador entre as exigências institucionais e as carências demonstradas, também ele é um elemento fundamental na equipa de trabalho de projectos de prevenção primária. Por outro lado, é a estes profissionais que compete ajudar, informar e capacitar grupos ou indivíduos no sentido de direccionar as pessoas que precisam de apoio. O profissional deve colocar a sua experiência e sabedoria à disposição dos outros (indivíduo, grupos, comunidade e sociedade), sempre na perspectiva do desenvolvimento enquanto pessoas/grupos e no sentido de contribuir para a resolução de conflitos e dificuldades que as pessoas têm de ultrapassar e que por si só não conseguem.

O assistente social é um agente de inclusão social que actua junto dos indivíduos, sistemas e estruturas com o objectivo de desenvolver as condições de expressão, associação, opção, decisão e interferência do próprio homem no mundo.

A acção social promove uma sociedade mais justa e apta ao desenvolvimento, através de melhorias das condições de vida e relações sociais. Pretende tratar, relativamente à reparação dos sintomas; promover o desenvolvimento das condições de vida e do bem-estar social e

---

<sup>5</sup> NEGREIROS et al, 1999: 55

<sup>6</sup> FALCÃO, 1979: 23



prevenir, nomeadamente através dos projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência.

Este tema é importante para o Serviço Social pelo facto de ser relevante e pertinente, haver uma divulgação do trabalho desenvolvido no pelos seus profissionais no sentido de haver uma partilha de informação entre os assistentes sociais para identificar erros e falhas, de forma a impedir que sejam cometidas novamente. Para nós, futuras assistentes sociais, que apenas temos as bases gerais da profissão, é importante identificar e perceber as metodologias de intervenção do Serviço Social para perceber que tipo de trabalho viremos a fazer na área da prevenção primária da toxicodependência na adolescência visto ser algo pouco conhecido para nós.

Para a realização de uma investigação é necessário a elaboração da pergunta de partida. Esta constitui o primeiro passo da investigação, pois permite definir exactamente o que se pretende investigar. Neste sentido, a pergunta de partida actual é: **“Qual a metodologia de intervenção desenvolvida pelo Assistente Social em projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência?”**

Pelo facto de ser uma questão bastante extensa, propusemo-nos a desdobrá-la em várias sub-questões para melhor identificar os tópicos que realmente são importantes:

- Inerente à prática profissional do assistente social em projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência:

- Quais os objectivos da sua intervenção?
- Por que modelos de intervenção social se rege? E porquê?
- Que métodos utiliza neste processo? E porquê?
- Quais as técnicas privilegiadas no processo? E porquê?
- A que estratégias recorre para este tipo de intervenção? E porquê?
- Que instrumentos utiliza no processo? E porquê?

Qualquer investigação deve ter objectivos, como tal, o **objectivo geral** deste trabalho é o de compreender a metodologia de intervenção do assistente social utilizada em projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência. Tendo como **objectivos específicos**:



● Identificar a metodologia de intervenção do assistente social (modelos, métodos, técnicas, estratégias e instrumentos) utilizada na prevenção primária da toxicodependência na adolescência;

● Conhecer quais os critérios utilizados para a escolha da metodologia;

● Perceber o contributo do Serviço Social na elaboração e na implementação dos projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência.

O presente trabalho encontra-se dividido da seguinte forma:

**I – Problemática** - Nesta parte são descritos e relacionados os principais conceitos que enquadram a investigação. São eles: o capítulo da Toxicodependência na Adolescência e Mecanismos de Prevenção e o capítulo das Metodologias de Intervenção em Serviço Social.

**II – Modelo de Análise** – Nesta fase será feita conceptualização dos conceitos base e a sua operacionalização.

**III – Metodologia** – Apresentação da estratégia de investigação a adoptar, do campo de investigação, da amostra, do tipo de estudo, das técnicas previstas de recolha e tratamento de dados, apresentação dos instrumentos de recolha de dados e do plano de tratamento dos mesmos.

**IV – Apresentação e Análise dos Dados** – Trata-se da respectiva descrição dos dados recolhidos através dos guiões de pesquisa dos projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência e pelas entrevistas realizadas a profissionais de Serviço Social, sua análise e interpretação dos dados recolhidos e, por conseguinte, linhas conclusiva.

**Conclusão Geral** – Onde se faz uma articulação entre a parte empírica e a parte teórica, uma avaliação do processo e referem-se perspectivas de investigação futura.

Por último, vêm a **bibliografia**.

Em relação aos anexos e apêndices, estes encontram-se num segundo volume.



## **I – PROBLEMÁTICA**

Face à temática central da investigação foram identificados alguns eixos teóricos que se irão desenvolver e que servirão de suporte teórico ao estudo. Neste ponto, serão também abordadas as políticas sociais inerentes à temática inserindo-as no corpo dos eixos teóricos. Assim, a presente parte encontra-se dividida em dois grandes capítulos: A Toxicodependência na Adolescência e Mecanismos de Prevenção e as Metodologias de Intervenção do Serviço Social.

### **1 - A Toxicodependência na Adolescência e Mecanismos de Prevenção**

Para uma melhor compreensão do que é a Toxicodependência na Adolescência e seus Mecanismos de Prevenção, faremos em primeiro lugar uma breve abordagem relativamente à sociedade de risco. Isto porque achamos pertinente chamar a atenção para esta questão da sociedade de risco e o seu “papel” na sociedade e no próprio comportamento dos adolescentes. Como seguimento a esta questão são feitas outras abordagens à toxicodependência, à adolescência e por fim à prevenção primária e dentro desta, a prevenção primária em meio escolar.

#### **1.1 – O Risco: a Sociedade e os Comportamentos**

A ideia de risco, segundo o autor Anthony Giddens (2002), pode ajudar-nos a compreender as características fundamentais do tempo em que vivemos. Para este, “risco” é uma noção inseparável de “incerteza”, de “probabilidade” e de “perigo”: ninguém enfrenta um risco quando, à partida, conhece o seu desfecho. Perigo é aquilo que existe em situações de risco. Daí a importância de haver seguros, na medida em que o seguro é aquilo com que as pessoas ou as empresas se precavêem antes de enfrentar determinados riscos – “exteriores”, como os da natureza, ou “produzidos”, como os das guerras. Com o desenvolvimento tecnológico, o risco torna-se mais “arriscado”. Aliás, o risco sempre andou associado à modernidade.

GIDDENS (1999), sustenta ainda que nos deparamos com riscos de gravidade potencialmente dramática resultantes daquilo a que chama a “incerteza fabricada”. Estes riscos têm a ver com os ecossistemas mundiais, com a expansão da pobreza global, com as armas de destruição maciça aliadas a outras formas de violência colectiva e com a repressão em larga



escala dos Direitos Humanos. Estas quatro consequências correspondem a outras tantas dimensões institucionais da civilização moderna, pela mesma ordem: o industrialismo, o capitalismo, os meios de violência, e a vigilância. Em suma, o mundo vive hoje uma ordem de altos riscos.

O risco, é gerado pelo ser humano por diversas razões e tendo em vista diversos objectivos. Como será possível explicitar melhor adiante, a fase da adolescência pressupõe o conceito de risco, de desafios e de confrontos para estabelecer uma identidade e autonomia.

Segundo BRUHN (1988)<sup>7</sup>, muitos dos problemas de saúde dos adolescentes, estão associados ao seu comportamento, à sua interacção com o meio envolvente, e às mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis, como por exemplo, o consumo de substâncias psicoactivas.

A Organização Mundial da Saúde (1993)<sup>8</sup>, referencia algumas das mudanças aliadas aos problemas de saúde na adolescência. Entre estas encontram-se: alterações a nível dos valores sociais e morais que aumentam os riscos de gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, onde actualmente se destaca a SIDA; acessibilidade em termos de oferta e aquisição de álcool, tabaco, drogas; condições a nível de indústrias e vias rodoviárias que aumentam os riscos de acidente e consequentemente deficiência ou morte; hábitos alimentares; e competição a nível educacional e profissional. As razões para os comportamentos de risco são variadas e relacionam-se com temores de inadequação, necessidade de afirmar uma identidade e dinâmica de grupo, como a pressão dos seus pares. O comportamento de risco também pode ser um reflexo das fantasias onipotentes mantidas por alguns adolescentes, nas quais se vêem a si mesmos como invulneráveis a ferimentos ou perigos. Com o avanço da adolescência, a tendência é para uma diminuição desses comportamentos ocorrendo uma actividade de tomada de decisões responsáveis.

O processo cognitivo que transforma o perigo difuso em risco definido constrói igualmente possibilidades para que os riscos possam ser discutidos como suportes de mobilização para importantes conquistas sociais e legais – políticas sociais. A prevenção de riscos geralmente apoia-se na ideia de que os indivíduos possuem a capacidade de vigiar e de antecipar a

---

<sup>7</sup> BRUHN, apud MATOS, s.d.

<sup>8</sup> OMS, apud MATOS, s.d



ocorrência de eventos indesejáveis. Como resposta de prevenção aos riscos surgiu, em Portugal, o Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT) que, em parceria com outras entidades, promove iniciativas que podem contribuir para estimular a adopção de elementos que separam o risco em termos objectivos da dimensão subjectiva que pode adquirir sua percepção.

Numa sociedade em que parece que presenciamos cada vez mais a um maior afastamento entre os membros da família, urge a necessidade do adolescente se identificar, de forma positiva, com figuras que o ajudem a crescer na sociedade e não à margem dela. Isto porque a adolescência é uma fase em que o indivíduo se encontra muito vulnerável a diversos comportamentos que põem em causa o seu bem-estar, a sua relação com os outros e por vezes a sua própria vida.

## 1.2 – Toxicod dependência

Tal como foi referido os comportamentos de risco pressupõem algo que implica um desafio, uma tentativa de testar algo.

A **toxicod dependência** é o estado de dependência física e psíquica de certas substâncias tóxicas, que repetidamente tomadas, modificam a sensibilidade orgânica e as funções vegetativas. Na maior parte dos casos esta dependência surge como um meio de “fugir” aos problemas que o indivíduo tem na vida ou para ultrapassar uma etapa mais complicada na sua vida. Considera-se **toxicod dependente** um indivíduo que fique dependente de droga, em que o corte com esta seja algo muito difícil e até mesmo impossível após um consumo regular. A dependência destas substâncias poderá ter origem no foro físico e/ou psicológico. Relativamente à dependência física “*a pessoa sente-se doente quando o consumo de droga ou de álcool é interrompido*”<sup>9</sup>. Quanto à dependência psicológica, esta traduz-se num hábito regular no qual determinado sujeito tem dificuldades em cessar devido à habituação.

A toxicod dependência não é apenas um problema de carácter médico. É também um problema económico, cultural e social. A droga afecta a vontade do indivíduo uma vez que os efeitos de atenuação levam a que o sujeito deixe de se projectar no futuro, desinteressando-se de tudo. O indivíduo deixa de lutar por um ideal ou por um valor; tudo se centra no presente, cada vez mais imediato e restrito. O toxicod dependente acha que não necessita de tratamento

<sup>9</sup> GRUPO CONSULTIVO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1988: 5





considerando que sozinho consegue tratar-se. Este, muitas vezes, sente que não tem nenhum problema e como tal, não necessita de qualquer tratamento.

Um consumidor de drogas pára de crescer sob o ponto de vista interior e fica com a mentalidade que tinha quando iniciou o consumo. Isto acontece porque as drogas travam o seu amadurecimento pessoal, o que os torna extremamente dependentes dos pais só tendo autonomia para arranjar dinheiro para a droga.

No plano das relações interpessoais, o toxicodependente volta-se cada vez mais para si próprio, acabando estas por se restringirem às relações de troca de substâncias, em detrimento das relações afectivas. O sistema afectivo e emocional desvanece-se para dar lugar ao único propósito da vida do adolescente, que é o consumo. Ele tudo fará para consumir, mesmo que seja à custa dos bens alheios: familiares, vizinhos ou da sociedade em geral.

Podem-se distinguir três **etapas no percurso do consumidor de drogas** de acordo com o autor HAPETIAN<sup>10</sup>:

**1ª Fase** – Fase da “Lua-de-mel”. Esta fase inicia-se com o consumo quotidiano no qual o toxicodependente toma pequenas doses. Nesta fase é tudo bom. Ainda não é preciso muito dinheiro e conseguem-se dar pequenas desculpas para as despesas. Esta é a fase do prazer na qual ainda não se sente a síndrome de abstinência.

**2ª Fase** – Nesta fase dá-se a habituação do organismo ao produto. Isto significa que a mesma quantidade de droga utilizada na fase anterior não chega para atingir o prazer. Este é agora bem menor e normalmente a solução é aumentar a dose ou mudar para uma droga mais forte. É aqui que começam a surgir os problemas: mentiras, pequenos roubos, saídas a horas menos apropriadas... Na maioria dos casos, o toxicodependente acha que ainda consegue controlar a situação e raras vezes pede ajuda.

**3ª Fase** – Nesta fase já não há prazer no consumo. O toxicodependente droga-se apenas para não se sentir mal e para poder fazer a sua vida “normal”. Vida “normal” para o toxicodependente consiste em levantar-se, deitar-se, comer e consumir droga. Neste período o descontrolo é total. Todos os meios se utilizam para conseguir “sobreviver” sem grande sofrimento físico e/ou moral.

---

<sup>10</sup> Cfr. HAPETIAN, 1997: 53-55.



**Historicamente** não se pode situar a toxicodependência no tempo presente já que, desde sempre, o Homem, no percurso das suas crises físicas, emocionais, afectivas, intelectuais ou da sua religiosidade, recorreu a produtos que lhe provocassem efeitos anestésiantes, eufóricos, entre outros. Pode-se, no entanto, afirmar que, na história recente da humanidade, a toxicodependência passou de um comportamento de carácter privado, ou restrito de alguns grupos específicos, para um fenómeno eminentemente social. Assim, é possível delinear um conjunto de dimensões sociológicas que nos permitem justificar o carácter social da toxicodependência:<sup>11</sup>

● **Visibilidade social** – a toxicodependência deixou de constituir um acto pessoal e íntimo para passar a ser um processo em que as diferentes instituições e meios de comunicação tornaram visível passando a dizer respeito a todos.

● **Estrutura de relações sociais** – a toxicodependência é um acto individual e como tal, apesar das práticas grupais de consumo, os sujeitos envolvidos em todo o processo, que vai da produção, passando pela distribuição e consumo, ao combate e prevenção pelos diferentes agentes, formam uma configuração de rede ou de estrutura que interagem com as estruturas familiares e profissionais implicadas.

● **Espaço social** – o espaço da toxicodependência é não só o espaço íntimo de cada indivíduo, mas também o espaço virtual e real que este fenómeno adquiriu na vida das pessoas e nas áreas físicas por onde circulam.

● **Tempo social** – a toxicodependência não é apenas um acto isolado; é um processo, com as diferentes interligações entre os sujeitos, agentes e instituições, que lhe dão carácter estrutural. Para além do tempo cronológico, há também um tempo social: é o tempo da moda deste assunto, o tempo da conveniência e da oportunidade.

● **Consequências sociais** – as consequências da toxicodependência não se limitam aos seus efeitos físicos e psíquicos. Estendem-se à família, à comunidade e às organizações com quem o toxicodependente tem ligações seja a nível afectivo, relacional, laboral e jurídico.

● **Mobilização social** – a toxicodependência mobiliza milhões de pessoas em todo o Mundo (produtores de droga, negociantes, distribuidores, consumidores, famílias dos

---

<sup>11</sup> Cfr. DIAS, 2002: 52



toxicodependentes, agentes e instituições envolvidos na prevenção, nas terapêuticas e na reintegração social, entre outros).

● Reflexividade – a toxicodependência, na sociedade actual, deixou de ser tabu e todas as pessoas, hoje em dia, discutem assuntos relacionados com ela.

● Discursos sociais – como a toxicodependência é motivo de reflexão das pessoas e instituições, os meios de comunicação atribuem-lhe espaço e tempo, quer para cobertura dos factos noticiosos, quer para debate das diferentes correntes de opinião sobre o assunto. O discurso social apropriou-se do fenómeno, independentemente das opiniões pessoais existentes.

● Sistemas de conhecimento – uma vez que a sociedade em geral e os indivíduos e os meios de comunicação social em particular, se apropriaram do fenómeno toxicodependência, têm vindo a desenvolver-se sistemas de conhecimento específicos os quais permitem reflectir, intervir, prevenir e perceber o problema em si.

A **droga** é toda a substância, natural ou sintética, que pode modificar a forma de funcionamento do organismo ou do espírito. As drogas psicotrópicas podem também modificar os pensamentos, sensações e comportamentos dos indivíduos que as consomem. As drogas, enquanto substâncias, podem ser legais, como o álcool e o tabaco, ou ilegais, como a heroína e a cocaína. Grande parte das drogas ou substâncias psicoactivas começaram por ter uma aplicação “curativa” ou médica. Nesse sentido, a sua descoberta e utilização pode-se enquadrar no progresso científico em termos gerais. No entanto, pelas suas características e propriedades, estas drogas, demonstraram ser atractivas para alguns indivíduos que as utilizam, por vezes, abusivamente, com outros fins que não médicos.

As **drogas legais**, por fazerem completamente parte da sociedade, são facilmente aceites por todos; quem as consome acha que é perfeitamente normal fazê-lo e quem as vê consumir tem a mesma opinião. Pode-se dizer que são drogas ignoradas por nós por estarmos tão habituados a elas. Entre estas destacam-se o álcool, o tabaco e os fármacos.

De uma maneira geral, a tradição do consumo de **álcool** confere a este tipo de bebida, certo estatuto de inocência. O facto do álcool fazer parte da nossa cultura permite aos seus consumidores habituais uma gestão mais ou menos adequada dos consumos. “*O alcoolismo é o*



*terceiro factor mundial de mortalidade, depois do cancro e das doenças cardiovasculares*<sup>12</sup>. Nos adolescentes, o consumo de álcool tem vindo a aumentar drasticamente.

O álcool provoca graves perturbações no Sistema Nervoso Central (SNC) originando desordens quase imediatas que podem ir desde a euforia ao coma com perda de certas funções vitais. A sua ingestão provoca uma redução considerável do campo visual e uma apreciação deficiente das distâncias o que, muitas vezes provoca graves acidentes rodoviários. O órgão mais lesado com a habitual ingestão de álcool é o fígado, pelo facto de ser este que identifica e transforma os produtos absorvidos pelo organismo, ficando com lesões graves (cirroses). O aparelho digestivo também sofre alterações: gastrites e úlceras são frequentes nos alcoólicos.

É importante referir que a dependência do álcool se faz de forma bastante lenta e progressiva, e como tal o alcoolismo, segundo JELLINEK (1960)<sup>13</sup>, *“é um processo patológico (doença em que os danos físicos se tornam cada vez maiores à medida que o tempo passa) em que o alcoólico aumenta as quantidades de álcool”*. Este autor refere ainda que o alcoólico é a pessoa que *“depende de bebidas alcoólicas de tal forma que não é capaz, mesmo que queira, de deixar de beber ao menos durante 2 ou 3 meses”*<sup>14</sup>.

O Alcoolismo é, pois, uma doença de carácter progressivo, incurável e quase sempre fatal. O alcoolismo agudo (embriaguez) é muitas vezes confundido com alcoolismo crónico. No primeiro caso, trata-se da ingestão única em grande quantidade de álcool, num dia ou num espaço curto de tempo, podendo ter como consequência o ir desde uma leve tontura até ao coma alcoólico. O alcoolismo crónico regista-se quando se ingere habitualmente bebidas alcoólicas em várias doses repartidas ao longo do dia, as quais vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo, nunca saindo do efeito do álcool. O alcoolismo é uma doença que ataca o indivíduo desde um nível físico ao psíquico, ao social e ao moral.

O **tabaco**, assim como o álcool, é uma droga legal altamente tolerada. A informação sobre os malefícios desta droga têm-se multiplicado e, no entanto, as pessoas continuam a achar que fumar é normal. Isto significa que, como acontece com todas as drogas, uma informação acessível e sistemática é importante mas não chega para evitar o seu consumo, por isso é importante apostar cada vez mais em projectos de prevenção primária.

<sup>12</sup> HAPETIAN, 1997: 92

<sup>13</sup> JELLINEK, apud GAMEIRO, 1979: 25

<sup>14</sup> Idem, ibidem



O fumador desenvolve uma capacidade para criar uma forte dependência, tanto física como psicológica. Se por qualquer circunstância fica privado de fumar durante um certo tempo, sofre uma síndrome de abstinência que se caracteriza por um desejo compulsivo de voltar a fumar, uma irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, cansaço, sonolência, entre outros, que variam consoante o indivíduo. As doenças causadas pelo consumo do tabaco são fundamentalmente o cancro, as doenças respiratórias e as doenças cardiovasculares.

Nem a dependência do álcool nem a do tabaco levam o indivíduo a agredir, roubar e matar para arranjar dinheiro para o consumo pois, na medida em que o facto de serem legalmente aceite, tornam-nas de baixo custo.

**Os Fármacos** sendo legais e estando disponíveis no mercado para fins terapêuticos podem ser utilizados abusivamente ou para fins ilegais. Há um comércio imenso destes medicamentos guardados, na maior das inocências, nas farmácias domésticas.

Em termos gerais podemos **classificar as drogas em três grandes categorias**, dependendo dos seus efeitos no Sistema Nervoso Central<sup>15</sup>:

● **As drogas depressoras** tornam mais lento o funcionamento do Sistema Nervoso Central. Tomadas em pequenas quantidades, produzem sensações de acalmia, sonolência e bem-estar. Porém, quando inseridas em grandes quantidades podem provocar intoxicações graves, perda de consciência e até mesmo o coma e a morte que se verifica por paragem cardíaca ou respiratória. Destas fazem parte o álcool, o analgésico opiáceo (morfina – utilizada no alívio de dores agudas; heroína; metadona – utilizada como forma de desintoxicação de toxicod dependentes de heroína; e codeína – também com efeitos analgésicos, mas inferiores à morfina), os ansiolíticos (tranquilizantes para controlar a ansiedade e a tensão e para propiciar o sono<sup>16</sup>), os hipnóticos não barbitúricos (têm propriedade ansiolíticas, anticomulsivas, anestésicas locais e anti-histamínicas) e os hipnóticos barbitúricos (sedativos, hipnóticos e anestésicos – quando tomados em excesso podem provocar a morte - estes são dos medicamentos mais perigosos).

<sup>15</sup> Cfr. HAPETIAN, 1997: 97 - 101

<sup>16</sup> Os toxicod dependentes utilizam-nos para substituir a droga que normalmente consomem. Fazem-no por via oral associados ao álcool para potenciar o efeito; outras vezes dissolvem os comprimidos e injectam-nos. Este tipo de droga prejudica a condução automóvel, bem como outras actividades que requeiram a mesmo tipo de capacidades.



● **As drogas estimulantes** – o consumo excessivo deste tipo de drogas facilita, por um lado, o dispêndio de energia ao nível dos neurónios e, por outro, cortam o apetite continuando a propiciar o aumento de energia. Como exemplos deste tipo de drogas temos as anfetaminas, os anorexígenos e os psicoestimulantes (utilizados para restringir a hiperactividade das crianças, no tratamento da sonolência patológica e da obesidade); a cocaína (propriedades estimulantes, utilizadas como antídoto dos depressores do Sistema Nervoso Central); o crack (forma barata de cocaína ainda mais agressiva para o organismo - proporciona sensações de euforia e bem-estar); cafeína (estimulante sem restrições de venda); e nicotina (estimulante).

● **As drogas perturbadoras** - este tipo de droga provoca os mesmos efeitos das drogas depressoras e dos estimulantes, alternada ou simultaneamente. Assim, quando consumidas pela primeira vez, podem abrandar a comunicação das células cerebrais e actuar como depressoras e quando consumidas uma segunda vez, podem causar o efeito exactamente contrário actuando como estimulantes. Os principais exemplos deste tipo de drogas são: a cannabis (provoca grande relaxamento e boa disposição); os alucinogéneos (LSD – provoca alucinações e o êxtase); as ciclo-hexilaminas (produzem sensações de afastamento e ausência); os solventes voláteis e inalantes (colas, benzina, acetona e éter, cujos vapores têm efeitos tóxicos quando inalados).

Os vários tipos de drogas acarretam consequências variadas (**ver quadro 1**) que derivam do tipo de substância tomada e variam de indivíduo para indivíduo dependendo da sua personalidade, do seu estado de espírito no momento do consumo e do contexto em que esse consumo se faz.

**Quadro 1 – Consequências do uso de algumas drogas**

Medicamentos	Cannabis (Haxixe)	Cocaína	Heroína	Álcool	LSD	CRACK	ECSTASY
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesões hepáticas graves;</li> <li>● Falta de apetite, podendo chegar à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alterações respiratórias</li> <li>● Problemas cardiovasculares</li> <li>● Cancro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de apetite</li> <li>● Problemas respiratórios</li> <li>● Problemas cardiovasculares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desenvolvimento de uma dependência que se manifesta pela presença da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gastrite</li> <li>● Úlcera gastrointestinal</li> <li>● Cirrose hepática</li> <li>● Síndrome de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Alteração da percepção</li> <li>● Alucinações</li> <li>● Pânico</li> <li>● Flashback<sup>17</sup></li> <li>● Midríase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dores no peito</li> <li>● Perturbações respiratórias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Descoordenação motora</li> <li>● Insónia</li> <li>● Problemas cardiovasculares</li> </ul>

<sup>17</sup> A “viagem” que a droga provoca nos momentos imediatamente a seguir ao consumo é sentida, dias depois, mesmo quando o consumidor não está a consumir.



anorexia ● Taquicardia (anfetaminas) ● Perturbações do sono		● Problemas neurológicos ● Problemas psicológicos ● Ulceração do septro nasal	síndrome de abstinência quando se suspende o consumo ● Letargia ● Obstipação ● Impotência ● Amenorreia	abstinência grave que requer uma observação médica cuidada			
---	--	--	--	---	--	--	--

Fonte: Hapetian, 1997: 104- 105

O **efeito das drogas** depende principalmente da concentração e do modo como é absorvida pelo organismo do indivíduo. Quanto mais concentrada é a droga, maior será o efeito que produz. As drogas podem ser absorvidas de várias formas, sendo elas, a ingestão (passando pelo estômago e pelo fígado, o efeito que as drogas exercem sobre o cérebro demora cerca de 10 a 20 minutos); a inalação (as drogas passam pelos pulmões e pelo fígado, não contactando com o estômago, o que diminui o tempo do seu trajecto até ao cérebro. Neste caso o efeito dá-se em cerca de 8 a 10 segundos depois); “snifar” (a droga penetra directamente nos vasos sanguíneos situados no interior das narinas e passa apenas pelo fígado; o trajecto até ao cérebro demora apenas 2 a 3 segundos); e a injeção (a droga penetra nos vasos sanguíneos de todo o corpo, podendo evitar o fígado. O percurso até ao cérebro demora entre 25 a 50 segundos).

As drogas podem provocar dependência física e psicológica pois, uma vez introduzidas no organismo alteram, de forma considerável, a comunicação das células cerebrais. Quando o consumidor de drogas pára de consumir, o organismo ressent-se e reage – a isto chama-se **síndrome de abstinência** ou “ressaca” (expressão utilizada pelos toxicodependentes).

Existem dois tipos de “ressaca” – a física e a psicológica. A primeira caracteriza-se por um estado de agitação muito grande, ansiedade, dores musculares e abdominais, suores, tremores, e mesmo delírios. Ela resulta do consumo de drogas que provocam dependência física (heroína, álcool, barbitúricos). No segundo caso, o toxicodependente tem uma sensação terrível de perda, de vazio e uma total incapacidade de enfrentar a realidade que constitui o quotidiano de uma pessoa dita “normal”.



Além das reacções que provocam no organismo dos toxicodependentes, **a droga está na origem de algumas doenças** que surgem associadas aos consumos. Estas doenças podem ser divididas em quatro grupos:

**Doenças relacionadas com a forma de consumo** - A forma de consumo que acarreta mais problemas é a injeção. As doenças infecciosas mais frequentes associadas ao uso da seringa são a SIDA (causada pelo VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana – destrói o sistema imunitário o que faz com que o toxicodependente fique doente com muita facilidade) e a hepatite (doença no fígado, causada por um vírus). Estas doenças são facilmente transmissíveis através da partilha de seringas e outros instrumentos relacionados, de relações sexuais, da maternidade e de transfusões de sangue. No caso da hepatite, também é transmissível através da saliva e do suor o que requer um cuidado extra na higiene dos instrumentos utilizados por uma pessoa com esta doença.

**Doenças relacionadas com o estilo de vida** – O estilo de vida do toxicodependente traduz-se numa série de comportamentos de risco porque, muitas vezes, vive em locais sem condições de higiene e saneamento, o que facilita a propagação de doenças. Por outro lado, e pelo facto de muitas mulheres toxicodependentes recorrerem à prostituição para arranjar dinheiro, facilmente podem ser afectadas pelo vírus da SIDA ou da hepatite. Outro problema é o facto dos toxicodependentes se alimentarem muito precariamente, o que faz com que estejam num grave estado de fraqueza facilitando a contracção de doenças e dificultando, ao mesmo tempo, o seu tratamento.

**Doenças relacionadas com a substância que se consome** – Apesar do toxicodependente consumir preferencialmente uma única substância, muitas vezes, na sua falta, consome outras, o que aumenta os riscos de contrair alguma doença.

**Doenças do foro psíquico** – Por vezes, o toxicodependente apresenta sintomas orgânicos ou psicológicos causados por efeito directo de uma ou mais substâncias que afectam o Sistema Nervoso Central. Neste quadro incluem-se as intoxicações, as síndromes de abstinência e as perturbações neurológicas ou psiquiátricas.

Apesar dos esforços que quer o Estado quer a sociedade têm vindo a desenvolver para combater a difusão da “droga”, o fenómeno, em Portugal, tem continuado a constituir uma





grave questão social, em desenvolvimento crescente nas últimas décadas, afectando particularmente a juventude<sup>18</sup>.

Efectivamente, a maioria dos incriminados por tráfico e consumo de “droga” são jovens, como jovens são a maioria dos consumidores. Tal facto tem a ver, antes de mais, com o fenómeno da “juvenilização das sociedades modernas”. Isto é, por um lado o aumento do período de transição entre a infância e a idade adulta - o prolongamento da juventude, por virtude do retardamento do ingresso na vida activa e do subsequente abandono da família de origem e constituição de família própria - e, por outro, o crescimento da importância da juventude nas sociedades modernas, que são por isso sociedades de cultura pós-figurativa, onde o comportamento não está mais pré-figurado pelos mais velhos, mas é ditado pelos jovens, que padronizam as relações e protagonizam as mudanças sociais.

Mas esta sociedade “juvenilizada” é por sua vez uma sociedade de consumo, onde os processos de identificação social mudam, passando a assentar menos na pertença e mais na referência a grupos sociais. Tal significa que os jovens, diminuída a influência educativa da família e da escola, e por vezes a sua importância como instâncias de afectibilidade, se identificam e integram socialmente sobretudo através dos mecanismos de consumo, sendo estimulados por essa excessiva exposição aos “media” e a um desregrado crescimento de expectativas, que os leva muitas vezes a situações de anomia.

Esta “juvenilização” e “anomização” das sociedades de consumo tornam os jovens particularmente vulneráveis à oferta e ao consumo de “droga”, sobretudo quando fragilizados por uma deficiente integração familiar ou por uma precoce ou deficiente inserção no mercado de trabalho.

Desde o início deste capítulo que falamos em adolescentes, em algumas das suas características entre outras questões relacionadas. Todavia consideramos estes dados um pouco vagos para que se possa realmente compreender porque razões os adolescentes são um grupo

---

<sup>18</sup> Estima-se a existência de 70 000 a 100 000 toxicodependentes em Portugal, de acordo com o Relatório Anual 2001 do SPTT (actual IDT); a cannabis, o ecstasy, as anfetaminas e outras drogas de desenho têm vindo a conquistar terreno nos consumos problemáticos, particularmente entre as camadas mais jovens e jovens em idade considerada precoce.



propenso a comportamentos de risco. Assim, considera-se uma mais-valia fundamentar esta temática sobre diferentes, mas complementares, olhares.

### 1.3 -Adolescência

Segundo Justin Pikunas (1998)<sup>19</sup>, a **adolescência** é considerada como uma idade de frustrações e de sofrimento durante o qual se intensificam conflitos e crises de ajustamento, sendo também uma idade de grandes sonhos, de romances amorosos.

A adolescência é o período da vida que se situa entre a infância e a idade adulta, inicia-se com as transformações da puberdade (por volta dos 12 anos) e termina com a entrada na vida adulta (por volta dos 20 anos), não estando o seu final claramente definido. É um período de transformações profundas no corpo, nas relações com os pais e com as outras pessoas, nas relações com os adultos e na forma de encarar o futuro. É um período de dificuldades e conflitos relacionados com todas essas transformações mas também um período rico em ideias, experiências.

O psiquiatra José Dias Cordeiro caracteriza o período da adolescência “*como uma fase na qual se revela a necessidade de encontro do indivíduo consigo próprio e de substituir os laços infantis que o ligam aos pais por um tipo de relação mais adulta*”<sup>20</sup>. A este período envolve, segundo vários autores, um estado de crise da adolescência, que se define como uma crise de desenvolvimento e de procura de identidade própria. Este processo maturativo passa por uma contestação de hábitos, de costumes e dos mitos do mundo dos adultos, uma procura genuína de si próprio e de uma sociedade mais humana.

O teórico Erik Erikson propôs uma revisão dos **estádios de desenvolvimento** de Freud retirando a importância dada, por este último, aos factores biológicos e sexuais sublinhando antes o peso da influência dos factores relacionados com a educação da criança, as relações sociais e as influências culturais na formação do *eu*. O novo sistema compreende oito estádios do desenvolvimento: cinco propostos por Freud até à adolescência e três concebidos por Erikson: a idade adulta jovem, a idade adulta e a maturidade.

<sup>19</sup> Justin Pikunas, apud MESQUITA et al, 1998: 184

<sup>20</sup> CORDEIRO, apud DIAS, 2002: 47



Para Erikson, cada estágio pressupõe uma passagem pela crise psicossocial entre uma vertente positiva e uma negativa. São ambas necessárias, todavia, é essencial que a positiva se sobreponha. O termo de crise, nesta teoria, não é tida como uma conotação negativa antes trata-se de algo crucial para o desenvolvimento humano. Ou seja, a forma como cada indivíduo resolve uma crise, irá influenciar a sua própria capacidade de saber lidar com os seus conflitos durante a vida. *“Para designar um ponto decisivo e necessário, um momento crucial, quando o desenvolvimento tem de optar por uma ou outra direcção, escolher este ou aquele rumo, mobilizando recursos de crescimento, recuperação e nova diferenciação”*<sup>21</sup>.

A escolha desta teoria de Erikson em detrimento de Freud para fazer um enquadramento do **desenvolvimento psicossocial do adolescente**, ficou a dever-se ao facto de considerar o processo de construção da identidade e a sua dimensão psicossocial, tendo deste modo em conta as interacções entre o indivíduo e o meio, ao contrário de Freud que defendia que a energia que orientava o desenvolvimento era orientada pela natureza libidinal. No nosso ponto de vista, consideramos a teoria de Erikson um pouco mais coerente, pelo facto do teórico considerar três subsistemas distintos, inseparáveis e interdependentes: o orgânico, o pessoal e o social como constituintes do desenvolvimento da personalidade. *“O autor refere que o indivíduo que se relaciona activamente com o meio social acaba por revelar unidade na personalidade e consegue perceber o que se passa consigo próprio como com o que o rodeia, de forma equilibrada (...) cada conflito deixa as suas marcas no indivíduo e, por consequência, cada conflito deixa as suas marcas na sociedade ”*<sup>22</sup>. Desta forma, o autor propõe uma linha de continuidade entre o indivíduo e o social; quanto maior for a integração do ser humano na sociedade maior será o seu equilíbrio pessoal.

Como tal, Erikson define os **oito estádios** em: Confiança versus desconfiança básica (0-1); Autonomia versus vergonha e dúvida (1-2); Iniciativa versus culpa (3-5); Indústria versus inferioridade (6-12); Identidade versus confusão de papéis (puberdade); Intimidade versus isolamento (idade adulta jovem); Generatividade versus estagnação (idade adulta); Integridade versus desespero (terceira idade).

---

<sup>21</sup> ERIKSON, 1976: 47

<sup>22</sup> DIAS, 2002:15



Todavia, visto que este estudo contempla a adolescência, será o **estádio identidade versus confusão de papéis** que será abordado.

Neste período o adolescente vai adquirir uma identidade psicossocial, isto é, apercebe-se do seu papel singular e único na sociedade e como tal, vai tentar afirmá-lo nesta. A vivência dos estádios anteriores deixam marcas na forma como o adolescente vive esta crise. No adolescente cresce o desejo de explorar os vários papéis e estatutos que a sociedade lhe oferece, como tal a sociedade torna-se um espaço de experimentação, um “laboratório”. O relacionamento com os pares faz-se em função do sentimento de identidade pessoal e dos papéis sexuais, culminando na amizade heterossexual. As mudanças afectivas assentam nas mudanças fisiológicas da adolescência e nas novas potencialidades do pensamento formal, a começar uma nova fase de egocentrismo metafísico. A adolescência é o estádio da mudança radical, oferecendo uma segunda oportunidade para remediar imperfeições dos estádios anteriores.

A tarefa de estabelecimento da identidade própria é especialmente difícil na sociedade onde se perderam as raízes das tradições familiares e comunitárias. Num período de rápidas transformações, a geração dos mais velhos fica incapaz de oferecer aos mais jovens um modelo de papéis que possa ser seguido.

Anthony Giddens (1990) defende a família como **agente de socialização** primário considerando que a sua relevância no processo de socialização é imensa e que no estudo de condutas desviantes deve sempre equacionar-se o seu papel enquanto possível agente causador. Principalmente pelo facto de os comportamentos das crianças muito jovens serem quase exclusivamente moldados pela família, o que faz corresponsabilizar a mesma pelo comportamento dos seus membros mais novos. O papel socializador da família tem vindo a ser gradualmente reduzido por força de condicionantes externas, nomeadamente o ritmo de vida citadino onde os pais têm pouco tempo para dedicar aos filhos e os dois membros do casal terem actividades profissionais. A família tende a ser substituída por outros elementos que progressivamente se têm vindo a afirmar como “substitutos” da família. Tais como a escola, o grupo de pares, referidos ao longo do texto, e o profissional de Serviço Social, anteriormente indicado. A interacção familiar contribui para que as crianças adquiram um conjunto de valores e padrões comportamentais baseados na interacção e transmissão no seio familiar. Os pais são responsáveis por algo mais do que a garantia de alimentos e vestuário. A transmissão cultural, o



desenvolvimento de um sentido de moralidade e traços de personalidade são da inteira responsabilidade dos pais e dependem em grande parte da interiorização e da supervisão dos seus filhos. Uma conduta negligente no que concerne ao desempenho do papel de pai, a falta de supervisão, a exposição e submissão a comportamentos violentos, entre outros aspectos, fomentam a adopção de condutas desviantes.

Como tal, o processo de socialização é substituído pela busca da identidade já que não existem regras estáveis para serem interiorizadas. A atracção por ideais totalitários, com a “venda” muita vezes da própria lealdade, pode surgir como substituto das identidades grupais tradicionais perdidas.

Para Erikson, o estudo da **identidade na adolescência** é mais importante do que o estudo da sexualidade, até porque a identidade surge subordinada à sexualidade. Na falta de modelos oferecidos pelos mais velhos, ganha especial importância o grupo de pares. A união com o grupo faz-se frequentemente através da identificação com os heróis do momento. O adolescente questiona-se ansiando pela descoberta de quem é ele; acabando por receber retroacção social, especialmente dos pares. O grupo de pares torna-se na principal fonte de modelos de papéis e de retroacção social. A mesma função é exercida pelos longos telefonemas ou pelas longas conversas sem sentido. Na mesma linha, o sentimento de clã e a intolerância perante as diferenças podem ter a função de defesas contra os riscos de difusão de papéis. A necessidade da retroacção social manifesta-se na preocupação com as aparências e com o julgamento dos outros.

São ainda acrescentadas dificuldades ao processo de identificação, o facto de aparecerem mudanças simultâneas quer no meio interno (fisiológico e psicológico) quer no meio externo (cultural) do adolescente. Por conseguinte, a instabilidade das normas morais da sociedade e o contacto com as incongruências dos adultos contribui para arrastar o adolescente para o relativismo moral e para as generalizações abusivas quanto aos defeitos do mundo dos adultos. Perante as dificuldades que o adolescente experimenta na identificação profissional, muitas culturas oferecem uma *moratória* em relação aos investimentos definitivos. A cultura industrial do ocidente pode, apresentar dificuldades à identificação dos adolescentes, mantendo-os em dependência forçada. *“Esta moratória é um compasso de espera nos compromissos adultos. É um período de pausa necessária a muitos jovens, de procura de alternativas e de*



*experimentação de papéis, que vai permitir um trabalho de elaboração interna*".<sup>23</sup> Sem a **moratória** o jovem nunca se tornaria adulto; a fase de preparação da idade adulta exige toda essa "visão" do futuro, sem a qual o adolescente não poderia saber que tipo de pessoa queria se tornar. Ultrapassar a crise implica a consolidação da identidade. As instituições sociais relativas a esta fase, lidam com adolescentes que têm uma visão geral do mundo e que possuem uma perspectiva de que são os melhores e que conseguem alcançar o poder. Os riscos desta fase são o cinismo, a apatia e a confusão de papéis. A força do *eu* desenvolvido neste estágio é a *devoção*, e a virtude básica é a *fidelidade*.

Apesar duma **crise de identidade** poder surgir em qualquer altura, segundo Erikson, é na adolescência que o indivíduo se encontra mais exposto a uma confusão de papéis que poderá resultar numa crise/confusão de identidade. Este estágio possui um papel fulcral nessa construção. Deste período são característicos os sentimentos de confusão de quem ainda não se encontrou e de indecisão e dificuldade em fazer opções. Uma grande virtude adquirida especialmente neste estágio é a fidelidade aos investimentos, compromissos e ideais.

Contudo, a adolescência não é marcada apenas por conflitos, dificuldades, angústias. Ao se entrar no mundo adulto, dá-se um desenvolvimento positivo ao nível do rendimento psíquico. No caso do intelecto, este apresenta após a passagem da adolescência, uma maior eficácia, rapidez, selecção, concentração nas situações mais complexas; a linguagem torna-se mais completa e complexa com aumento do vocabulário e da expressão.

Os adolescentes vivem este conjunto de transformações de forma diversa mas, duma maneira geral, há uma série de preocupações, medos, dificuldades mais ou menos comuns. Em síntese, as transformações operadas nos adolescentes configuram algumas características particulares:

---

<sup>23</sup> MONTEIRO e SANTOS, 2002: 56

**Quadro 2: Transformações operadas nos adolescentes**

<b>Transformações Fisiológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Crescimento acelerado, mas muitas das vezes desigual e desproporcionado, do corpo;</li><li>● A entrada em funcionamento dos órgãos sexuais (possibilidade de ejaculação e aparecimento da menstruação);</li><li>● Aumento do tamanho do coração e dos pulmões;</li><li>● A ossificação da mão é completada;</li><li>● Possível alteração dos hábitos alimentares;</li><li>● Possíveis variações de peso e aparecimento de acne;</li><li>● Modificações nos odores corporais, nomeadamente no suor.</li></ul>
<b>Transformações nas relações com os pais</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Menor tempo de convivência;</li><li>● Maior dificuldade em contar coisas da sua vida;</li><li>● Maior tendência a pôr em causa e questionar ideias e posições da família;</li><li>● Desejo de ser diferente;</li><li>● Maior independência nas decisões.</li></ul>
<b>Transformações nas relações com os outros rapazes e raparigas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Desejo de ser aceite;</li><li>● Maior importância das relações com grupo de pares;</li><li>● O gosto pelas conversas intermináveis entre amigos.</li></ul>
<b>Transformações nas relações com os adultos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Desejo de ser reconhecido pelos adultos como pessoa com direitos e deveres;</li><li>● Facilidade com que se criam relações de grande confiança com um adulto.</li></ul>
<b>Transformações na forma de encarar o futuro</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Preocupação de tomar decisões e fazer escolhas;</li><li>● Acentuação de desânimos, desistências e hesitações criadas pela frequente oposição entre as dificuldades e esforços de realização dos seus projectos e o desejo de gozar a vida;</li><li>● Tendência para fazer projectos irrealizáveis mas também maior capacidade para realizar os seus projectos.</li></ul>

Fonte: Construído com base em matéria leccionada nas aulas de Psicologia do Desenvolvimento

Os jovens adquirem uma nova habilidade cognitiva de especial relevância que é a reflexão sobre o seu próprio pensamento, a possibilidade de regular os seus próprios pensamentos e não só, os adolescentes começam a tomar em conta os pensamentos dos demais. Desta nova



capacidade emerge um tipo peculiar de egocentrismo na adolescência, que vem da interacção entre a capacidade de ter em conta os seus próprios pensamentos e a preocupação com as mudanças que lhe estão a acontecer. O adolescente vai elaborando uma imagem de si próprio em interacção com as diferentes situações que lhe cabe viver. Ao dar importância a novas áreas, tais como, a conduta moral e a importância da aparência física, a percepção do adolescente vai-se ampliando, assim como, as dimensões que conformam o seu auto-conceito, ou seja, a imagem que aos adolescentes tem deles próprios.

Segundo a perspectiva do teórico BALAGUER (2002), com a adolescência surge outro conceito de grande importância a nível psicológico, o de auto-conceito. As auto-descrições dos adolescentes começam a incluir outro tipo de aspectos, como emoções, desejos, motivações, atitudes, crenças e ideias sobre como desejariam ser e sobre como não querem ser; à medida que as auto-descrições se convertem em abstrações e deixam de lado todos os rasgos observáveis, são mais susceptíveis de distorção e como consequência podem gerar imagens pouco realistas deles próprios. Esta imagem distorcida pode conduzir a uma conduta desadaptada. Esta confusão e preocupação com eles próprios que é normal nesta fase do desenvolvimento, irá regredir no final da adolescência, quando as habilidades cognitivas lhes permitem integrar as distintas acepções numa imagem coerente deles próprios.

A multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representam desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde, tal como refere MATOS (1998)<sup>24</sup>. Enquanto muitos adolescentes navegam por vezes em percursos turbulentos desde a infância à fase adulta para se tornarem adultos produtivos e saudáveis, existe uma preocupação crescente de que muitos outros podem não alcançar o seu potencial total como trabalhadores, pais e indivíduos. Infelizmente, a adolescência é também um período cheio de muitas ameaças à saúde e ao bem-estar dos adolescentes, muitos dos quais sofrem de substâncias incapacitantes e diminuições. Muitas das consequências adversas da saúde experimentadas pelos adolescentes são, dentro de um grande âmbito, o resultado de comportamentos de risco. Estes, uma vez tendo sido identificados os factores de risco, podem vir a ser o ponto de entrada ou foco para as estratégias e acções de promoção da saúde. Por exemplo, através da prevenção primária das

---

<sup>24</sup> MATOS, M.; CELESTE, S.; CANHA, L., 1998: 218





toxicod dependências. Segundo MATOS (1998)<sup>25</sup>, a maioria das actuais ameaças à saúde dos adolescentes são a consequência de factores sociais e comportamentais. Estes factores, que podemos designar como factores de risco, incluem um largo espectro de comportamentos e efeitos, tal como já foi referido aquando os comportamentos de risco.

Na visão de Schwarzer e Fuchs (1995) e Irwin (1987)<sup>26</sup>, grande parte dos adolescentes têm consciência do risco e do perigo em que estão envolvidos ao praticarem determinados comportamentos, mas preferem ignorá-los, devido ao facto de darem mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos. Como exemplo, a aceitação num determinado grupo. Torna-se então necessário compreender e dar mais atenção ao crescimento positivo, à aquisição de novas competências e promoção de comportamentos de saúde, bem como à mudança natural das relações interpessoais.

Visto isto, a adolescência é a idade da alteração das relações (que passam a ser mais acentuadas com os colegas) e da necessidade absoluta de integração de um adolescente num grupo da mesma idade, respondendo às necessidades educativas e sociais e também a motivações intrapsíquicas pessoais. Sendo a adolescência, o período de transição da infância para a idade adulta, caracteriza-se essencialmente pela conquista de um estado de maior autonomia e de aceitação do grupo que cria e/ou acentua conflitos com figuras de autoridade e que pode ser fonte de grandes dificuldades, podendo mesmo traduzir-se em comportamentos desviantes e até mesmo à delinquência.

O conceito de **comportamento desviante** adquire o seu valor consoante a própria pessoa, de sociedade para sociedade. Por exemplo, a homossexualidade, para muitos é considerado um comportamento desviante e para outros não. Segundo VV.AA.<sup>27</sup>, “*O que ontem era, inequivocamente, marginal é hoje, muitas vezes, apenas diferente; o que antes se rejeitava como inadmissível é agora integrado como intolerável*” Assim, todas as comunidades têm os seus padrões e regras, mediante os quais definem e estabelecem os comportamentos que devem ser aceites ou não, que podem ser punidos ou não. Através da socialização “*os indivíduos*

<sup>25</sup> MATOS, M.; CELESTE, S.; CANHA, L., 1998: 219

<sup>26</sup> Cfr. MATOS, M., SIMÕES, C., CANHA, L., Fonseca, S., 1996

<sup>27</sup> VV.AA., 2001: 15



*recebem valores, os símbolos, as normas e o sistema de sanções que hão-de regular as suas formas de pensar, de sentir e de agir no decorrer da sua vida”<sup>28</sup>.*

Parte-se da ideia de que dentro de um sistema social tudo se encontra organizando em torno de instituições cujas objectivam a manutenção da estrutura social. Se considerarmos que na vida social devem existir regularidades e que uma sociedade deve ter um determinado tipo de ordem sem a qual os seus membros não poderiam viver em comunidade, a quebra dessa ordem social trás uma alteração encarada como um desvio social e cujos efeitos serão sentidos, pelo autor e pelos restantes actores sociais.

Segundo CARVALHO<sup>29</sup> num sistema social deve prevalecer a existência de um consenso entre os seus membros em torno de valores comuns, deve existir normas e linhas de orientação no estabelecimento de padrões de comportamento aceitáveis.

O conceito de desvio remete-nos para três dimensões:

- O da normatividade de uma sociedade;
- Em função da frequência com que os desvios são detectados;
- As sanções que procuram deter, corrigir, prevenir e/ou punir actos de natureza desviante.

Para se compreender o comportamento desviante terá que se atender à normatividade pois, onde as normas existem, por certo existirão desvios.

GIDDENS, citado por CARVALHO<sup>30</sup>, alude-se então ao desvio como o comportamento, ideia ou atributo que, quando posto em prática, colide ou perturba a norma estabelecida pelos elementos de um grupo, comunidade ou sociedade. Se por um lado o desvio é definido como a infracção às regras sociais estabelecidas num determinado grupo, por outro, é visto como uma categoria semântica a partir da qual alguns actores sociais são rotulados por outros do mesmo grupo.

O **comportamento desviante**, segundo DIAS<sup>31</sup>, pode ser facilitado através de:

- Falhas e/ou carências na socialização;
- Fraco sistema de sanções;

---

<sup>28</sup> DIAS, 2002: 45

<sup>29</sup> CARVALHO, 2002: 124

<sup>30</sup> CARVALHO, 2002: 130

<sup>31</sup> Cfr. DIAS, 2002: 40



- Facilidade de racionalização dos desvios;
- Indefinições quanto às normas sociais;
- Sigilo das infracções, que acaba por não contrariar o comportamento desviante;
- Legitimação subcultural do desvio, encorajada pelos pares do desviante;
- Sentimento de lealdade para com o grupo em desvio, face à pressão.

As comunidades geram à sua volta símbolos e normas, formando “fronteiras”. Os comportamentos desviantes, são externos a essas fronteiras mas todavia, necessários para que a comunidade estruture e solidifique o seu carácter para que as pessoas que a constituem desenvolvam a sua própria identidade. *“Como se depreende do pensamento de Erikson, os grupos têm necessidade de estabelecer desvios, pois, para além de demarcar os limites do próprio grupo, dão aos indivíduos sentido para as suas vidas e ordenamento para as suas próprias identidades”*<sup>32</sup>.

MARTI<sup>33</sup> afirma que *“A adolescência é o período em que as características do indivíduo favorecem em maior grau o início do consumo de drogas, e inclusive, a sua tendência para a dependência (...) o estímulo para beber cerveja pode partir do meio familiar (pais bebem regularmente) ou do social, em particular o grupo de amigos”*. Visto isto, é fácil perceber que a forte tendência que os adolescentes têm em estar em grupo, a consumirem drogas é meio caminho para os comportamentos desviantes e muito provavelmente à delinquência juvenil.

Embora os termos comportamento anti-social, crime, delinquência surjam constantemente associados, tal não significa que não existam diferenças de definição. Mas se comportamento desviante não é sinónimo de delinquência, no crime encontra na indivíduo delinquente a sua explicação, *“sendo que a pena terá como função castigá-lo, como forma de reparação moral”*<sup>34</sup>. Como tal, existem duas medidas tutelares que pretendem regular este aspecto<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> DIAS, 2002: 42

<sup>33</sup> MARTI, 1996: 24

<sup>34</sup> VV.AA., 2001: 17

<sup>35</sup> Sendo elas: **A lei Tutelar Educativa (Proposta de lei nº266/VII da Assembleia da República)**: regula a intervenção do Estado nas situações em que os menores praticam factos qualificados pela lei como crime, a cargo do sistema de justiça, o que implica a restrição a direitos do menor e de direitos dos progenitores (como por exemplo direito à manutenção dos filhos). Defende igualmente, a necessidade de educação como um conceito normativo do menor para o direito.



Muitos dos comportamentos anti-sociais surgem no decurso do desenvolvimento “normal”. Os comportamentos anti-sociais estão basicamente associados a infracções (e não a crime em particular), são actos que não são socialmente aceites. Um exemplo de um comportamento anti-social pode ser a delinquência.

Estão associados a uma vasta gama de actividades como actos agressivos, vandalismo. Traduzem-se de uma forma geral a uma violação de normas ou de expectativas socialmente estabelecidas.

Segundo o teórico Irving B. Weiner<sup>36</sup>, *“A delinquência pode ser definida uniformemente de acordo com os actos que compreende a despeito de quem os comete ou porquê; mas por outro lado, os delinquentes são um conjunto marcadamente heterogéneo de indivíduos, no que diz respeito aos seus antecedentes e motivações”*.

Este termo poderá ser definido sob duas perspectivas. Uma perspectiva de abrangente, em que se engloba todo um conjunto de acções e omissões, praticadas durante o período da infância e adolescência, consideradas anti-sociais, indicadoras de inadaptação social ou não conforme à conduta esperada por parte dos restantes actores sociais. A segunda perspectiva, mais circunscrita, leva este conceito a englobar única e exclusivamente as condutas, praticadas no decurso da infância e adolescência, que estão tipificadas como crimes pelo Direito Criminal, sendo portanto consideradas como atentatórias de valores protegidos pelo sistema jurídico-penal e violadoras das mais importantes normas de convivência social.

A causalidade da delinquência juvenil deve ser vista à luz de um conjunto de determinantes que condicionam o comportamento humano, podendo ser identificadas isoladamente mas nunca analisadas desprovidas do seu conjunto.

---

**Lei da protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Proposta de Lei nº265/VII da Assembleia da República):** regula a intervenção social do Estado e da comunidade nas situações de menores em perigo, dos que carecem de protecção, reservando-se a intervenção dos tribunais para os casos em que não há consentimento ou em que é necessário decidir sobre restrições ou regulação do exercício de direitos.

À semelhança do que já existe noutros países europeus, pretende-se construir um estabelecimento especial de segurança vocacionado para receber os jovens que cometeram factos ilícitos graves, onde haverá funcionários com funções exclusivas de vigilância (em princípio só devem ser colocados sob regime de vigilância apertada os adolescentes com mais de 14 anos autores de crimes vagos, que passarão a estar confinados ao espaço do edifício, onde decorrerão todas as actividades quotidianas). A intervenção tem como finalidade reforçar o sentimento de respeito, dos direitos dos outros e as exigências da vida em sociedade. O objectivo será o de promover a (re) socialização destes menores, socialização entendida como interiorização dos valores e normas jurídicas que regem a vida colectiva.

<sup>36</sup> WEINER, 1995: 311



A escola surge muitas vezes apontada como estando na génese da delinquência juvenil, sendo apontadas duas acusações que se pensa estarem relacionadas com o referido: a sua incapacidade de fazer face ao papel de socialização e o insucesso escolar e as condutas desviantes que lhe estão associadas. De forma colateral, mas não desprezável, o insucesso escolar pode constituir-se como um dos factores da delinquência juvenil. A incapacidade de atingir os padrões mínimos de aproveitamento escolar gera frustração nos jovens, cria um sentido de repulsa pela escola e pelo que ela simboliza, a própria inércia e falta de soluções para a resolução dos casos de insucesso (por parte do sistema de ensino) agudiza o problema e potência o aparecimento de condutas desviantes e anti-sociais.

O insucesso escolar faz desenvolver uma atitude de frustração, por inerência, repulsa pela escola, pois estes indivíduos são vistos como estudantes de segunda e rotulados como tal, diminuindo a sua auto-estima. Aqueles tendem a agrupar-se com outros que tenham desistido da escola e está criado um clima de exclusão onde a delinquência tem um campo fértil de progressão. A escola pode não ser a génese do problema da delinquência juvenil mas de certa forma contribui para o seu florescimento de forma decisiva, uma vez que a socialização e formação se assumem como um dos maiores passos para aceder a uma conduta normal e ao mercado de trabalho, evitando o desemprego, pode no entanto ser determinante na atribuição de um rótulo negativo e condução para a associação a grupos desviantes.

Nesta fase da vida em que o adolescente se confronta com muitas dúvidas e num processo de procura de si mesmo, as drogas surgem como uma via mágica de descoberta e de enriquecimento pessoais. Assim, a curiosidade de ter novas sensações e o valor mítico da droga, de descoberta e de solução para os problemas da vida são alguns dos factores que contribuem para o consumo de droga. O problema do abuso de álcool e outras drogas é complexo. Deixou, desde há muito, de ser uma questão de elite, de minorias, para ser um problema da comunidade e dos agentes mais directamente envolvidos com os indivíduos afectados por esta problemática tais como pais, professores, e agentes sociais.

Segundo CARVALHO (1991), o aumento do abuso de tabaco, álcool e drogas na população juvenil verificado nos últimos 15 anos aponta para a necessidade de programas de promoção de comportamentos de saúde e estilo de vida de natureza preventiva nas camadas mais jovens.



Segundo AMARO<sup>37</sup>, *“a droga relacionar-se-ia com a delinquência de uma forma directa e de outra indirecta. Relacionar-se-ia directamente, posto que o seu tráfico está penalizado por lei e constitui em si mesmo um delito. Relacionar-se-ia indirectamente porque a “necessidade” ou o “desejo” de consumir drogas exige a obtenção de xxx níveis de rendimentos que “levam” ao roubo e relacionar-se-ia indirectamente com a delinquência porque se pressupõe que o consumidor habitual de drogas é mais propenso ao cometimento de delitos de todo o tipo do que a pessoa não consumidora.”*

Neste ponto, pode-se encarar o consumo de drogas numa dupla vertente: como causa para o surgimento e como delinquência em si. Na primeira, o consumo e dependência acarretam um gasto para além do possível de suportar pelos jovens (atendendo ao padrão normal de disponibilidade económica destes), recorrendo a práticas delinquentes para assegurar o dinheiro necessário ao consumo. Na outra vertente, o próprio consumo consubstancia em si a prática de um ilícito criminal, à data da redacção deste trabalho, e como tal é em si mesmo delinquência juvenil. Este aspecto faz ressaltar a importância desta conduta enquanto causa de delinquência, podendo ser encarado nesta dupla perspectiva.

Deste modo, é necessário fazer-se prevenção primária das toxicodependências, antes que os jovens “entrem” no mundo da droga, pois por vezes o “experimentar” drogas só por curiosidade pode ser um passo para o consumo. Em termos conclusivos, *“aceitando-se que a toxicod dependência e as práticas de vida a ela associadas têm, de facto, implicação directa na evolução da criminalidade e na consciência de uma insegurança (...) É este um mundo complexo, no qual o risco ocupa lugar privilegiado. Reduzi-lo é um objectivo legítimo e comum a todos nós. Porém a ilusão de que é possível anulá-lo, além de irreal, constitui sinal de desistência no caminho para uma sociedade justa e livre”*<sup>38</sup>.

#### **1.4 – A Prevenção Primária da Toxicod dependência**

A prevenção primária é, em Portugal, um dos objectivos privilegiados do **Plano Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicod dependências**,<sup>39</sup> como tal torna-se pertinente e

<sup>37</sup> AMARO, s.d.: 68

<sup>38</sup> VV.AA., 2001: 31

<sup>39</sup> Plano Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005 - 2012. Este plano foi elaborado de acordo com os objectivos do programa do Governo definidos para esta área e considerando os documentos



indispensável proceder à sua definição bem como à identificação das áreas de intervenção que consigna.

A **prevenção** é um conceito relativamente recente, que surge associado aos fundamentos conceptuais da saúde mental. Foi nos anos 60 que se iniciou a conceptualização desta forma de abordar a psicopatologia, a qual por sua vez se manteve ligada à filosofia da corrente médica que esteve na sua origem. Considerava que prevenir seria isolar o agente patogénico, aumentar a capacidade de defesa dos elementos do meio contra a acção maléfica desse agente. No entanto, a complexidade das causas, psicológicas, sociais e culturais colocaram em causa o modelo inicial de abordagem o que levou o conceito de prevenção abandonar o plano de doença para se focar na óptica da saúde e na sua promoção, isto é, estabelecer objectivos de promoção da saúde e o desenvolvimento bio-psico-social dos indivíduos.

A prevenção da toxicod dependência é um processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação e a qualidade de vida dos indivíduos. Este processo engloba a difusão de informação sobre o tema das toxicod dependências e dos concomitantes riscos para a saúde, bem como a promoção de comportamentos saudáveis, implicando a valorização de competências de comunicação, auto-controlo e afirmação da identidade e auto-estima.

Tendo presente que a problemática das toxicod dependências constitui uma das principais preocupações da sociedade portuguesa, a prevenção primária deve ser assumida como uma responsabilidade do conjunto da sociedade, dos poderes públicos, das instituições privadas, da comunidade escolar, das famílias, das empresas e dos meios de comunicação, numa competência partilhada.

Neste contexto, entende-se por **prevenção da toxicod dependência** o “*processo de prossecução de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o auto-controlo individual e a resistência colectiva perante a oferta de drogas*”<sup>40</sup>, o que implica que a intervenção em prevenção primária

---

relevantes no combate à droga e à toxicod dependência. O Plano obedece também aos objectivos da Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga 2005-2012. Este Plano encara a abordagem do fenómeno dos consumos e das toxicod dependências de forma integrada, contemplando diferentes níveis de intervenção local, regional e nacional. O objectivo final deste Plano consiste em reduzir de forma significativa o consumo de drogas entre a população e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde.

<sup>40</sup> PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 2004a: 15



das toxicodependências deva ser considerada como um conjunto de estratégias destinadas a promover estilos de vida saudáveis, englobando a participação activa das comunidades, das instituições e dos seus sistemas.

Para melhor responder ao problema da droga e da toxicod dependência no nosso país, o **decreto-Lei n.º 269- A/2002 de 29 de Novembro** (ver anexo B) cria o Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT) que resulta da fusão de dois organismos complementares – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT) e o Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência (IPDT). O Instituto da Droga e Toxicod dependência desenvolve uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicod dependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicod dependência, promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm neste domínio, apoiando o funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicod dependência, assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação.

No campo da prevenção da toxicod dependência, segundo a conceptualização clássica, CAPLAN (1980)<sup>41</sup> diferenciou a prevenção em três tipos:

● **Prevenção primária** – intervém-se antes que surja a doença e tem como objectivo impedir o surgimento dessa;

● **Prevenção secundária** – o objectivo é localizar e tratar a doença cuja géneses não podia ser impedida com as medidas de prevenção, ou seja, estagnar o processo de consumo que ainda se encontra nos primeiros estádios;

● **Prevenção terciária** – Centra-se de tratamento e reabilitação da doença.

Numa conceptualização mais actual, GORDON (1987)<sup>42</sup> diferenciou a prevenção em três tipos:

<sup>41</sup> CAPLAN apud. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS, 2002: 71

<sup>42</sup> GORDON, apud IGLESIAS, 2002: 72





● **Universal** – é aquela que é dirigida a um grupo sem distinção, beneficiando-os a todos por igual;

● **Selectiva** – é aquela que é dirigida a um subgrupo, o qual tem um risco maior de ser consumidor, isto é dirige-se a grupos de risco;

● **Indicada** – é aquela que se dirige a um grupo concreto da comunidade e que são consumidores, que tem problemas de comportamento, ou seja, dirige-se a indivíduos de alto risco.

A prevenção primária da toxicod dependência é uma abordagem interventiva relevante, pois tem como objectivo evitar, diminuir, reduzir ou mesmo retardar o processo de iniciação de consumo de substâncias psicoactivas, tanto na forma de uso como de abuso, e por conseguinte as consequências negativas quer a nível individual quer a nível social que lhe são associadas.

Segundo o Plano Nacional da Luta Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005 – 2012, a intervenção preventiva será desenvolvida em função da população-alvo e dos contextos, de acordo com objectivos que se pretendam atingir com essa população.

De um modo geral, segundo o Instituto da Droga e Toxicod dependência<sup>43</sup>, pode dizer-se que a **intervenção em Prevenção Primária visa**: a realização de intervenções coerentes e sustentáveis no tempo; a realização de projectos, que, de forma sistemática, integrem e abranjam os níveis individual, familiar e social; a implementação de projectos adequados aos diferentes contextos da realidade nacional; o desenvolvimento e a aquisição de competências pessoais e sociais junto das populações a atingir, principalmente crianças e jovens; a consolidação das parcerias existentes e o estabelecimento de novas redes que permitam actuar no âmbito da prevenção primária de forma articulada e consistente e a qualificação e a formação dos agentes interventores no âmbito da prevenção primária das toxicod dependências.

Segundo o Plano Nacional da luta Contra a Droga e as Toxicod dependências<sup>44</sup>, os **objectivos gerais da prevenção são**: aumentar o conhecimento sobre o fenómeno dos consumos de substâncias psicoactivas; aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico – científica e metodológica e aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção.

<sup>43</sup> Cfr. <http://www.idt.pt/id.asp?id=p3>

<sup>44</sup> Cfr. <http://www.idt.pt/id.asp?id=p2p69p714>



O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, salienta que as actividades de promoção da saúde, como acções de prevenção primária e secundária, são fulcrais na sociedade actual. Deste modo, este Plano fornece algumas **orientações estratégicas e intervenções necessárias para prevenir a toxicodependência** (tabaco, álcool, drogas ilícitas), entre as quais: desenvolver recursos didácticos e formação contínua de profissionais que intervenham na área da prevenção e de profissionais de saúde com competências no âmbito da cessação tabágica; desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e acções de sensibilização e de formação para grupos específicos, que chamem a atenção para os riscos do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas; continuar a dar prioridade a projectos na área da prevenção primária, que permitam reduzir o consumo de drogas junto das populações mais jovens, assim como na redução dos riscos, de modo a minimizar as consequências sanitárias do consumo e encorajar a participação do poder local na prevenção primária, através de “planos municipais de prevenção”, bem como a das famílias e escolas, através de parcerias, com vista a uma efectiva troca de informação e uma real sensibilização da população para a complexidade do fenómeno da droga.

Ao longo dos tempos, diversos modelos tem sido desenvolvidos e testados em prol da prevenção da toxicodependência. O desenvolvimento da prevenção primária tem sido de difícil execução, pelo facto de ter sido difícil definir um modo de intervenção que abordasse todas as dimensões dos grupos-alvo da prevenção primária. Como tal, foi necessário esclarecer os **modelos subjacentes à prevenção primária**<sup>45</sup> desenvolvidos nas últimas décadas. No entanto, ainda que recentes, estes nem sempre têm revelado a necessária articulação com a prática. Alguns modelos ainda possuem um cariz reducionista, em muito devido à *“falta de fundamentação teórica do modelo; insuficientes estudos das técnicas de intervenção; objectivos pouco clarificados e uma avaliação muito pobre ou inexistente”*<sup>46</sup>, entretanto é de referir que a sua existência é fulcral tanto na construção como na execução de programas efectivos e coesos.

Os modelos subjacentes à prevenção primária são:

---

<sup>45</sup> Cfr. SIMÕES, 1998: 22 - 29

<sup>46</sup> SIMÕES, 1998: 22



● **Modelo Informativo – Comunicacional:** este modelo foi o primeiro a ser desenvolvido. A forma para se fazer prevenção primária era através da transmissão de informação factual sobre as drogas e suas repercussões, pois para este modelo os aspectos cognitivos eram fundamentais no processo de tomada de decisão, como tal o aumento de conhecimento sobre as drogas e suas repercussões seriam uma forma eficaz para modificar as atitudes e comportamentos dos indivíduos face aos consumos nocivos.

No entanto, a partir dos anos 70 verificou-se que o aumento de conhecimento não implicava obrigatoriamente uma mudança de atitudes, chegou-se à conclusão que determinada informação gera uma maior procura e um maior consumo de drogas (efeito paradoxal /efeito Boomerang). Verificou-se que a informação sobre as repercussões das drogas a curto e a médio prazo possuíam mais impacto do que a longo prazo, pois para os adolescentes o que importa é o “aqui e agora”.

Actualmente a abordagem informativa, continua a ser utilizada mas como componente num programa de prevenção.

● **Modelo Humanista:** a partir dos anos 70, começou-se a desenvolver o modelo humanista, o qual reflectia o impacto da dimensão humanista da Psicologia e que defendia estratégias preventivas orientadas para o plano afectivo / emocional. Está subjacente a este modelo o facto de que o consumo de substâncias nocivas está directamente relacionado com factores internos no indivíduo (como por exemplo a baixa auto-estima). Desta forma, o objectivo deste modelo era a capacitação e incrementação de valores positivos no indivíduo.

A não redução do consumo de substâncias nocivas fez com que se chegasse à conclusão de que a abordagem é apropriada, no entanto as metodologias centradas nas aprendizagens vivenciais são insuficientes.

Nesta linha, surgem as abordagens de influência social, sustentadas na teoria da Aprendizagem Social desenvolvida por Bandura. Começou-se a denotar que os agentes sociais (família, amigos, entre outros) são modelos alternativos, os quais proporcionam exemplos de comportamentos apropriados ou inapropriados e as respectivas consequências. Neste sentido, o meio tornou-se um factor fulcral no desenvolvimento como fonte de alternativas. Esta abordagem, veio evidenciar o papel do meio e tenta dar alternativas específicas com o intuito de reduzir a atracção pelo consumo de drogas.



● **Modelos das Competências de Vida:** este modelo sustenta-se na teoria de Aprendizagem Social de Bandura (referido no modelo anterior), juntamente com a teoria do Comportamento Problema Jessor e Jessor (abordagem Sócio-Psicológica dos problemas que surgem na adolescência).

A teoria do Comportamento Problema, inter-relaciona vários factores – psicológico, fisiológico, percepção ambiental – e apresenta quatro sistemas: o sistema ambiental, o comportamental, o da personalidade e o da percepção do ambiente os quais se inter-relacionam entre si e que tem duas componentes factoriais. Estes componentes são os factores protectores (recursos pessoais ou situacionais que veiculam resistência ao risco) e os factores de risco (atributos individuais ou situacionais que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dado ou doença).

O objectivo da prevenção primária é entrecruzar estes dados, de forma a reduzir os factores de risco e aumentar os factores protectores. Deste modo, é necessário desenvolver as potencialidades que os indivíduos têm para lidar com as influências sociais para o consumo de drogas e desenvolver as competências individuais.

● **Modelo Bio-psico-social:** este modelo é a junção dos modelos anteriores e tem como objectivo a promoção de estilos de vida saudáveis, visto que actualmente a saúde é considerada um factor muito importante, não só a um nível físico como a um nível psíquico e social.

Deste modo, as estratégias de prevenção deste modelo são: numa primeira fase, procuram estimular os indivíduos a se manterem saudáveis numa perspectiva de desenvolvimento e valorização pessoal e, numa segunda fase, definir estratégias que facilitem o acesso directo das comunidades à informação, para que estes conheçam e tenham acesso a todos os serviços disponíveis.

Como refere Simões<sup>47</sup> “*Este modelo tenta integrar os modelos anteriores, conciliando as várias teorias e estratégias de intervenção, no sentido de reforçar os factores salutogéneos e minorar os factores patogénicos, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de cidadãos responsáveis e saudáveis.*”

---

<sup>47</sup> SIMÕES, 1998: 29



### **1.4.1 - Prevenção das Toxicodependências em Meio Escolar**

A prevenção das toxicodependências em meio escolar tem inúmeras vantagens, entre as quais o facto da escola ser um dos principais agentes de socialização, juntamente com a família. Para além de que é nesta instituição que o processo de socialização, iniciada na família, se continua a desenvolver.

A Escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento do processo de socialização, da capacidade de estabelecer relações, da percepção da experiência sensorial e das necessidades pessoais, da auto-estima e confiança, das competências de comunicação, da identificação, expressão e gestão das emoções, da capacidade de brincar e de favorecer a criatividade e o espírito crítico.

Este agente de socialização tem a vantagem de poder actuar sobre as crianças / jovens que se encontram num processo de amadurecimento, susceptíveis a mudanças e momentos de crise. Que se encontram expostos a múltiplos riscos (entre os quais o consumo de drogas lícitas e ilícitas) as quais podem ser detectadas precocemente. O processo de desenvolvimento de todas as crianças está muito dependente das interações com o meio, podendo estas resultarem em vulnerabilidade ou em resiliência. Deste modo, as intervenções preventivas devem ser integradas no processo educativo, sob forma de promoção da saúde, dirigindo-se a todas as crianças.

A escola como um meio privilegiado terá como função prevenir situações de risco, informando e motivando a população no sentido de evitar as drogas, situando-se para tal no seu quadro social, económico e cultural. Esta, deve procurar incutir nas crianças/jovens modos de vida saudável isentos de droga. Para além de que, deve procurar atingir indivíduos antes que estes fiquem expostos aos meios da droga e outras influências que possam favorecer os primeiros contactos, não suscitando a curiosidade ou desejo mas indicando claramente os efeitos negativos e prejudiciais do abuso de drogas e sublinhando os efeitos positivos de outras actividades e de um estilo de vida isento de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

A prevenção escolar deve conseguir evitar que as crianças / jovens não consumam drogas ou pelo menos retardar o consumo destas.



## 2 - Metodologias de Intervenção do Serviço Social

Quando falamos de Metodologias de Intervenção do Serviço Social, estamos-nos a referir (partindo de uma perspectiva macro para uma perspectiva micro) aos seus modelos, metodologias, métodos, técnicas, estratégias e instrumentos. No entanto, para compreendermos o que são estes conceitos, é necessário em primeiro lugar compreender os suportes teóricos que o sustentam, ou seja, ter uma perspectiva do que é o Serviço Social.

Deste modo, começaremos por fazer uma abordagem do que é o Serviço Social, qual o seu objecto de estudo, quais os valores e princípios que o regem entre outros pontos fulcrais para a sua compreensão. Por conseguinte, abordaremos a intervenção do Serviço Social, isto é, seus modelos, metodologias, métodos, técnicas, estratégias e instrumentos.

### 2.1 – Serviço Social

O **Serviço Social** provém de ideias humanitárias e democráticas. A prática desta profissão baseia-se na satisfação de necessidades humanas e no desenvolvimento do potencial e recursos humanos. Segundo a FIAS<sup>48</sup> “*O Serviço Social é uma profissão cujo objectivo consiste em provocar mudanças sociais, tanto na sociedade em geral como nas suas formas individuais de desenvolvimento*”.

Segundo SPOSATI<sup>49</sup>, a **Acção Social** restringe-se ao campo da ajuda eventual e orienta-se para a ajuda a quem «não existe para o capital»: o desempregado, o não trabalhador, etc. A proposta é a de tornar a assistência social como política social, ou seja articulá-la como proposta universal. Do ponto de vista de Maria Augusta Negreiros, a Acção Social pode ser compreendida em dois sentidos, o sentido amplo e o sentido restrito. Em relação ao sentido amplo a acção Social é composta pelo conjunto das acções e interacções que caracterizam as relações entre os indivíduos, as relações entre os indivíduos com os grupos sociais e as relações destes entre si. Vários autores tais como, A. Tourraine, Durkheim, Parsons, Max Weber, trabalharam e desenvolveram a Acção Social, como uma perspectiva sociológica. É uma perspectiva que consiste na capacidade de compreender e estudar a sociedade, ou seja, fazer uma leitura de compreensão da realidade social em que os objectivos não estão definidos. É

<sup>48</sup> FIAS, apud ISSSL, 1999: 21

<sup>49</sup> SPOSATI, 1992: 56-57



uma acção social que passa por vários saberes profissionais independentemente do seu nível/grau escolar (voluntários, famílias, instituições, etc.), todos os agentes sociais estabelecem relações e interacções.

No sentido restrito, a Acção Social consiste em medidas adoptadas para melhorar as relações sociais, as condições de vida dos cidadãos e tornar a sociedade mais justa e favorável ao desenvolvimento dos indivíduos. Neste sentido prevalece uma perspectiva intervencionista defendida por Ander-Egg em que “*A Acção Social é todo o esforço consciente, organizado e dirigido, individual ou colectivo (público ou privado), que de modo expresso tem por finalidade actuar sobre o meio social para manter uma situação, melhorá-la ou transformá-la*”<sup>50</sup>.

Nesta perspectiva, os agentes intervenientes são vários profissionais, onde se encontram os profissionais de Serviço Social. Mediante o seu carácter prescritivo/normativo é evidente a dimensão política de Acção Social visto que tenta modificar as condições de vida dos cidadãos.

A **acção do Serviço Social** assenta em práticas assistenciais, correctivas, terapêuticas, institucionais, administrativas, jurídicas e económicas. Trata-se duma prática com características sócio – relacionais que inclui uma dupla dimensão:

➤ **Dimensão Educativa:** Desenvolve relações inter-pessoais como molde e condição de expressão e expansão humana e desenvolve também, valores, atitudes e habilidades capazes de desencadear um processo de auto-regulação e de progressão pessoal e grupal;

➤ **Dimensão Política:** Implementa, acciona ou cria recursos sociais e fluxos e relações (informação e participação)

Desta forma, a acção do Serviço Social pressupõe fundamentos e estratégias psico-sociais e políticas.

O assistente social é um agente de inclusão social que actua junto dos indivíduos, sistemas e estruturas com o objectivo de desenvolver as condições de expressão, associação, opção, decisão e interferência do próprio homem no mundo.

Deste modo, actua sobre **três unidades de acção**<sup>51</sup>:

---

<sup>50</sup> NEGREIROS, 1985: 18

<sup>51</sup> FALCÃO, 1979



- **Unidades Psicossociais (nível micro) – Intervenção psico-social:** Remete para sujeitos da vida societária, pequenos grupos e grupos comunitários de forma a estabelecer uma relação interpessoal entre indivíduos com interesses e necessidades semelhantes.
- **Unidades Sociais (nível micro) – Intervenção psico-social.** O técnico gere, organiza as organizações sociais que fornecem bens e serviços às pessoas.
- **Unidades Políticas (nível macro) – Intervenção socio-política:** Leva ao encontro dos problemas sociais gerais. Tem a ver com estruturas, sistemas; unidades normativas, organizacionais e processuais operantes na vida societária.

O Serviço Social é uma profissão particular, inscrita na divisão social e técnica do trabalho colectivo social. Engloba-se num corpo profissional e possui um padrão ético que lhe confere um Código Deontológico que orienta a prática, reforça e qualifica o desempenho do profissional. Isto é, imprime uma conduta que tem subjacente a qualificação com a direcção de salvaguardar os Direitos Humanos. Os conceitos na área dos Direitos Humanos encontram-se em permanente evolução. Como tal achamos pertinente fazer uma breve referência a estes.

A definição dos **Direitos Humanos** fornecida pelas Nações Unidas diz-nos que os Direitos são inerentes à nossa natureza e que sem eles não podemos viver como seres humanos. Os Direitos Humanos são universais, aplicam-se a todas as pessoas sem discriminação.

Os profissionais de Serviço Social interagem em várias áreas, tais como: o planeamento, orçamentação, execução, avaliação e alteração das políticas e serviços sociais de carácter preventivo a diferentes grupos e comunidades. Actuam sobre os níveis micro (indivíduo e família), meso (comunidade) e macro (sociedade – nacional e internacional), expandindo a sua prática por cinco contextos diferentes que são interdependentes, que são: contexto geográfico, político, cultural, sócio-económico e espiritual. Como tal, uma das preocupações do Serviço Social é proteger os indivíduos e grupos relativamente às questões de desigualdade. Procura ser mediador entre pessoas e o Estado ou outras entidades; defender causas particulares e garantir a protecção em situações nas quais a acção estatal (a favor do bem comum) ameaça os direitos e liberdades de determinadas pessoas ou grupos.

Os profissionais de Serviço Social estão conscientes que as suas preocupações estão ligadas ao respeito dos Direitos Humanos. *“Aceitam a premissa que os direitos humanos e liberdades*





*fundamentais são indivisíveis e que a plena realização dos direitos civis e políticos não é possível sem gozo dos direitos económicos, sociais e culturais”<sup>52</sup>.*

É impossível separar os Direitos Humanos da teoria, valores, deontologia e prática do serviço social. Todos os envolvidos na área do Serviço Social devem assumir um compromisso claro e incondicional de promoção e protecção dos Direitos Humanos.

Os **valores filosóficos** são muito importantes no desempenho profissional dos técnicos sociais. Dado que estes valores sustentam também a dimensão dos Direitos Humanos – presente na formação dos profissionais – e praticamente em todos os casos/problemas com que os técnicos sociais se confrontam derivam de uma crise de valores subjacente. Deste modo, é necessário salientar as explicações psicossociais e económicas desses casos, “*através da compreensão de uma dimensão diferente e mais profunda e do conhecimento da inter-relação entre estruturas e processos psíquicos, sócio-económicos e valorativos*”<sup>53</sup>.

Os valores filosóficos com importância central no desempenho profissional são: o Valor à vida; o Valor da Liberdade e Autonomia; o Valor da Igualdade e Não Discriminação; o Valor da Justiça; o Valor da Solidariedade; o Valor da Responsabilidade Social; o Valor da Evolução, Paz e Não-violência; o Valor das Relações entre o Homem e a Natureza.

No que respeita ao **Código Deontológico dos Assistentes Sociais**, dele fazem parte cinco princípios fundamentais: Dignidade da pessoa humana; Justiça Social; Serviço; Integridade e Responsabilidade.

“*O Serviço Social está inserido no campo das ciências humanas como disciplina profissional destinada a intervir na realidade humano-social*”<sup>54</sup>. Assim, **esta disciplina tem como função principal** a intervenção na realidade prática sustentada por bases teóricas.

“*O Serviço Social surgiu historicamente, como profissão para atender às populações carentes no suprimento de suas necessidade de subsistência*”<sup>55</sup>. Como tal, o principal **objectivo do Serviço Social** é a integração do homem como agente participante na sociedade onde está situado, ou seja, o Serviço Social tem como objectivo garantir que os indivíduos vejam satisfeitas as suas necessidades de subsistência e existência.

---

<sup>52</sup> ISSSL, 1999: 26

<sup>53</sup> ISSSL, 1999: 30

<sup>54</sup> FALCÃO, 1979: 23

<sup>55</sup> FALCÃO, 1979: 15



Segundo Maria do Carmo Falcão<sup>56</sup>, para se intervir na realidade humano – social é necessário ter ainda em consideração dois objectivos: a defesa de um Estado de Bem Estar Social onde os bens sejam distribuídos equitativamente e seja possível a melhoria da qualidade de vida e a criação de um Estado de Desenvolvimento Social caracterizado pela criação de bens e serviços suficientes para a satisfação das necessidades da população. Assim, “*Na concepção de Desenvolvimento Social preconizam-se oportunidades de exercício pleno da vida física, mental e espiritual do homem, objectivando (...) o desenvolvimento humano - social*”<sup>57</sup>. Noutras palavras, o que se pretende é o desenvolvimento do ser humano, através do seu envolvimento e empenhamento na busca da concretização dos bens e serviços necessários “*Procura-se, sobretudo, a participação efectiva da comunidade humana local ou nacional, na busca e concretização de tais bens e serviços*”<sup>58</sup>.

O Serviço Social sempre valorizou bastante os **valores** que orientam a sua intervenção. Estes têm de ter uma dimensão global para que possa abranger de forma igualitária todos os indivíduos da sociedade. Assim sendo, foi necessário “*definir quais os valores que seriam universalmente postulados como guias normativos da acção profissional do Serviço Social*”<sup>59</sup>.

Desta forma, como **principais valores**<sup>60</sup> para a orientação da sua intervenção, o Serviço Social adoptou<sup>61</sup>:

- A pessoa humana enquanto ser livre e capaz de garantir a sua auto-subsistência. Cada um tem que ser respeitado enquanto ser humano, respeitando-se o seu valor e a sua dignidade;
- O bem-estar e integridade do grupo para que cada indivíduo se sinta bem no seu grupo e que possa intervir livremente sempre que assim o deseje;

<sup>56</sup> Cfr FALCÃO, 1979: 20

<sup>57</sup> *idem*

<sup>58</sup> *idem*

<sup>59</sup> FALCÃO, 1979: 20

<sup>60</sup> Material cedido na disciplina Teoria e Metodologias do Serviço Social II do 3º Ano

<sup>61</sup> Na intervenção profissional estes valores adoptam duas conotações importantes:

▪ **Ético – Normativa:** São os valores que indicam qual a melhor forma de conduzir a acção profissional. Quais as atitudes desejáveis de serem tomadas ao nível das relações com o sistema – cliente. O profissional deve portanto conhecer o que é mais importante ao nível das interrelações entre os indivíduos para que o cliente não fique desarticulado do todo em que está inserido. Trata-se da transformação dos valores e conhecimentos em princípios básicos que conduzem a prática profissional do Assistente Social.

▪ **Ideológica:** A intervenção do profissional é guiada por uma dada concepção de homem e por uma dada interpretação da realidade. Estas dão sentido ideológico à intervenção visto que existe sempre um posicionamento na acção profissional exercida sobre a realidade humano – social.



- O poder que cada indivíduo tem de fazer crescer a sociedade em que se insere. Ele fá-lo através da busca do progresso e do desenvolvimento da sociedade;
- A segurança do indivíduo e da sociedade. Esta segurança é fundamental para o bom desenvolvimento de ambos.

*“Resumindo, os valores são, hoje questão fundamental para as profissões que actuam na problemática humana e social, pois não é possível ignorar as contradições agudas da realidade em que vivemos”<sup>62</sup>.*

O Serviço Social tem como **principal objecto** as inter-relações Homem/ Sociedade intervindo a nível das relações entre cidadãos, organismos e estruturas societárias, para atendimento das necessidades humanas, sejam elas materiais – ou de subsistência – que englobam as necessidades bio-sociais dos indivíduos; ou não materiais – ou existenciais – que englobam as de expressão, associação, opção, decisão e interferência. Estas últimas podem-se englobar no conceito de participação que se define na participação social dos minimamente descapitados<sup>63</sup>. A participação como finalidade dirige-se a todo e qualquer cidadão numa sociedade com o objectivo de desenvolver habilidades capazes de gerar em cada um comportamento expressivo.

Segundo a autora Myrian Baptista<sup>64</sup>, não existe um consenso quanto à definição de **participação na acção do Serviço Social**. A dificuldade de se chegar a um consenso deve-se ao facto desta ser uma categoria complexa, transitiva e com posicionamentos ideológico-práticos, partindo do seu sentido etimológico. Trata-se de *“um processo físico e/ou mental de tomar parte em algo (...), ou seja, um processo que só adquire sentido quando explicita o objecto sobre o qual a acção se faz.”<sup>65</sup>*. Todavia, poder-se-á dizer que a participação traduz-se num acto que expressa uma relação, um sentido, uma finalidade vinculada às diferentes formas de ver o mundo, às ideologias e utopias que lhe oferecem conteúdos de valor, de sentimentos.

As práticas sociais possuem diferentes **significados**, segundo a singularidade da prática, tais como: um sentido utilitarista, que valoriza apenas o gesto espontâneo; limitar-se no âmbito afectivo, ou ainda uma direcção profunda e global, ou seja “Praxis Social”.

---

<sup>62</sup> FALCÃO, 1979: 21

<sup>63</sup> Doyal e Gough, apud PEREIRA, 2001: 210

<sup>64</sup> BAPTISTA, 1986: 31

<sup>65</sup> BAPTISTA, 1986: 31



A **Praxis Social** expressa-se no sujeito colectivo / transindividual, mais propriamente nos grupos sociais, em que a Praxis e a consciência se orienta por um conjunto de inter-relações (conservando-as ou transformando-as). Também se dirige para os grupos sociais / classes sociais (oprimidas). Estes têm o valor único de revolucionar a sociedade, conquistando o todo social (plena libertação, realização humana).

A Praxis Social deve permitir a sua articulação com as práticas dos grupos sociais oprimidos. Define-se por possuir uma direcção e concepção claras, não pode ser neutra, o seu papel mediatizador encontra-se articulado com a visão da realidade e tem de ter paixão. Através destas características encontra-se apta para fornecer horizontes, direcções, estratégias, reflexões partilhadas/colectivas, conscientes e criativas.

As principais **funções** do Serviço Social são a promoção de condições de atendimento às necessidades humanas básicas de subsistência e participação; o dever de assistir às parcelas populacionais carentes e suprimento das suas necessidades de subsistência; e dar oportunidade, pelo exercício e instrumentalização, à expressão, à associação, à opção e à interferência do homem no meio.

Segundo Ander-Egg<sup>66</sup>, podem ser classificadas em duas categorias principais:

### **Funções Compartilhadas**

Trata-se de funções que não são específicas do Serviço Social. Existem dois tipos:

- **A função de Implementador de Políticas Sociais** compreende a realização de actividades, tendo como objectivo os direitos sociais reconhecidos pela Constituição e Leis. É processada mediante a distribuição de bens e prestação de serviços para assistência, socorro, prevenção, reabilitação e promoção, que é preciso implementar em contacto directo com os utentes. É aqui que reside o específico do Serviço Social.

- **A função de Educador Social e de Animador-Promotor**, trata-se duma função necessária à prática do Serviço Social. Consiste em incentivar e gerar acções que potenciem o desenvolvimento de indivíduos, grupos e comunidades, fornecendo condições para a participação activa da população na solução dos próprios problemas.

### **Funções Específicas**

As funções específicas do Assistente Social são as seguintes:

---

<sup>66</sup> ANDER-EGG, 1995: 16



- Consultor - Assessor – Orientador – Conselheiro Social;
- Fornecedor de Serviços Sociais;
- Informador – Agente de remissão de recursos e serviços;
- Agenciador – Intermediário entre usuários e Instituições, entre recursos e necessidades;
- Pesquisador e diagnosticador de problemas sociais;
- Identificador de situações – problema e recursos;
- Planeador/Programador de tratamentos, intervenções e projectos sociais para melhorar a qualidade de vida;
- Administrador de programas e Serviços Sociais;
- Mobilizador de recursos humanos, institucionais, técnicos, materiais e financeiros;
- Executor de programas e projectos sociais e actividades de atendimento, ajuda e apoio;
- Avaliador de necessidades, serviços e programas e da sua própria intervenção social;
- Reformador de instituições – activista social;
- Educador Social informal;
- Animador – Viabilizador – Mobilizador – Conscientizador.

## 2.2 – Metodologias de Intervenção

A **intervenção** é a actividade do trabalhador social que consiste em (ou pelo mesmo pretende) provocar mudanças, num sentido sistémico, ou seja, é uma acção específica do trabalhador social em relação aos sistemas ou processos humanos para produzir mudanças. É, não só, o “que fazer”, mas também o “como fazer”. Esta intervenção é guiada pelo conhecimento, valores e habilidades do trabalhador social mediante a execução de metas específicas.

Existem, de acordo com a autora CAPARRÓS<sup>67</sup>, **dois tipos de intervenção**: a directa e a indirecta. A intervenção directa é a que tem lugar entre o trabalhador social e o utente. Para ela decorrer tem que haver uma relação presencial. Pelo contrário, a relação indirecta é a que se produz sem a presença directa do utente ou quando se trabalha com as instituições, investigando ou planificando.

---

<sup>67</sup> Cfr. CAPARRÓS, 1998: 28.

**Quadro 3 – Tipos de intervenção do trabalhador social**

<b>Intervenciones directas</b>	<b>Intervenciones indirectas</b>
<b>1. Clarificar-apoyar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la clarificación;</li> <li>➤ el apoyo;</li> <li>➤ la comprensión de sí mismo.</li> </ul>	<b>1. Organización-documentación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la organización del espacio;</li> <li>➤ la organización del tiempo;</li> <li>➤ la documentación.</li> </ul>
<b>2. Informar-educar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la información;</li> <li>➤ la asistencia material;</li> <li>➤ la educación.</li> </ul>	<b>2. Programación y planificación de intervenciones directas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fases preliminares a la constitución de un grupo asistido;</li> <li>➤ organización de actividades de grupo puntuales;</li> <li>➤ - elección de actividades de apoyo en el programa de un grupo.</li> </ul>
<b>3. Persuadir- influir:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ el consejo;</li> <li>➤ la confrontación;</li> <li>➤ la persuasión.</li> </ul>	<b>3. Intervenciones en el entorno del asistido</b>
<b>4. Controlar – ejercer una autoridad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ el trabajo de seguimiento;</li> <li>➤ imponer exigencias y limites;</li> <li>➤ el control.</li> </ul>	<b>4. Colaboración con otros trabajadores sociales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la comunicación;</li> <li>➤ la concertación;</li> <li>➤ el trabajo en equipo;</li> <li>➤ la consulta.</li> </ul>
<b>5. Poner en relación – crear nuevas oportunidades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ poner en relación;</li> <li>➤ apertura y descubrimiento;</li> <li>➤ utilización y creación de estructuras del medio y participación en ellas</li> </ul>	<b>5. Intervenciones en el nivel de organismos sociales.</b>
<b>6. Estructurar una relación de trabajo com el asistido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ estructuración en el tiempo;</li> <li>➤ utilización del espacio;</li> <li>➤ focalización de objetivos de trabajo.</li> </ul>	

Fonte: CAPARRÓS, 1998: 29

O **objectivo da intervenção** é a mudança social. O assistente social, qualquer que seja o tipo de intervenção que faz, orienta sempre a sua prática para a ocorrência de uma mudança, ou seja, pretende produzir modificações numa situação-problema e dirige-se para a superação de



conflitos derivados da inadequação do binómio necessidades/recursos, com o objectivo de oferecer aos indivíduos maior bem-estar e qualidade de vida.

As situações sociais-problema são diferentes para os profissionais, dependendo do modelo utilizado, uma vez que o objecto de intervenção pode ser diferente e os procedimentos na intervenção podem ser também diferentes. Assim, o **modelo** não trata da realidade em si, é antes uma construção simplificada e esquemática que traduz a realidade. Tem como objectivo procurar descrever de forma genérica o que acontece durante a actividade prática, o que deve ser. Os modelos são importantes porque ao serem, aplicados de forma sistemática numa determinada realidade, vão extrair teoria sobre a mesma - extrair padrões e condutas - vão produzir teoria. Trata-se duma representação da realidade, que no caso do presente relatório, se refere ao agir do assistente social no âmbito da prevenção primária da toxicoddependência na adolescência. Procura reflectir sobre determinado tipo de fenómeno que deve ser analisado num determinado espaço e tempo. Estes fenómenos possuem princípios de acção, bem como os fins dos métodos e das técnicas dessa disciplina. Assim, o modelo pode ser definido como um conjunto de princípios relativos a determinado campo de fenómenos ou da experiência, que através dum esquema de referência que visa guiar uma determinada prática.

Para que um determinado profissional escolha um determinado modelo de intervenção existem diferentes factores que entram nessa escolha (objectivos institucionais). Analisar a prática profissional pressupõe um esforço de descrição, compreensão e reflexão dos problemas sociais no que diz respeito aos esquemas explicativos relativos ao quadro de referência teórico, metodológico e técnico. Trata-se de identificar as influências de determinadas correntes que por sua vez expressa uma forte correlação entre o conteúdo teórico-metodológico de determinado modelo e as orientações predominantes com vista a oferecer determinada resposta a determinado problema. Desta forma, verifica-se uma forte correspondência entre as demandas de determinada conjuntura e a influência de uma ou outra disciplina em particular.

São oito as **variáveis que influenciam a eleição** de um determinado modelo na prática profissional<sup>68</sup>:

---

<sup>68</sup> Material cedido na disciplina Metodologias Específicas em Intervenção Social do 4º Ano



**1. Tipo de fenómenos** para os quais se dirige o modelo, normalmente são fenómenos de experiência humana, que vai ser trabalhado, considerados como problemáticos como por exemplo: doença, marginalidade, delinquência.

**2. Quadro conceptual-teoria**, é utilizado para descrever os problemas, analisá-los de forma sistemática, para determinar os objectivos da acção profissional e os princípios de ajuda. Retrata igualmente abordagens teóricas sobre o homem bem como as componentes psicológica, social, cultural, económica, política, perspectivas procedentes de estudos históricos, filosóficos; enunciados a partir da análise da experiência acumulada pela prática profissional. Em suma, trata-se dum conjunto de teorias que vão tentar descrever e explicar determinados fenómenos e problemas, definindo os objectivos de determinada intervenção. Como exemplo, a questão da delinquência, poder ter uma teoria mais psicológica, mais sociológica...

**3. A natureza da intervenção do trabalho social**, pretende não apenas identificar a apenas a mudança mas também quais os objectivos que se pretendem alcançar, que determinam qual o modelo a seguir (a curto e a longo prazo) ao nível teórico-prático (princípios de acção que caracterizam o modelo e os seus procedimentos, métodos e técnicas aplicadas). Como tal, permite perceber qual é a mudança, a direcção e tipo da mesma. Para perceber qual é o resultado da intervenção que se quer alcançar, tem que se perceber o que é pretendido.

**4. A natureza dos meios ou das instituições onde se desenvolve o modelo.** Os meios deverão ser analisados em função dos seus objectivos, situação de pertença relativamente à instituição e cultura desta e em função das inter-relações entre os aspectos organizacionais e as práticas profissionais. Dever-se-á trabalhar a questão dos objectivos institucionais, profissionais e da população utente. É mais importante a quantidade do que a qualidade, daí se utilizar mais modelos a curto prazo em vez de utilizar modelos a longo prazo.

**5. A análise em função do status e funções do profissional do ponto de vista dos outros profissionais e dos próprios assistentes sociais.** A forma como o profissional se vê e como se auto representa, assim também o modelo de intervenção será diferente de outro que se veja e se auto representa de outra forma.

**6. Os valores e a ética subjacente ao modelo.** É necessário ter a percepção de como a sociedade encara e percebe a justiça social e quais os valores inerentes à mesma.





**7. A concepção do indivíduo-cliente**, trata-se de identificar a natureza e a força das capacidades da pessoa para que este possa fazer “frente” aos seus próprios problemas. Encontra-se intimamente ligada à variável anterior, isto é, a forma como é que o profissional vê o sujeito da intervenção. Não se pode ficar apenas pela aparência dos clientes, pois pode-se excluir alguém da ajuda, por não se acreditar na mudança deste. A descrença no utente é uma concepção que contamina a intervenção social e a relação com o primeiro.

**8. A natureza da relação entre o assistente social e o sistema cliente.**

Para que melhor se perceba realmente o **significado de modelo para o Serviço Social**, passará a ser feita uma breve caracterização de alguns dos modelos utilizados pelo profissional. É de referir que não serão abordados na sua totalidade devido ao facto de serem em grande número e por não se justificar a uma abordagem intensa. Contudo, será dado um maior ênfase ao modelo Interaccional Sistémico. Isto porque, de acordo com as entrevistas realizadas, foi identificado como o Modelo de intervenção adoptado pelas respectivas assistentes sociais.

O **Modelo Liberal ou Clínico** surgiu no contexto do paradigma positivista, um dos primeiros paradigmas a surgir com as ciências sociais, ligado ao método experimental. O profissional de Serviço Social deve ajustar o indivíduo ao grupo e o grupo à sociedade. O profissional deve ser um ser compreensivo, simpático e com capacidade de se relacionar e de acolher os que necessitam, guia-se pelo conhecimento comum e bom senso.

Este modelo tem em conta que cada caso é um caso diferente. É importante referir que este modelo se apoia numa concepção estática da sociedade em que os indivíduos mais fracos procuram situações mais favoráveis. Em suma, o modelo liberal segue o sentido de desenvolver relações harmoniosas, estáveis, não questionando as organizações nem a sociedade.

O **Modelo Radical** tem subjacente o Paradigma Marxista e tem como objecto as instituições, sociedades capitalistas e seus serviços, as organizações e as estruturas sociais/económicas. O alvo da intervenção não é o indivíduo (como no modelo liberal) mas sim, a estrutura organizacional. Remete-nos para uma relação dialéctica entre os contextos materiais onde estão situados os indivíduos; não remete para a neutralidade, vai produzindo a teoria social. Possui uma análise crítica da realidade. O profissional deve proporcionar condições de consciencialização dos indivíduos, de construção de uma auto-imagem positiva e



ajudar/apoiar as pessoas numa determinada situação partindo daquilo que ele é baseando-se no próprio pensamento do indivíduo.

Relativamente ao **Modelo Interaccional Sistémico**, é importante referir em primeiro lugar a definição de Abordagem Global ou Sistémica.

A **Abordagem Sistémica Global** une o total dos elementos do sistema que se vai estudar, as suas interações e as suas interdependências. Esta abordagem apoia-se na noção de sistema. É uma metodologia que permite reunir e organizar os conhecimentos com vista a uma maior eficácia da acção. Aqui, o que surge de novo é a integração das disciplinas em torno do método transdisciplinar, a que se dá o nome de sistémico. É necessário ter em consideração todos os elementos do conhecimento, para que a intervenção tenha qualidade. Qualquer técnico não pode ficar limitado a um subsistema, tem que possuir uma visão global, fazer uma abordagem compreensiva dos problemas, dos sistemas e das interações.

É fundamental para a definição da Abordagem Sistémica, a **noção de sistema**. A noção mais complexa do termo sistema diz-nos que: “*Um sistema é um conjunto de elementos em interação dinâmica, organizados em função de um objectivo*”.<sup>69</sup> A noção de sistema possui dois grandes aspectos: permite a organização dos conhecimentos e torna a acção mais eficaz. Possui como **principais características**: a abertura e a complexidade.

Em relação à abertura, existem sistemas Abertos e Fechados, sendo que os primeiros permanecem em relação com o meio ambiente, estabelecem trocas de energia e de informação e lançam para o ambiente a entropia e a energia utilizada. Aqui a entropia regista níveis baixos, na medida em que ela remete para a estagnação, estabilidade. Então, quanto maior forem as relações estabelecidas com o exterior, maior a probabilidade de existir mudanças, alterações, e por isso menor estabilidade no sistema (entropia baixa).

Uma das propriedades mais importantes dos sistemas abertos é a **Homeostasia**, que segundo ROSNAY consiste numa “*condição essencial da estabilidade – e portanto da sobrevivência – dos sistemas complexos*”<sup>70</sup>. O mesmo autor, explica que, “*um sistema homeostático (ex. empresa) é um sistema aberto que mantém a sua estrutura e as suas funções por meio de uma multiplicidade de equilíbrios dinâmicos (...)* Um sistema deste tipo reage a

---

<sup>69</sup> ROSNAY, s/d: 85

<sup>70</sup> ROSNAY, s/d: 119



*toda a mudança proveniente do meio (...) por uma série de modificações de igual grandeza e direcção oposta às que lhe deram origem: estas modificações têm por finalidade a conservação dos equilíbrios internos”.*

Os **sistemas Fechados** estão completamente desligados do exterior, não estabelecem trocas de energia, nem de informação com o ambiente, a entropia é muito elevada, daí o estado de estagnação caracterizar este tipo de sistema.

A **Complexidade** é outra das características de um sistema. Para a definir são importantes duas noções, a variedade dos elementos e a interacção entre eles. Um sistema complexo é constituído por uma grande variedade de componentes ou de elementos possuidores de funções especializadas. Estes elementos estão organizados hierarquicamente, por níveis internos. (Exemplos: no corpo humano, as células, os órgãos e os seus sistemas.) Entre os elementos e níveis existe uma variedade de ligações, destas ligações resulta uma alta densidade de interconexões. As interacções entre os elementos de um sistema complexo são interacções complexas. Os sistemas complexos possuem um comportamento muito particular, são dificilmente previsíveis, possui uma grande resistência à mudança e caracterizam-se pela emergência de propriedades novas.

Qualquer **sistema possui dois traços essenciais**, o Estrutural e o Funcional.

O **Estrutural** remete para a organização no espaço dos seus elementos. Neste traço, existe um Limite que define as fronteiras do sistema e o separa do exterior; Elementos que podem ser agrupados em categorias como as famílias ou populações (vários níveis, mãe, pai, filho); Reservatórios, onde os elementos são reunidos e onde se armazena energia, informação e materiais; uma Rede de comunicação, que permite a troca de energia, matéria e informação entre os elementos do sistema e entre os diferentes níveis. (ex: afectos verbais, sentimentos, etc.).

O **Funcional** consiste em processos, isto é, em fenómenos dependentes do tempo, trata-se de uma organização temporal. Neste traço estão presentes, os Fluxos de Energia, de informação ou elementos que circulam entre os reservatórios; Comportas que regulam o caudal dos diferentes fluxos. É o centro de decisão que recebe informação e transforma-as em acção, e esta aumenta ou diminui a intensidade dos fluxos; Tempos, que resultam das diferentes velocidades de circulação de fluxos, da duração de armazenamento nos reservatórios ou da fricção entre os



elementos do sistema. Possuem um papel importante na ampliação/inibição dos comportamentos dos sistemas complexos; e Anéis de informação, conhecidos por Ciclos de Retroacção, que desempenham a função determinante num sistema, de combinar os efeitos dos reservatórios, dos tempos, das comportas e dos fluxos. Daí ser ciclos positivos que implica uma dinâmica de um sistema (crescimento e evolução), ou ciclos negativos onde assenta a regulação e a estabilidade (restabelecimento dos equilíbrios).

Como foi referido anteriormente, o funcionamento de base dos sistemas consiste na ligação dos ciclos de retroacção, dos fluxos e dos reservatórios. Num ciclo de retroacção efectua-se transformações. Num sistema ocorrem entradas e saídas que são separadas pelo espaço de tempo ou duração, o antes e o depois. As entradas resultam da influência do exterior sobre o sistema enquanto que as saídas se caracterizam pelas influências deste sobre o ambiente. Existem entradas e saídas entre o sistema do exterior e o sistema em que se está a intervir, estes sistemas estão em interacção permanente. Num ciclo de retroacção, a informação sobre os resultados de uma transformação são reenviadas para a entrada do sistema sob a forma de dados. Nos ciclos positivos existe uma dinâmica de alteração do sistema, o seu crescimento e evolução, enquanto que os ciclos negativos assentam a regulação e a estabilidade, o restabelecimento dos equilíbrios.

Em relação ao tipo de Abordagem, referimos a Abordagem Sistémica e a Abordagem Analítica. Estas duas abordagens não se anulam, complementam-se, mas existem diferenças. Enquanto que a Abordagem Analítica (situada numa perspectiva do modelo clínico) possui uma posição redutora, concentrando-se somente nos elementos do sistema e precisando os seus pormenores, a Abordagem Sistémica concentra-se nas interacções entre os elementos do sistema, apoiando-se na sua percepção global.

Em relação às diferenças entre as duas abordagens, salientamos as seguintes: a **Abordagem Sistémica** concentra-se nas interacções entre os elementos; considera os efeitos das interacções; apoia-se na percepção global; modifica grupos de variáveis simultaneamente; integra a duração e a irreversibilidade; a validação dos factos realiza-se através da comparação do funcionamento do modelo com a realidade; possui modelos pouco rigorosos para servir de base aos conhecimentos, mas utilizáveis na decisão e na acção; é uma abordagem eficaz quando as



interacções são não lineares e fortes; conduz a um ensino pluridisciplinar; conduz a uma acção por objectivos e o conhecimento dos objectivos é conseguido através de pormenores vagos.

A **Abordagem Analítica** concentra-se nos elementos; considera a natureza das interacções; apoia-se na precisão dos por menores; modifica uma variável de cada vez; é independente da duração: os fenómenos considerados são reversíveis; a validação dos factos realiza-se pela prova experimental no quadro de uma teoria; possui modelos precisos e pormenorizados, mas dificilmente utilizáveis na acção; é uma abordagem eficaz quando as interacções são lineares e fracas; conduz a um ensino por disciplina; conduz a uma acção programada no seu pormenor e possui conhecimento dos pormenores mas os objectivos são mal definidos.

A abordagem sistémica só tem interesse quando favorece a aquisição de conhecimentos e permite melhorar a eficácia das acções.

A prática profissional compreende o conjunto de actos e operações, configurados naquilo que se designa por **metodologia**, que consiste na aplicação dos conhecimentos científicos e técnicas orientados por constructos teóricos e ideologias (modelos) com o propósito e objectivo de modificar/alterar a situação social problema que é o objecto de intervenção em serviço social.

Assim sendo, num qualquer trabalho de intervenção social existe uma metodologia a ser seguida. Desta forma, a **metodologia**, segundo Ezequiel Ander-Egg<sup>71</sup> significa um conjunto de operações ou actividades que, dentro de um processo pré-estabelecido se realizam de uma maneira sistemática para conhecer e transformar a realidade. A metodologia remete para a maneira de fazer as coisas e tanto na formulação como na aplicação dos métodos de intervenção social existe uma série de domínios que nem sempre são explícitos. Subjacente a toda a racionalidade científica e a todas as formas de agir, há algo “oculto” que condiciona a nossa maneira de pensar e de agir.

De acordo com o autor Vicente de Paula Faleiros<sup>72</sup>, do ponto de vista dialéctico, “a metodologia não é um conjunto de regras mas uma consciência dos processos globais

---

<sup>71</sup> Cf. ANDER-EGG, s/d: 32

<sup>72</sup> FALEIROS, 1997: 91-92



*historicamente dados numa relação contraditória e globalizadora*<sup>73</sup>. *O método deve adequar-se ao objecto e não o objecto ao método*". Surge aqui a questão da **instrumentalidade** da acção.

O uso instrumental, formalizado e positivista que, durante o exercício profissional, se faz das técnicas restringe as possibilidades interactivas que as mesmas podem ter. A instrumentalidade faz referência aos meios e instrumentos utilizados pelo Trabalho Social para operacionalizar os fins e intencionalidades das acções próprias ao exercício profissional. O que importa aqui referir é a razão da escolha de determinada metodologia: se é esta que se adapta à realidade ou vice-versa. O trabalhador social não pode colocar os instrumentos de intervenção à frente da realidade social onde vai intervir, pois caso isso aconteça não se está a intervir correctamente no processo de intervenção.

No Serviço Social, a metodologia surge a partir de uma construção da acumulação e sistematização das experiências e práticas profissionais e da aplicação dos conhecimentos das ciências sociais e humanas. Ao assistente social é permitido ter uma prática e conhecimento de intervenção social que é acrescido ao conhecimento que o próprio tem das ciências sociais e de toda a sua experiência pessoal. Ela dá-nos a compreensão dos métodos e técnicas com valor já comprovado na prática. Ela é a parte de uma ciência que estuda os métodos aos quais ela recorre. Assim, pode ser definida como um estudo dos problemas lógicos e teóricos envolvidos na definição dos métodos e das técnicas da prática profissional e o estudo dos mesmos. É o conjunto de acções e procedimentos que visam modificar a realidade sendo que é um processo que se encontra em constante movimento pelo facto da realidade social não ser estanque.

Desta forma o **processo metodológico** pode ser descrito graficamente como um movimento em espiral com um ponto de partida- in put- e um ponto de chegada – out put- que é o resultado de todo um processo que tem diferentes fases – método. Este out put, numa segunda fase da intervenção, torna-se in put mas diferente do anterior. Neste movimento temos diferentes fases que vão ser desenvolvidas ao longo de todo o processo. Este processo metodológico de intervenção descrito desta forma é de natureza relacional e dinâmica com várias componentes: sociológica, psicológica, económica...

---

<sup>73</sup> A dialéctica deve aqui ser entendida como a forma de pensar o concreto através da construção de categorias abstractas que tratem de apropriar o real ao pensamento. Ela procura compreender o movimento do real enquanto processo dinâmico e contraditório, e não como uma série de etapas rígidas preestabelecidas.



A **metodologia da acção social** baseia-se na dinâmica do uso do método<sup>74</sup>, juntamente com a capacidade de pôr em prática certos princípios de acção ou técnica, garantindo o efeito prático da disciplina. É o sentido deontológico dos princípios que dão validade à acção, mas são os princípios que garantem a sua aplicação.

Como tal, e segundo a autora Maria João Frias<sup>75</sup>, a metodologia de intervenção em projecto, abordada como a construção de um projecto de acção participado é influenciada por:

➤ **Metodologias de planeamento:** Tiveram início nos começos do século XX no âmbito do planeamento económico e rapidamente começam a ser utilizadas em diferentes domínios, nomeadamente o social, desde o planeamento económico ao planeamento estratégico, criativo e participado. Desenvolvem-se, pois, técnicas específicas de planear e gerir o social.

➤ **Pressupostos da importância dos mecanismos de participação:** a participação comunitária envolve um conjunto de técnicas e estratégias diversas, salientando-se como estratégia mais comum, o envolvimento das populações.

➤ **Metodologias de investigação-acção:** a metodologia de intervenção em projecto tem objectivos de produção de conhecimento (teoria) e objectivos de intervenção (prática). O conhecimento permite a intervenção e esta melhora o conhecimento.

Para que os técnicos das Ciências Sociais possam realizar a sua prática profissional, têm que se basear numa metodologia de trabalho que comporta, um conjunto de métodos, técnicas, estratégias e instrumentos que definem determinada intervenção e que assenta numa ou em várias teorias. Como tal, achamos uma mais valia definir estes conceitos.

Define-se como **método** o processo operatório necessário para obter determinado resultado. O método constitui uma procura e um procedimento reflectido e organizado. Ele supõe um interventor e um objectivo. Assim sendo, entende-se como um conjunto de regras que manifestam “uma ordem” estabelecendo desta forma, uma relação com a realidade que procura conhecer. Esta determina a estrutura do método a seguir.

---

<sup>74</sup> É de assinalar que quem utiliza os métodos de intervenção social é afectado por questões nem sempre metodológicas. O autor ANDER-EGG refere, relativamente a esta questão, a importância da introdução do conceito de **ideologia**, sendo esta o conjunto de crenças, opiniões e ideias que dão forma à consciência social sob a forma de um sistema de representação mental e um conjunto de significações a partir das quais o indivíduo filtra a percepção da realidade.

<sup>75</sup> Cf. VV. AA., 2002: 53



O método define a estrutura de acção, ou seja, as fases que determinam a ordenação da acção. Em sentido filosófico, método é o conjunto de processo que determina a condução do espírito, Em sentido científico, método é a explicação de uma situação formulando uma hipótese e comprovando-a usando, para tal, determinados passos. Em termos profissionais, método é o uso do método científico, aliado ao método filosófico.

Segundo Maria do Carmo Falcão<sup>76</sup> não é o método que caracteriza a especificidade de actuação do Serviço Social, visto que é um instrumento universal utilizado por qualquer ciência ou disciplina profissional enquanto conjunto de operações de ordenação do pensamento. Por sua vez a metodologia já se constitui como algo de específico, resultando da combinação entre as referências teórico-ideológicas e as referências éticas. A autora refere ainda que, “*Os métodos, as técnicas e as habilidades, por si só, não garantem a especificidade de determinada disciplina. São os princípios sustentadores e orientadores da acção, decorrentes das finalidades da profissão, que a garantem e não os métodos em si*”.

O método é uma ordenação de operações e procedimentos que visa a obtenção de resultados práticos, ou seja, para a transformação de determinada realidade. Estas operações são eminentemente intelectuais, que visam conhecimento e são necessárias para guiar e orientar a intervenção. É a maneira de fazer algo, seguindo determinados princípios e com uma certa ordem. Segundo GRAWITZ o método, em sentido restrito “*se puede considerar como un conjunto ajustado de operaciones, realizadas para alcanzar uno o vários objetivos, un conjunto de principios que rigen cualquier investigación organizada, un conjunto de normas que permiten seleccionar y coordinar las técnicas*”<sup>77</sup>.

O **método em Serviço Social** consiste na maneira como o trabalhador social actua desde o seu primeiro encontro com o cliente até que termina a sua acção com o mesmo. Este é um **método tripartido** (trabalha de forma integrada e específica: **Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e Serviço Social de Comunidade**). Contudo são cada vez mais utilizadas unidades de intervenção tais como, as redes de serviços, instituições, sistemas e estruturas. A autora Maria do Carmo Falcão<sup>78</sup> crítica a tripartição do Serviço Social pois esta limita e reduz a

---

<sup>76</sup> FALCÃO, 1979: 33

<sup>77</sup> GRAWITZ, apud Teresa FONT e Amparo PORCEL 1986:15

<sup>78</sup> FALCÃO, 1979: 56





actuação profissional, impedindo a troca com os novos conhecimentos e propostas de intervenção que advêm das ciências sociais.

A actuação sobre o processo de inter-relações homem/sociedade pressupõe um conhecimento do profissional de Serviço Social de todos os elementos intervenientes. É porém no plano sócio-político que se dá uma maior actuação do Serviço Social uma vez que todo o indivíduo que pertence a uma sociedade pode e deve ser interveniente no processo social.

Assim conclui-se que o profissional de Serviço Social tem vindo a utilizar um só método mas alargando os seus níveis de actuação. A grande lacuna que existe ainda para o profissional é a falta de prática na sua formação, em especial desta nova realidade de actuação que cada vez mais vai substituindo a tradicional acção de caso- grupo- comunidade.

Todas as formas ou modalidades de intervenção social integram **diferentes fases ou momentos de uma estratégia de acção** que podem ser linearmente sequenciais e acabadas (modelo linear) ou haver constante construção, não sendo obrigatório acabar uma fase para iniciar a seguinte (modelo dinâmico).

As **fases da metodologia** variam de autor para autor. No entanto, alguns deles apenas utilizam uma terminologia diferente sendo o conteúdo de cada fase muito semelhante. Assim, salientaremos os contributos de alguns autores entendidos nesta matéria.

A autora CAPARRÓS<sup>79</sup> define as fases da metodologia de intervenção em:

- “Estúdio,
- Diagnóstico,
- Plan de trabajo,
- Tratamiento,
- Evaluación- terminación”.

O autor ANDER-EGG (s/d) refere, independentemente do campo de investigação, que a metodologia comporta quatro fases:

- Estudo, investigação e diagnóstico;
- Programação;
- Execução;

---

<sup>79</sup> CAPARRÓS, 1998: 182



➤ Avaliação.

Comparando ambos os autores pode-se verificar que as duas teorias diferem pouco uma da outra. Alguns termos, apesar de diferentes têm significado semelhante sendo a diferença mais visível o número de fases, pois, o autor ANDER-EGG (s/d), insere a fase do diagnóstico na fase do estudo enquanto que a primeira autora as separa e considera individualmente. No entanto, as mesmas etapas são indicadas em ambas as metodologias o que as torna muito semelhantes.

Para melhor perceber as fases enunciadas passaremos a uma breve descrição das mesmas.

**Estudo ou exploração** – consiste em conhecer o cliente na sua situação real, ou seja, conhecer a pessoa, o meio familiar, comunitário, relacional e o problema (ou o pedido explícito ou não). Este trabalho é normalmente feito através de várias entrevistas tentando criar uma relação de empatia com o cliente.

**Diagnóstico** – é o processo de medição e interpretação que ajuda a identificar situações problema e a definir as prioridades de intervenção. Baseia-se na recolha e exploração de dados que, relacionados entre si, permitem tirar conclusões concretas da realidade que se está a estudar.

Tendo por base a teoria de Ander-Egg, é possível sistematizar as etapas do diagnóstico. Fá-lo-emos no quadro seguinte:

**Quadro 4 – Etapas do Diagnóstico Social**

Etapas	Características	Técnicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definição do desenho do diagnóstico</li> <li>➤ Aplicação no terreno do plano (ou realização do diagnóstico propriamente dito)</li> <li>➤ Análise e interpretação da informação</li> <li>➤ Relatório e eventual apresentação pública dos resultados e sua discussão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Formulação do problema</li> <li>➤ Definição dos objectivos gerais e específicos do estudo e da metodologia a seguir</li> <li>➤ Organização do trabalho de campo e operacionalização (recolha de dados)</li> <li>➤ Ordenação e classificação da informação recolhida</li> <li>➤ Análise e interpretação dos dados (compreensão global dos problemas e respectivas explicações)</li> <li>➤ Redacção do relatório</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Observação directa</li> <li>➤ Análise documental</li> <li>➤ Contactos informais com agentes privilegiados</li> <li>➤ Fórum comunitário</li> <li>➤ Inquérito</li> <li>➤ Técnicas de grupo nominal</li> <li>➤ Focus groups</li> <li>➤ Elaboração de cenários</li> </ul>

Fonte: VV. AA. (2002): 61



**Plano de acção/Programação** – é a passagem entre as duas primeiras fases e a acção propriamente dita. É nesta fase que se estabelecem objectivos, finalidades e tarefas a curto, médio e longo prazos com vista a modificar a situação-problema dos utentes. Também se definem as estratégias para alcançar os objectivos e qual será o plano de actividades que inclui o plano de avaliação.

**Tratamento/Execução** – Produzem-se os factos ou situação que pretendem provocar a mudança, ou seja, corresponde ao momento de aplicação do plano ou programa previamente definido. É a acção propriamente dita.

**Avaliação e conclusão** – Avaliação do que se realizou ou se está a realizar como forma de valorizar o que se faz e de introduzir correcções nos conteúdos e formas de actuação. A avaliação pode ocorrer em diferentes momentos da operacionalização da metodologia e incidir sobre diferentes aspectos da intervenção conforme as decisões tomadas quando do planeamento da avaliação. Para se terminar correctamente a intervenção devem avaliar-se todos os procedimentos utilizados de forma a perceber se tudo foi realizado da maneira mais eficaz e eficiente e se os objectivos da intervenção foram alcançados, melhorando a situação inicial.

A autora Cristina de Robertis<sup>80</sup> utiliza uma aproximação mais científica com ferramentas que põem ao seu dispor as diversas ciências humanas, através dos métodos de investigação em trabalho social e é um dos autores que apresenta uma sequência diferente (mais pormenorizada) nas etapas de metodologia. Segunda esta autora, **as fases do método de intervenção são:**

➤ **A localização do problema social ou do pedido** – um trabalhador social só pode iniciar o seu trabalho após o contacto com o cliente. Esta fase serve para conhecer o cliente e o seu problema

➤ **A análise da situação** – esta fase consiste em recolher informação acerca do cliente, da sua situação e do contexto em que se encontra inserido. Aqui o trabalhador social deve aplicar os conhecimentos que possui de todas as disciplinas de modo a caracterizar a realidade social onde actua.

➤ **Avaliação preliminar e operativa** – o trabalhador faz uma síntese e uma interpretação dos dados e formula hipóteses de trabalho de modo a analisar a situação. A

---

<sup>80</sup> Cfr. ROBERTIS, 1986: 75



avaliação é uma síntese explicativa onde se relacionam as diferentes realidades que se encontram

➤ **Elaboração de um ou vários projectos de intervenção pelo trabalhador social e confrontá-lo com o do cliente e o da instituição** – a elaboração de um projecto de intervenção tem três operações: determinação de objectivos de intervenção específicos; determinação do nível de intervenção; e escolha das hipóteses de intervenção.

➤ **Pôr em prática o projecto comum e as intervenções escolhidas** – o trabalhador social utiliza diferentes formas de intervenção em função dos objectivos definido e do tempo de intervenção seleccionado.

➤ **Avaliação dos resultados** – esta fase consiste em medir o caminho percorrido e avaliar as trocas que se realizam desde o início ao final da intervenção

➤ **Finalização da acção** – a intervenção no trabalhador social numa situação individual tem que ser delimitada no tempo. Tudo tem um início, desenvolvimento e um fim.

Importa aqui referir que nenhum autor afirma seguir rigidamente a sequência as fases da metodologia. Estas fases, apesar de distintas não têm uma sequência rígida de etapas. Elas, consoante a realidade, devem articular-se para melhor se efectuar o trabalho. Assim, não se deve terminar a investigação para iniciar a intervenção, antes pelo contrário, deve-se aprofundar a investigação com a intervenção pois desta forma conhece-se melhor a realidade em que se está inserido.

A **técnica** segundo GRAWITZ (1993)<sup>81</sup>, define-se como um procedimento operatório rigoroso, transmissível e susceptível de ser novamente aplicado nas mesmas condições, sendo adaptado ao tipo de problemas e aos fenómenos em causa. J. CASARES (1980) refere que a técnica “*es el medio o conjunto de medios adaptados a una finalidad. [É o] procedimiento particular que se utiliza para llevar a buen fin una operación concreta*”<sup>82</sup>. Pode-se, pois, dizer que a técnica é a capacidade eficaz de usar os procedimentos e regras práticas de uma ciência.

As técnicas não são o caminho, como é o método, mas sim a maneira de percorrer esse caminho, os procedimentos que se têm de tomar para alcançar determinado objectivo.

<sup>81</sup> GRAWITZ, apud CARMO, 1998: 15

<sup>82</sup> J. CASARES, apud Teresa FONT e Amparo PORCEL, 1986: 17



Existe um infindável número de técnicas que se podem incluir em qualquer das fases do método de intervenção. É, pois importante referir alguns **tipos de técnicas** para ser mais fácil a percepção do seu significado.

**Técnica da observação:** a observação é o método de recolha de dados mais antigo e também mais comum. Esta técnica tem como principais características<sup>83</sup>: servir um objectivo já definido de investigação; é planificada sistematicamente; é controlada e relacionada com posições gerais; está sujeita a comprovação de validade e fiabilidade.

**Técnica de pesquisa:** esta técnica pode realizar-se por meio de entrevistas ou questionários e pretende identificar situações, comportamentos, atitudes e opiniões que expressem o que o indivíduo sente e defende de maneira consciente ou inconsciente.

**Técnica da entrevista:** esta varia consoante os objectivos que se pretendem atingir. Pode ser de vários tipos: entrevistas exploratórias

**Técnica do Questionário:** esta técnica surgiu para substituir a relação directa que existe na entrevista pela resposta por escrito a determinadas questões. Existem vários tipos de questionário.

**Técnicas para favorecer a criatividade:** brainstorming, ou seja, promoção de ideias que consiste em imaginar, em grupo e dentro de um tempo limitado, a maior quantidade possível de soluções; mesa redonda na qual uma equipa de técnicos especializados expõem ao grupo os seus vários pontos de vista (que podem ser divergentes); painel, que consistem em discutir um tema em forma de diálogo entre o grupo.

De acordo com Vicente de Paula Faleiros (1994), a **estratégia** consiste no processo pelo qual os sujeitos atingem os seus interesses, a nível dos projectos individuais ou colectivos.

São, pois, processos de articulação e mediação de poderes e mudança de relações de interesses, referências e patrimónios em jogo, seja através de recursos, vantagens e patrimónios, seja pela efectivação de direitos, novas relações, uso de informações e implicam investimentos em projectos individuais e colectivos que tragam a rearticulação dos patrimónios, referências e interesses com vista à re-produção e à re-presentação dos sujeitos.

---

<sup>83</sup> Cfr. Teresa FONT e Amparo PORCEL, 1986: 24



As **estratégias de fortalecimento** do utente na intervenção social do Assistente Social apoia-se na articulação das mediações das redes abertas (secundárias) com as redes fechadas (primárias) sendo que as redes abertas ou secundárias, formais ou institucionais conduzem o sujeito a vínculos sociais mais amplos e ampliam a sua socialização e as redes fechadas, primárias, familiares, de amizade ou de vizinhança, configuram-se mais significativas para o fortalecimento do eu, tais como as relações afectivas.

Por último, os **instrumentos** enquadram-se nas técnicas contribuindo para a sua execução, como por exemplo, sendo a entrevista uma técnica o guião de entrevista é o seu instrumento. J. CASARES (1980) define o instrumento como um *“Ingenio, aparato o máquina. Objeto que nos servimos para hacer una cosa. Lo que sirve de medio para hacer una cosa o conseguir un fin”*.<sup>84</sup>

No que respeita a outro tipo de Metodologia a ser referenciada, diz respeito à **metodologia da prevenção**<sup>85</sup>. Torna-se pertinente referir este tipo de metodologias, pelo facto da prevenção primária fazer parte do nosso objecto de estudo.

A maioria das intervenções preventivas desenrola-se segundo quatro fases:

- Numa primeira fase, o diagnóstico e definição dos objectivos de acção -, nesta fase em primeiro lugar começa-se por fazer uma análise das realidades do problema sobre o qual se quer intervir e das suas causas, seguidamente, definisse os objectivos da intervenção;
- Segunda fase, a mobilização dos recursos e dos actores é a fase onde se faz o levantamento de todos os recursos (económicos, materiais e humanos)
- Numa terceira fase, o desenvolvimento da acção que consiste em três tarefas: a planificação, a organização e a aplicação.
- E por último, avaliação que acompanha o conjunto do procedimento.

Em suma, a definição dos processos de abordagem na prevenção primária depende do plano de compreensão pelo qual se aborda o fenómeno. Os objectivos que se definem dão resposta aos receios e às necessidades subjacentes a esse plano, e a escolha das metodologias dependerá,

<sup>84</sup> J. CASARES apud. Teresa FONT e Amparo PORCEL, 1986: 14

<sup>85</sup> Cf. VV.AA, 2001:196



pois de vários aspectos inerentes, quer ao âmbito da intervenção social do trabalhador social, quer como interventor na área da prevenção primária o que remete para os modelos de intervenção típicos deste tipo de intervenção.

## II – MODELO DE ANÁLISE

### 1. Conceptualização dos conceitos base:

**Toxicodependência:** estado de dependência física e psíquica de certas substâncias tóxicas, que repetidamente tomadas, modificam a sensibilidade orgânica e as funções vegetativas. Na maior parte dos casos esta dependência surge como um meio de “fugir” aos problemas que o indivíduo tem na vida ou para ultrapassar uma etapa mais complicada na sua vida.

**Adolescência:** a adolescência é o período da vida que se situa entre a infância e a idade adulta e que se inicia com as transformações da puberdade (por volta dos 12 anos) e termina com a entrada na vida adulta (por volta dos 20 anos), não estando o seu final claramente definido. É um período de desenvolvimento aos níveis físico, psicológico, sócio-culturais e cognitivo, caracterizado por esforços para confrontar e superar os desafios de forma a estabelecer uma identidade e autonomia.

**Prevenção Primária:** processo de desenvolvimento de actividades e estratégias destinadas a modificar e a melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o auto-controlo individual e a resistência colectiva perante a oferta de drogas para a promoção de estilos de vida saudáveis.

**Metodologia de Intervenção do Assistente Social:** conjunto de operações ou actividades que, dentro de um processo pré-estabelecido se realizam de uma maneira sistemática para conhecer e transformar a realidade. A metodologia remete para a maneira de fazer as coisas e tanto na formulação como na aplicação dos métodos de intervenção social existe uma série de domínios que nem sempre são explícitos.

**2. Operacionalização dos Conceitos**

Conceito	Dimensão	Componentes	Indicadores Gerais	Indicadores Específicos
Projecto de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência	Situação- objecto:  Projecto de Prevenção Primária	Âmbito	Enquadramento organizacional	IDT - PQPII IAC - GAAP
			Local geográfico de intervenção	Concelho, Freguesia
			Entidade promotora	Entidade promotora (Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família, Centro Paroquial)
			Enquadramento geral	Contexto
			Duração	Tempo de duração
		Objectivos gerais	Ocupação dos tempos livres Combater problemas escolares Prevenção da toxicodependência Prevenção do trabalho infantil Desenvolvimento de competências pessoais Promover direitos das crianças	
		Parceiros	Identificação dos parceiros	
		Equipa técnica	Características	Número de técnicos Áreas disciplinares envolvidas Funções de cada técnico
			Surgimento da participação do Serviço Social	
		População-alvo	Delimitação	Faixa etária Definição





			Factores de risco	Problemas escolares Problemas sociais Problemas económicos Problemas familiares
		Problema	Toxicoddependência - Substâncias psicoactivas abrangidas  - Consequências	- Legais: álcool, tabaco, fármacos; Ilegais: heroína, cocaína, cannabis, entre outros - Problemas sociais, escolares, familiares e psicológicas.
			Outro problema abrangido	
		Tipo de Participação do Serviço Social no projecto	Elaboração Execução	
		Tipo de intervenção do Assistente Social	Directa	Reuniões Desenvolvimento de actividades Acompanhamentos Articulação com outros técnicos e instituições Visitas domiciliárias Encaminhamentos Relação de proximidade e confiança – atendimento directo Animação Realização de actividades
Indirecta	Elaboração do Projecto Planificações			



				Elaboração de Diagnóstico e definição de actividades Preenchimento de instrumentos de trabalho
	Modelo de Prevenção Privilegiado	Modelo bio-psico-social	Características	Promover a auto-estima Aumentar os conhecimentos Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis
Visão do Assistente Social acerca da problemática	Compreensão da problemática	Definição de Toxicodependência		
		Consequência do consumo de drogas na adolescência	Maior grau de dependência e de consumo de drogas “duras” Problemas familiares Problemas de falta de auto-estima Problemas escolares Comportamentos delinquentes	
		Importância da intervenção nesta área	Grau de importância	
		Importância da intervenção do Serviço Social nesta área	Grau de importância	
Metodologia de Intervenção do Assistente Social	Experiência do profissional na área do	Tempo de actividade profissional	Anos de Profissionalização Anos de Estágio	



em Projectos de Prevenção Primária	Serviço Social	Áreas de Intervenção	Crianças/Adolescentes/Jovens Idosos Autarquia Rendimento Mínimo Acção Social	
		Experiência de intervenção na prevenção primária	Tempo de experiência	
		Experiência de intervenção na toxicoddependência	Tempo de experiência	
		Seleccção da área profissional	Opção própria Motivação	
	Fases do processo de intervenção utilizadas pelo Assistente Social	Localização do problema	Características	
		Estudo ou exploração	Características	
		Diagnóstico	Características	
		Planeamento	Características	
		Execução	Características	
		Avaliação e Finalização da Acção	Características	



	Técnicas de intervenção utilizadas pela Assistente	Tipos	Observação participante; Identificação; Diagnóstico; Planeamento; Encaminhamento; Acompanhamento; Entrevista; Visitas domiciliárias; Contacto com outros técnicos.	
		Critérios de Escolha	Motivos	
	Estratégias de intervenção utilizadas pela Assistente Social	Tipos	Criar relação de empatia; Conversa informal; Contacto telefónico; Entrevista; Visita domiciliária; Actividade lúdica; Adaptação ao grupo-alvo.	
		Critérios de Escolha	Motivos	
	Instrumentos de intervenção utilizados pela Assistente Social	Tipos	Folhas de registo de presenças; Grelhas de observação; Fichas de registo da intervenção; Ficha de anamnese; Diário de bordo; Livro de Ponto; Relatório; Ficha de sinalização; Ficha de processo individual; Ficha de pré-diagnóstico; Fichas de apoio psico-socio-	



			pedagógico; Fichas de registo de contactos; Fichas de reuniões	
		Critérios de escolha	Motivos	
	Modelo de Intervenção em Serviço Social	Identificação	Modelo Sistémico	
		Justificação	Características	



### III - METODOLOGIA

Este ponto pretende esclarecer a metodologia utilizada ao longo do processo de investigação bem como a justificação da sua escolha. É de referir que cada opção foi construída de forma reflexiva, tendo em conta os objectivos da intervenção.

Posto isto, serão abordadas questões relacionadas com a estratégia seleccionada, de acordo com: o tipo de estudo realizado; as opções metodológicas; o campo de investigação (identificação do universo e da amostra); os métodos e técnicas de recolha; por fim a explicação da forma como os dados recolhidos foram tratados.

#### 1 - Estratégia de Investigação Adoptada e Tipo de Estudo

A estratégia de investigação adoptada neste estudo foi a **estratégia abductiva**<sup>86</sup>, uma vez que as teorias, segundo esta estratégia, são construídas a partir da descrição/significação das actividades quotidianas dos actores. No caso do estudo em causa, o que se pretende é conhecer e compreender a metodologia de intervenção utilizada por profissionais de Serviço Social em Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência. O conhecimento científico na estratégia abductiva produz-se através da (re) descrição, em linguagem científica, das motivações quotidianas dos actores sociais e deriva de conceitos e significações do quotidiano e do conhecimento mútuo socialmente construído (intersubjectividade).

Trata-se de um estudo de cariz qualitativo pois, após a identificação da metodologia de intervenção do profissional de Serviço Social em Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência, procurou-se explorar, descrever e compreender esta mesma metodologia. É importante referir que a investigação qualitativa ocupa um lugar muito importante no nascimento e no desenvolvimento das ciências sociais e trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e permite o aprofundamento de factos e processos particulares de indivíduos e de grupos. Ela é utilizada para uma melhor compreensão de fenómenos de certa forma complexos. A riqueza de informações que ela acarreta, aliada às numerosas possibilidades que oferecem em matéria de aplicação, confere-lhe um carácter de

<sup>86</sup> Cfr. BLAIKIE, 2000: 12-34; 85-127



investigação privilegiada em várias ciências. A investigação qualitativa é descritiva, sendo que os dados recolhidos são sob a forma de palavras ou imagens e não de números. Eles contêm citações feitas com base nos dados para melhor ilustrar o que se pretende apresentar tentando não ignorar nada do que se passe no quotidiano. A descrição funciona bem como método de recolha de dados, quando se pretende que nenhum detalhe escape ao investigador. Para além da descrição, a investigação qualitativa tem como objectivo a explicação, respondendo à questão “como?”. “*A abordagem qualitativa propõe-se descrever os fenómenos sociais e, por outro, explicá-los ou fornecer os elementos da sua compreensão. O registo dos domínios a que ela pode aplicar-se é extremamente vasto: sociedades globais, sistemas sociais, relações dos indivíduos com o seu meio, comunidades, instituições etc.*”<sup>87</sup>

As preocupações centrais da investigação qualitativa são: os resultados dos contextos e sujeitos (utilização dos pontos de vista) que podem ser generalizados; a descrição detalhada; a ênfase nos processos sociais; a abordagem livre e flexível e o desenvolvimento de conceitos e teorias.

## **2. Opções Metodológicas e Objecto Empírico Concreto**

Todo o processo metodológico foi alvo de constantes alterações mediante os passos tomados ao longo de toda a investigação. Iniciou-se o processo de investigação empírica pela pesquisa do campo de observação definindo, desde o início que o campo de estudo seriam os projectos de prevenção primária desenvolvidos na área de Lisboa e Vale do Tejo pelo facto de facilitar a deslocação para os respectivos locais. Por outro lado, era obrigatório estes projectos terem na sua equipa técnica um Assistente Social sendo que seria este o sujeito estudo. Por último os projectos teriam que ter como grupo-alvo a adolescência e abordar a prevenção primária da toxicodependência.

O **universo do estudo** da presente investigação, foram os oito projectos cedidos pelas Assistentes Sociais do IDT ao nível do PQPII e os trinta projectos de GAAF da zona de Lisboa.

Assim, e após várias alterações, a **amostra de investigação** foram os Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência das Escolas Básicas de 2º e 3º

---

<sup>87</sup> GAZENEUVE e VICTOROFF, 1982: 378



Ciclos Eugénio de Andrade e Luís Sttau Monteiro e do Centro Paroquial Bem Estar Social de Fernão Ferro.

Estes projectos tiveram colaboração directa do IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) e inserem-se, um deles, no âmbito do “Programa Quadro Prevenir II”, e os restantes no IAC (Instituto de Apoio à Criança) mais propriamente, em GAAF’s (Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família).

O acesso aos projectos acima referidos foi feito através de um primeiro contacto com duas Assistentes Sociais do Gabinete de Prevenção da Toxicodependência do IDT. Foi aliás, a partir deste contacto que foi possível identificar projectos de prevenção primária. Para se poder aceder aos dados foi construído um ofício ao qual se obteve resposta afirmativa. Os dados cedidos pelo IDT referiam-se a projectos abrangidos pelo “Programa Quadro Prevenir II” cuja execução se realizou entre 2002 e 2004, na área de Lisboa e Vale do Tejo. Desta forma o estudo incidiu inicialmente sobre um campo de investigação de oito projectos já realizados neste âmbito.

No entanto, e pela extrema dificuldade que se teve em contactar com Assistentes Sociais destes projectos, pois muitos dos técnicos envolvidos nos projectos já não se encontravam contactáveis ou, não eram Assistentes Sociais, decidiu-se continuar a procurar outros projectos, desta vez através de outro programa do IDT: os “Planos Municipais”<sup>88</sup>. Esta pesquisa não deu frutos concretizáveis para o nosso estudo pelo facto de não conseguirmos entrar em contacto com os técnicos. Desta forma, após os vários contactos telefónicos realizados aos técnicos dos projectos indicados, conseguiu-se encontrar um projecto com Assistente Social e que abrangesse a faixa etária da adolescência – o do Centro Paroquial Bem Estar Social de Fernão Ferro.

Após isto houve conhecimento dos projectos de GAAF’s e iniciou-se os contactos no sentido de encontrar projectos adequáveis ao estudo pelo IAC, uma vez ser esta a instituição que regula estes gabinetes. O coordenador do IAC forneceu os contactos dos técnicos dos projectos com Assistentes Sociais e a partir destes seleccionou-se a amostra.

---

<sup>88</sup> Fez-se, então, um contacto ao Gabinete de Intervenção nas Toxicodependências de Cascais. Todavia, resultante deste, tomou-se conhecimento de que o trabalho deste gabinete era o de apoiar projectos de outras entidades. Como tal, considerou-se que este projecto não respondia aos objectivos do nosso estudo e acabou por não ser seleccionado como amostra.





Desta forma, a amostra é de tipo intencional pelo facto desta não ser feita ao acaso e por seguir aspectos que interessam ao estudo, nomeadamente projectos de prevenção primária com Assistentes Sociais no âmbito da toxicodependência na adolescência e na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

### **3. Métodos e Técnicas de recolha**

Como técnicas de recolha de dados foram utilizadas a pesquisa documental e a entrevista semi-directiva.

A **Pesquisa documental** foi realizada aos documentos oficiais dos projectos estudados no âmbito de enquadrar as respostas dadas dos entrevistados. Para a realização desta pesquisa foi necessário tirar fotocópias dos projectos para futuramente, através de um guião de pesquisa documental (ver apêndice A) previamente realizado, seleccionar a informação necessária para responder aos objectivos do estudo.

Relativamente à **Entrevista semi-directiva** esta foi realizada a três Assistentes Sociais dos projectos acima referidos.

A entrevista é uma técnica muito utilizada na recolha de dados nas Ciências Sociais, mais propriamente na investigação social. Por entrevista entenda-se um procedimento de recolha de informações que utiliza a forma de comunicação verbal. Através dela, um entrevistador poderá questionar ou deixar livremente falar o entrevistado. A entrevista serve para o investigador, que ainda não tem dados, obter todos os dados de interesse para a investigação.

A entrevista semi-directiva, com objectivos de estudo, é a técnica escolhida para recolha de dados relativos à metodologia de intervenção dos assistentes sociais em projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência. A escolha deveu-se ao facto de se tratar exactamente da construção dum estudo e não dum diagnóstico e por se considerar uma mais valia deixar em aberto a possibilidade de haver *feedback* da parte do entrevistado. Isto é, o entrevistador ao colocar questões pode ter em troca uma panóplia de respostas relativas ao tema, que por sua vez poderão abrir o leque de questões a serem estudadas permitindo uma reflexão mais apetrechada de conhecimentos. A entrevista com fins de estudo, é requerida pelo entrevistador e logo apresenta uma série de características particulares.



A entrevista semi-directiva exige um guião de entrevista (Ver apêndice B) no qual a ordem de abordagem dos temas que podem ser abordados é livre. Caso o entrevistado não aborde um ou vários temas do esquema, deve ser o entrevistador a propor-lhe um deles.

Para que seja possível recolher o máximo de informação necessária para efectuar a investigação, é fulcral assegurar que o entrevistador se exprima o mais possível sobre o tema proposto. Deste modo, o objectivo geral pretendido pelo entrevistador deve estar articulado com as questões a serem feitas ao entrevistado. Isto é, é necessário que:

- A linguagem seja acessível;
- Que o tema seja um estímulo a uma resposta;
- Que os papeis do entrevistador e do entrevistado estejam bem definidos pelo primeiro;
- O entrevistado deve estar motivado para responder;
- Que a informação recolhida seja o mais ampla possível.

A recolha de dados, neste estudo, foi feita da seguinte forma: primeiro que tudo, foi construído um guião de entrevista. As informações foram obtidas através desse mesmo guião que conteve pontos definidos de acordo com a problemática que se estudou (modelo de análise). Posteriormente foram realizados contactos telefónicos às Assistentes Sociais de forma a marcar a data concreta de realização da entrevista nos quais foram lembrados aos entrevistados quais os objectivos da investigação, a razão da escolha do entrevistado e quais as expectativas em relação ao mesmo.

Aquando das entrevistas e antes da sua realização propriamente dita foi pedida autorização para a gravação áudio da mesma. Já no decorrer da entrevista foi feita uma apresentação, lembrando ao entrevistado o nome dos elementos do grupo e os objectivos da investigação. Referiu-se também o anonimato da entrevista.

Como metodologia da realização da entrevista apenas um dos elementos conduziu a entrevista. No entanto, os restantes membros intervieram quando acharam necessário, colocando questões pertinentes não referidas no guião. É de referir que as entrevistas foram realizadas no contexto de trabalho das entrevistadas, ou seja, nos respectivos locais de trabalho e no decorrer do seu horário de trabalho. Desta forma ocorreu, em duas entrevistas, estas terem sido interrompidas por alunos que entraram nas salas onde nos encontrávamos para



conversarem com as assistentes sociais. Era constante, no decorrer das entrevistas, o barulho proveniente dos pátios onde se encontravam as crianças e jovens, o que por vezes incomodava um pouco as entrevistadoras. No entanto, este “burburinho” era completamente normal para as entrevistas que parecia nem repararem nele.

#### 4 - Tratamento de Dados

Relativamente às técnicas de tratamento de dados recorreu-se à análise de conteúdo.

A **análise de conteúdo** “é uma técnica para fazer inferências por identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem, (...) é um conjunto de técnicas utilizadas para o tratamento dos materiais linguísticos” (P. HENRI, S. MOSCOVICI, (1968)<sup>89</sup>. É hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais.

Para o autor BERELSON (1952) a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que permite fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo por objectivo a sua interpretação”<sup>90</sup>. A descrição que dela decorre é: **objectiva** pois a análise deve ser efectuada de acordo com determinadas regras e instruções precisas para que investigadores diferentes, trabalhando sobre o mesmo tema, cheguem às mesmas conclusões; **sistemática** pelo facto da totalidade do conteúdo dever ser ordenado e integrado em categorias previamente escolhidas em função dos objectivos que o investigador quer atingir; e **quantitativa** uma vez que várias vezes é calculada a frequência dos elementos considerados significativos. A análise de conteúdo “se basa en la lectura como instrumento de recogida de información; lectura que debe realizarse de modo científico, es decir, de manera sistemática, objectiva, replicable, válida”<sup>91</sup>

A análise de conteúdo incide sobre mensagens tão variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas audiovisuais, declarações políticas, actas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco directivas. A escolha dos termos utilizados pelo locutor, a sua frequência e o seu modo de disposição, a construção do “discurso” e o seu desenvolvimento são fontes de informação a partir das quais o investigador tenta construir um conhecimento. Este

<sup>89</sup> P. HENRI, S. MOSCOVICI, apud GHIGLIONE e MATALON, 1993:197

<sup>90</sup> BERELSON, apud CARMO e FERREIRA, 1998: 251

<sup>91</sup> OLABUÉNAGA, 1999: 193



pode incidir sobre o próprio locutor ou sobre as condições sociais em que o discurso é produzido. Esta técnica não deve ser utilizada apenas para se fazer uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção. Ela permite fazer inferências sobre a fonte, a situação em que esta produziu o documento objecto de análise e até, por vezes, o receptor ou destinatários das mensagens.

De acordo com o autor Jorge Vala “*A finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*”<sup>92</sup>. A análise de conteúdo deve ser objectiva e os resultados devem ser independentes do instrumento de medida, sendo conveniente reduzir ao máximo as diferenças do ponto de vista entre os analistas. Ela só se torna válida quando é significativa para o problema apresentado e representa os factos que traduz. Quanto mais limitado o objectivo, mais fácil será comprovar a validade do estudo.

Para este estudo foi realizado a análise de tipo categorial. Este é o tipo de análise de conteúdo mais utilizado e funciona por operações de divisão da informação em categorias segundo determinada lógica. A construção destas categorias pode ser feito à priori (caixas) ou à posteriori (milhas), ou até mesmo juntando estes dois processos como é bastante comum. A análise categorial baseia-se na descodificação de um texto em diversos elementos (unidades de registo) que são classificados e formam agrupamentos. Segundo Clemente-Díaz (1992)<sup>93</sup> a análise categorial permite “(...) *analisar conteúdos e extrair informações, partindo do material recolhido em um suporte específico, sendo realizada cientificamente, mediante procedimentos confiáveis, válidos e derivados de um conjunto de noções teóricas determinada*”.

Foram preenchidos inicialmente os guiões de pesquisa dos documentos oficiais dos projectos (ver apêndice C) e transcritas as entrevistas realizadas (ver apêndice D) Após este trabalho, passou-se ao preenchimento de quadros de análise de conteúdo de cada projecto (ver apêndice E) e de cada entrevista individualmente (ver apêndice F), (análise vertical) tendo em conta várias categorias pertinentes para o tipo de estudo realizado e seguidamente à elaboração

---

<sup>92</sup> VALA, 1987: 104

<sup>93</sup> CLEMENTE-DÍAZ, 1992: 169



do quadro comparativo dos três projectos (ver apêndice G) e das três entrevistas realizadas (análise horizontal) (ver apêndice H).

No final da análise vertical e horizontal, foi realizada uma interpretação e compreensão dos dados obtidos em cada categoria de forma a chegar a conclusões que respondessem aos objectivos do estudo e às questões colocadas no seu desenvolvimento.

## IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O capítulo que se segue aborda, num primeiro ponto, a descrição dos dados, recolhidos através da metodologia de investigação aplicada, relativos aos projectos de prevenção primária da toxicodependência na adolescência e às entrevistas aplicadas a profissionais de Serviço Social que desenvolvem a sua intervenção nesses mesmos projectos. Num segundo ponto, é apresentada a respectiva análise e interpretação dos dados obtidos. Por último, podem ser lidas as linhas conclusivas, isto é, as respostas à pergunta de partida e respectivo desdobramento. Importa salientar que os dois primeiros pontos são apresentados por categorias, e respectivas sub-categorias, uma vez que assim se torna mais fácil a sua leitura e compreensão. Este capítulo foi construído com base na construção de quadros de análise de conteúdo.

### 1- Descrição dos Dados Recolhidos

#### 1.1 – Descrição dos Dados Resultantes dos Projectos de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência

**Categoria Âmbito** - Dos três projectos, o Projecto A **insere-se** no “Programa Quadro Prevenir II, e foi coordenado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, os outros dois, os Projectos B e C, são projectos do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família (GAAF), coordenados pelo Instituto de Apoio à Criança (IAC). Relativamente ao **local geográfico** o Projecto A situa-se na **Freguesia** de Fernão Ferro, do **Concelho** do Seixal; o Projecto B está localizado nas Freguesias de S. João de Brito, Campo Grande, S. Jorge de Arroios, Concelho de Lisboa; e o Projecto C encontra-se na Freguesia de Loures que pertence ao Concelho de Loures. Quanto à **entidade promotora** do projecto A é o Centro Paroquial de Bem Estar Social de Fernão Ferro; do projecto B é o Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família do Agrupamento de



Escolas Eugénio dos Santos e, por último, do Projecto C, é o Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família do Agrupamento de Escolas nº1 de Loures. Os três projectos possuem a **duração** de um ano lectivo (o actual ano lectivo).

**Categoria Equipa Técnica** - Relativamente ao **número de técnicos**, a equipa do Projecto A é constituída por cinco técnicos, o Projecto B por dois técnicos e o C por um único técnico. As **áreas disciplinares envolvidas** são, para além do Serviço Social que está presente em todos os projectos, a Animação Social, a Psicologia e a Educação Social no projecto A. No projecto A o Animador tem como **função** zelar pelo espaço ser responsável pela dinamização de algumas das actividades; os Psicólogos são responsáveis pela orientação vocacional dos jovens e pelo acompanhamento quer individual quer em grupo e a Assistente Social tem como função fazer o acompanhamento individual dos jovens e a articulação com as suas famílias. No Projecto B o técnico licenciado em Serviço Social tem a função de coordenador e o técnico com frequência de 4ºano de Serviço Social tem a função de estagiária. Por último, no Projecto C o técnico de Serviço Social que tem a função de coordenador.

**Categoria População-Alvo** - Relativamente a esta categoria o Projecto A, abrange a **faixa-etária** dos os 6 aos 25 anos, mais propriamente, uma criança com idade compreendida entre os 6 e os 10 anos, onze adolescentes com idades entre os 11 e os 13 anos, duzentos e catorze jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos e dezoito adultos com idades entre os 19 e os 20 anos. Relativamente ao projecto B este abrange crianças e jovens com idades compreendidas entre os 9 e os 18 anos. O projecto C não varia muito do B, sendo que abarca crianças e jovens com idades compreendidas entre os 9 e os 16 anos de idade. A população-alvo referida apresenta vários **factores de risco**, tais como, no caso do Projecto A, **problemas escolares**, visto que apresentam carências/dificuldades no percurso escolar; **problemas sociais**, dado que se verificam alguns sinais de consumos tóxicos; **problemas económicos** uma vez que existem alunos com fracos rendimentos, oriundos de estratos sócio-económicos baixos; e **problemas familiares**, problemas ligados à desestruturação familiar e dificuldades sócio-económicas que progressivamente se agravam, para além de que os pais/famílias desta população – alvo são pais muito ocupados do ponto de vista laboral e com empregos precários,



apresentando muitas vezes uma desorganização do ponto de vista emocional, para além de que apresentam alguma indisponibilidade e sentimentos de incompetência face à função parental. No Projecto B os factores de risco apresentados são problemas escolares, mais especificamente, casos de insucesso escolar, absentismo e abandono escolar, havendo pouca participação dos Encarregados de Educação nas actividades da Associação de Pais, dificuldades de adesão dos professores a actividades não lectivas, dificuldade em suscitar interesse aos alunos, para além de que os auxiliares de acção educativa não têm por vezes formação específica e existe falta de técnicos especializados em permanência na escola; problemas sociais, visto que existe uma fraca dinamização cultural e os alunos são provenientes de bairros sociais problemáticos; problemas económicos dado que existem estratos sócio-económicos e sócio-culturais muito diferenciados, verificando-se nos estratos sócio-económicos mais baixos uma desvalorização da progressão escolar e do sucesso escolar, isto é, baixas expectativas em relação ao futuro dos educandos; problemas familiares, pois são alunos provenientes de famílias desestruturadas ou em ruptura, encontrando-se por vezes situações de negligência familiar, ausência de competências parentais, maus-tratos psicológicos e físicos chegando a haver violência doméstica. O facto de haver uma grande dificuldade de ajustar os horários das famílias ao horário escolar, os alunos sentem a necessidade de saírem da sua zona de residência e irem para a zona de trabalho dos pais, verificando-se neste contexto um quadro de negligência familiar, os pais / famílias tem pouca disponibilidade de acompanharem as aprendizagens dos seus educandos. Relativamente ao Projecto C, Os factores de risco apresentados por esta população – alvo são problemas sociais e familiares, pois os alunos vivem em bairros degradados e com famílias completamente desestruturadas.

**Categoria Problema Abrangido** - Estes projectos **abrangeram vários problemas** tais como as substâncias psicoactivas entre outros problemas. O Projecto A abrangeu o problema do consumo de álcool e tabaco. O projecto B, abrangeu igualmente os mesmos problemas, para além de outro tipo de drogas, e problemas psicológicos, de comportamento/indisciplina, de absentismo escolar e comportamentos desviantes/pré-delinquentes. Quanto ao Projecto C, este abrangeu problemas de comportamentos inadequados, abandono escolar, absentismo escolar, dificuldades sócio-económicas, consumo de substâncias, e contexto familiar desfavorecido.



**Categoria Tipos de Intervenção do Assistente Social** - Os tipos de intervenção utilizados foram feitos de uma forma directa e indirecta. **Directamente**, no Projecto A, foram feitas **reuniões** com os pais dos jovens e reuniões com os parceiros (executivo da escola com os directores de turma e tutores); foram também **desenvolvidas actividades** com os jovens. No Projecto B foram realizadas actividades de sensibilização e esclarecimento sobre comportamentos de risco e actividades de debate, trabalhos, visionamento de filmes, no espaço de reflexão criado no GAAF sobre “Quando for grande quero ser...”; foram feitos **acompanhamentos** de forma a acompanhar o aluno e a família e para integrar os alunos na escola ou encaminhá-los para cursos técnico-profissionais, para além de ser uma forma de conhecer melhor as suas dificuldades e potencialidades e também de prevenir possíveis comportamentos de risco; foi feita igualmente uma articulação com outros técnicos e outras instituições, como os professores, auxiliares de acção educativa e entidades de apoio social. Quanto ao Projecto C aplicou-se o Programa de Competências Pessoais e Sociais, aplicou-se o jogo “Aventura na Cidade”, fizeram-se sessões de esclarecimento, visitas de estudo e a escola de pais; foi também feito o acompanhamento em pátio e o apoio psicossociopedagógico e atendimento dos Encarregados de Educação; também foi feita a articulação com outros técnicos e outras instituições como os funcionários e os serviços internos e externos; e, por último, visitas domiciliárias e encaminhamentos. **Indirectamente**, os três projectos complementam-se pois todos elaboraram Diagnósticos e planearam actividades a desenvolver com os jovens. Apenas o Projecto C não refere a elaboração do Diagnóstico

**Categoria Modelo de Prevenção Privilegiado** - Quanto ao **modelo de prevenção** privilegiado foi no Projecto A e B o modelo Bio-psico-Social. Este foi privilegiado no Projecto A, pelo facto de este projecto procurar promover a auto-estima, ou seja, promover a socialização dos jovens de forma positiva; apoiar os jovens na construção de um projecto de vida acompanhando-os na definição e criação do seu percurso de vida; promover o desenvolvimento pessoal e social; facilitar aos jovens a tomada de consciência no conhecimento de si próprio; promover o reforço das autonomias e responsabilização dos jovens e promover a valorização cultural e social destes. Quanto ao Projecto B, o motivo da escolha deste modelo foi porque este projecto





pretende aumentar e incrementar nos jovens conhecimentos sobre as drogas, de forma a dissuadi-los de consumirem, e a adoptar estilos de vida saudáveis. O Projecto C, não apresenta o modelo que escolheu.

## 1.2 – Descrição dos Dados Resultantes das Entrevistas a Profissionais de Serviço Social

**Categoria Experiência Profissional na Área do Serviço Social** - Relativamente a esta categoria importa salientar que a entrevistada A trabalha há três anos, sendo dois deles de estágio; a entrevistada B exerce também há três, sendo que o primeiro ano foi de estágio e a entrevistada C trabalha há um ano e meio como licenciada e teve três de estágio. Quanto às **áreas de intervenção**, mais propriamente a das crianças, jovens e família, apenas as entrevistadas B e C já intervieram nesta área. A entrevistada C interveio também na área dos idosos tal como a A que, para além desta, interveio também em autarquia, no acompanhamento dos processos para o rendimento mínimo e na acção social. As entrevistadas possuem **experiência de intervenção na prevenção primária**, contudo a entrevistada A assinala que a sua participação é de carácter pontual. Em contrapartida a entrevistada B tem uma experiência de quatro anos e a C de três. Relativamente à **experiência de intervenção na toxicodependência**, a entrevistada B trabalha há 4 anos nesta área enquanto que as restantes entrevistadas trabalham pontualmente nestas áreas. As três entrevistadas responderam que estavam na área de intervenção actual por **opção própria** e que gostavam muito de trabalhar na mesma. Contudo, a entrevistada A indica que há dias em que não gosta.

**Categoria Compreensão da Problemática** - As entrevistadas **definiram toxicodependência**, de uma maneira geral, como uma dependência física e psicológica por parte de indivíduos que, por vezes, para continuarem a consumir têm condutas delinquentes. Quanto às **consequências do consumo de drogas na adolescência**, a entrevistada B indicou um **maior grau de dependência e de consumo de drogas “duras”**, dado que, quanto mais cedo o indivíduo experimenta drogas maior é a probabilidade de consumir drogas “duras” e em maior quantidade. Por sua vez, a entrevistada A indicou como consequências do consumo: **problemas**



**familiares**, isto é, a relação familiar tende a ficar desgastada e por vezes há uma desestruturação e **problemas de falta de auto-estima**. Por último, entrevistada C refere que as consequências são **problemas escolares**, uma vez que se constata casos de abandono, absentismo e insucesso escolares e **comportamentos delinquentes** pelo facto de existirem comportamentos destrutivos, violentos e roubos. No ponto de vistas das entrevistadas, a **prevenção é muito importante** pois serve para alertar os adolescentes para situações de toxicodependência e caso não fosse feita seria complicado lidar com situações de toxicodependência na adolescência. A **importância da intervenção do Serviço Social nesta área** justifica-se, segundo a entrevistada A, pelo facto do Serviço Social estar sempre presente na prevenção, com os adolescentes, com a família e respectivo acompanhamento. Por seu lado a entrevistada B refere que se trata dum mais valia. Já a entrevistada C explica que o profissional consegue mobilizar-se tanto no “terreno” como no “gabinete”, isto é, ele adapta-se consoante o trabalho que necessita realizar.

#### **Categoria Projecto de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência -**

Segundo a entrevistada A, o projecto em que está inserida, surgiu no **âmbito** do Projecto Vida, pois, quando os jovens/crianças terminavam o ATL não existiam respostas. Deste modo procuravam dar algum apoio a essa faixa etária, através da criação de algumas iniciativas. Contudo, não existia um espaço físico e o Projecto Vida surgiu como uma bolsa de oxigénio que permitiu apoiar financeiramente o projecto, permitindo adquirir um espaço físico entre outros. Já no projecto respectivo à entrevista B, este surgiu pela necessidade de dois ou três profissionais se aproximarem da escola. Isto porque se trata dum meio para combater as problemáticas do abandono, do absentismo, do insucesso escolar bem como na área da prevenção da toxicodependência. Por sua vez, a entrevistada C, explica o **enquadramento do projecto** pelo seu carácter anual, adequado às problemáticas dominantes e número de turmas. Os **objectivos gerais**, de acordo com a entrevistada A, são a **ocupação dos tempos livre**, a inserção dos jovens na vida activa e a criação de um grupo de trabalho que procura discutir várias temáticas. Também a entrevistada B refere a questão do **desenvolvimento de competências pessoais**, explicando que o projecto pretende incentivar os adolescentes a seguir percursos de vida de acordo com os seus gostos pessoais, desenvolvendo auto-estima, bem-



estar e equilíbrio aos níveis da escola, da saúde e da sociabilização. O **combate a problemas escolares** (abandono escolar, absentismo e insucesso), a **prevenção da toxicodependência e do trabalho infantil**, são considerados por ambas as entrevistadas B e C como objectivos gerais do projecto. A entrevistada B acrescenta ainda a **promoção dos direitos da criança** e consequentemente o seu bem-estar. O **grupo-alvo** dos projectos são os **jovens** que frequentam este projecto, segundo a entrevistada A. Já as entrevistadas B e C, indicam que os respectivos grupos-alvo são os alunos das referidas escolas, sendo, na primeira, sessenta e sete casos e na segunda, algumas turmas de quinto, sexto e outro anos e uma turma especial. Segundo a entrevistada C intervêm também junto dos **pais** dos alunos de toda a comunidade escolar. Relativamente à **duração** do projecto, segundo as três entrevistadas todos se realizam para o actual ano lectivo, ou seja, têm a duração de um ano lectivo. Os **parceiros** do projecto A são: a Segurança Social, os Centro de Apoio à Toxicodependentes, as Comunidades Terapêuticas, o Centro de Saúde, a Junta de Freguesia e a Câmara Municipal. Segundo a entrevistada B são o Intituto da Droga e da Toxicodependência, a par do Intituto de Apoio à Criança que o financia aos níveis técnico e material, e outras instituições inseridas na rede social. Tal como no projecto A, a entrevistada C refere a Segurança Social, o Centro de Saúde e a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens como a sua rede de parceiros. Relativamente à **participação na elaboração e execução do projecto** as entrevistadas B e C referem que, no seu caso, foi total. Por seu lado, a entrevistada A apenas participou na sua execução. Nos **tipos de intervenção directa do Assistente Social**, a **relação de proximidade e confiança-atendimento directo** é feita por todas as entrevistadas. Segundo a entrevistada A, esta relação permite conhecer os jovens e as famílias, bem como fazer o respectivo acompanhamento social. Para a entrevistada B, esta proximidade é importante para perceber os motivos que levam os adolescentes a terem determinados comportamentos. A obtenção de informação é o resultado desta relação de proximidade de acordo com a entrevistada C. A **animação**, através do contacto com os alunos no pátio e as **visitas domiciliárias**, segundo a entrevistada C, fazem parte da sua intervenção directa. Bem como o **encaminhamento**, através de acordos com os pais, e a **realização de actividades**, traduzidas em sessões de dinâmica de grupo para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e o **encaminhamento** tal como a entrevistada A. Também a entrevistada C realiza actividades, sendo estas as actividades desenvolvidas pelo GAAP. Nos



tipos de **intervenção indirecta do Assistente Social**, a entrevistada C **preenche instrumentos de trabalho**, mais propriamente o relatório social. Ainda neste aspecto, também a entrevistada A elabora os processos dos jovens em conjunto com os outros técnicos. Quanto a este tipo de intervenção, a entrevistada B, **elabora o projecto**, com base em conhecimentos que já possuía e outros obtidos junto dos adolescentes.

**Categoria Equipa Técnica do Projecto de Prevenção Primária da Toxicodependência na Adolescência** - Em relação ao **número de técnicos** por projecto, é possível verificar que de acordo com as entrevistadas A, e B são cinco técnicos e com a entrevistada C são três técnicos. Relativamente às **áreas profissionais envolvidas**, segundo a entrevistada A são contempladas as áreas do Serviço Social, da Psicologia, da Animação Social e da Educação Social. De acordo, com a entrevistada B são as áreas do Serviço Social e da Psicologia as áreas contempladas. Por último, a entrevistada C refere somente a área do Serviço Social. Quanto às **funções de cada técnico**, na entrevista A o profissional de Serviço Social tem as funções de acompanhar individualmente os jovens e articular com as suas famílias; o animador tem as funções de zelar pelo espaço e é responsável pela dinamização de algumas das actividades; e os psicólogos são responsáveis pela orientação vocacional dos jovens e efectuem o acompanhamento quer individual quer em grupo. De acordo com a entrevistada C, as funções do profissional de Serviço Social compreendem a divulgação e coordenação do GAAF, o encaminhamento, a prevenção, dar apoio sócio-psico-pedagógico aos alunos, e fazer visitas domiciliárias. A entrevistada B, não definiu concretamente as funções de cada técnico, apenas referiu que a equipa, em conjunto, reflecte as problemáticas dos adolescentes dando, sobre a mesma problemática, vários “olhares”. No que respeita ao **surgimento da participação do Serviço Social**, a entrevistada A explica que o apoio da disciplina foi pedido, por parte do psicólogo, para executar uma actividade de culinária. Relativamente ao projecto B, a entrevistada B, explica que o Serviço Social é sempre uma área escolhida e que um GAAF deverá ter. Por fim, foi a entrevistada C que contactou com a escola, mostrando-se esta, sempre receptiva.



**Categoria Fases do Processo de Intervenção Utilizadas pela Assistente Social** - Referente à **localização do problema**, apenas as entrevistadas B e C referem esta primeira fase, sendo que a B diz que é feita uma sinalização e a C acrescenta que esta sinalização pode ser feita por funcionários da escola, pelos pais ou até mesmo pelo próprio aluno. A segunda fase do processo é o **estudo ou exploração**, sobre o qual apenas as entrevistadas B e C responderam. Segundo a entrevistada B, é feita uma abordagem à criança e/ou família para perceber mais sobre a problemática. A entrevistada C, para além disto, refere que lembra à criança o que é feito num GAFF, qual o papel do profissional e qual a razão pela qual foi sinalizada. Quando a criança percebe a situação a profissional pergunta se ela quer ser ajudada ou não. Na terceira fase do processo, o **diagnóstico**, a entrevistada B indicou que o fazia. Por seu lado, a entrevistada C acrescenta que o constrói com base na relação de confiança e em conversas que tem com os alunos. A entrevistada A, mais uma vez, nada refere. Já na fase do **planeamento** a entrevistada A refere que a actividade desenvolvida foi seleccionada com base na motivação dos jovens para a mesma. A entrevistada B explica que definem o que vão fazer no decorrer da intervenção. A entrevistada C, sobre esta fase, nada refere. Relativamente à fase da **execução**, apenas as entrevistadas B e C referem esta fase, sendo que a ambas indicam que é nesta fase que procedem efectivamente à resposta, à intervenção para procura de solução ao nível interno ou então ao encaminhamento da situação. Quanto à última fase, a da **avaliação e finalização da intervenção**, a entrevistada B explica que é feita tendo como ponto fulcral o trabalho desenvolvido e a possível evolução do aluno. De acordo com entrevistada C, o processo fica concluído quando o aluno sai da escola ou quando se tem a certeza absoluta que o problema foi resolvido.

**Categoria Técnicas de Intervenção Utilizadas pelo Profissional de Serviço Social** - O **tipo de técnica** utilizada pela entrevistada A e pela C é a observação participante. A primeira entrevistada explica que escolha é devido ao facto de observar e falar com os adolescentes estando com eles na actividade e a entrevistada C explica-o pelo facto de querer aprofundar ao máximo o conhecimento da situação do aluno fazendo para isso, tudo o que esteja ao seu alcance. Já a entrevistada B, utiliza o diagnóstico, o planeamento, o encaminhamento, a entrevista e as visitas domiciliárias não dando nenhuma justificação para tal.



**Categoria Estratégias de Intervenção Utilizadas pelo Profissional de Serviço Social** - Todas as entrevistadas A e B utilizam como **estratégia** a relação de empatia e de proximidade, uma vez que, segundo a entrevistada A, se os jovens não sentirem confiança em relação à profissional torna-se difícil consciencializá-los sobre o que for. Para a entrevistada B, esta proximidade passa pela conversa informal tendo em conta o espaço, o contacto telefónico, as entrevistas, as visitas domiciliárias, as actividades lúdicas quer a nível externo como a nível interno, são todas estratégias utilizadas por esta assistente social. Já a entrevistada C, refere que se adapta aos alunos para conseguir informações, isto é, se um aluno não quer falar num determinado sítio ela sugere outro, resumidamente, tem a ver com a relação de empatia.

**Categoria Instrumentos de Intervenção Utilizadas pelo Profissional de Serviço Social** - Os **instrumentos** utilizados pela entrevistada A são as fichas de culinária (utilizadas na actividade) e as folhas de registo de presenças pois assim é possível utilizar esse registo para a avaliação dessa actividade. De acordo com a entrevista B, a profissional utiliza grelhas de observação, fichas de registo da intervenção, fichas de anamnese, diário de bordo, o livro de ponto, para ter noção da participação e grau de adesão dos alunos e das famílias ao gabinete. Esta escolha deve-se ao facto dos instrumentos serem um fonte fidedigna de conhecimento. Por fim, a entrevistada C refere que utiliza o relatório, a ficha de sinalização, ficha de processo individual (com dados relativos também à família), ficha de pré-diagnóstico, ficha de apoio psico-socio-pedagógico, ficha de registo de contactos, ficha de reuniões como instrumentos da sua intervenção, justificando o seu uso pelo facto de ser obrigatória a sua utilização pelo facto de estarem inseridos no IAC.

**Categoria Modelos de Intervenção em Prevenção Primária** - Ambas as entrevistadas B e C indicaram, indirectamente, o **Modelo Bio-psico-social** como modelo de intervenção utilizado. Isto porque, segundo a entrevistada B, pretende-se encaminhar os adolescentes a terem um equilíbrio pessoal aos níveis da saúde, do percurso escolar, da sociabilização, sempre no âmbito da prevenção de determinados comportamentos. Já a entrevistada C, refere que é importante alertar para determinadas situações e que se pretende desenvolver competências pessoais e



sociais através dum apoio sócio-psico-pedagógico. Relativamente à entrevistada esta não sabe responder a esta questão pelo facto de apenas intervir numa actividade deste projecto.

**Categoria Modelos de Intervenção em Serviço Social** - O modelo **identificado** pelas três entrevistadas foi o **Modelo Sistémico**. Segundo a entrevistada A, trata-se dum trabalho feito em rede, em articulação com os demais serviços. Por sua vez, a entrevistada B refere ainda que este trabalho em rede é feito igualmente com os alunos, família, meio escolar e comunidade exterior. A entrevistada C não justifica a sua escolha.

## 2. Análise e Interpretação dos Dados Recolhidos

De acordo com experiência profissional das entrevistadas é visível que estas, apesar de terem pouca experiência profissional (são ainda consideradas recém-licenciadas visto que o máximo de anos de profissionalização referido é de dois anos) têm já alguma experiência nas áreas de intervenção na prevenção da toxicodependência e de outras problemáticas. Isto porque, após a licenciatura e mesmo durante o estágio, trabalharam nestas áreas. Apenas uma entrevistada tem menos experiência na área pelo facto da sua intervenção ser pontual no projecto. No entanto todas as entrevistadas trabalham nesta área por opção própria e é visível em todas elas uma grande motivação para o trabalho que desenvolvem. No entanto, referem também que é um trabalho algo maçador pelo facto de se lidar com muitos problemas e não haver, muitas das vezes, respostas para os resolver.

As entrevistadas, ao definirem a problemática “toxicodependência” demonstram que têm presente conceitos teóricos e guiam a sua intervenção mediante esse conhecimento. A Entrevistada B, por exemplo, entende “*Por toxicodependência (...) no fundo, quando crianças em risco tomam condutas, de alguma forma, de fuga da realidade*” (p. 2) o que remete para a problemática, visto esta definição ser semelhante à dada por vários autores.

No discurso das entrevistadas, estas salientam o problema do consumo das drogas ilícitas em detrimento das drogas lícitas, atribuindo a estas últimas pouca importância. Este facto pode justificar-se por pertencerem a uma sociedade que, tal como foi referido na problemática, “aceita” naturalmente as drogas lícitas pelo seu aspecto legal. No entanto, as entrevistadas



consideram que as drogas lícitas podem ser um passo para o consumo de drogas ilícitas pois “(...) *quanto mais cedo se experimenta acho que mais facilmente depois se é capaz de enveredar por drogas ditas mais duras (...) se é muito precoce poderá levar depois mais tarde a consumos maiores, de maior dependência.*” (Entrevista B, p. 2).

Relativamente às consequências do consumo de drogas, as entrevistadas salientam as consequências provocadas pela toxicod dependência. Estas separadamente referem algumas consequências que se destacam diariamente na vida dos adolescentes que consomem drogas. Desses destacam-se os problemas familiares, tal como a entrevistada A refere “*a relação familiar tende a ficar desgastada e por vezes há uma desestruturação*” (Entrevista A, p.4); problemas de falta de auto-estima; problemas de delinquência e principalmente problemas escolares (absentismo, insucesso e abandono escolar), entre outros.

Na fase da adolescência, face às características desta faixa etária (é uma idade de frustrações e de sofrimento durante o qual se intensificam conflitos e crises de ajustamento) a prevenção da toxicod dependência é muito importante, pois, o adolescente é muito susceptível a novas experiências, entre as quais o consumo de drogas. Como tal, e como a entrevistada C referiu, a prevenção é “*muito importante, tanto para aqueles miúdos que já sabem alguma coisa como para aqueles que não sabem (...) é importante, precisamente, a prevenção para eles perceberem este mundo (...) é importante para os miúdos, que até acham que sabe mais alguma coisa, alertá-los para essas situações, portanto, acho que é sempre benéfico a prevenção... a prevenção sempre, ponto final, seja em qualquer área, ainda mais na toxicod dependência...*” (Entrevista C, p. 4)

A intervenção em prevenção primária da toxicod dependência na adolescência deve ser considerada como um conjunto de estratégias destinadas a promover estilos de vida saudáveis, englobando a participação activa das comunidades, das instituições e dos seus sistemas. Como tal, é fundamental compreender os adolescentes e qual a razão que os leva a consumir ou a querer experimentar drogas. Deste modo, e segundo a entrevistada B, é muito importante insistir-se nos factores protectores, no apoio e suporte, pois se se perceber o que leva no fundo a criança ou jovem a consumir, vai-se perceber e investir nessas causas, ou seja, na prevenção.

O Assistente Social é um agente que procura fazer mudança; é um dos técnicos da área das ciências sociais que tem formação para poder fazer prevenção. Este, através do contacto directo





e indirecto que mantêm com os adolescentes, com as famílias e com as escolas, é o agente socializador “ideal” para participar em projectos de prevenção primária das toxicodependências. O facto deste técnico poder fazer a articulação entre os vários agentes de socialização e conseguir “colocar-se” ao nível do adolescente faz com que a sua intervenção contribua para uma prevenção mais eficaz.

Relativamente aos projectos de prevenção primária abordados, no que concerne ao âmbito, o projecto apesar de desenvolvido por uma instituição específica - EB 2,3 Luís de Sttau Monteiro, EB 2,3 Eugénio de Andrade e o Centro Social Bem Estar Social de Fernão Ferro - têm subjacente uma instituição (IAC e IDT) e um projecto/programa (PQPPII e GAAF) que os enquadra. Importa referir que todos se situam na região de Lisboa e Vale do Tejo, apesar das localizações geográficas serem ainda algo distantes umas das outras (Fernão Ferro, Cidade de Lisboa e Loures). Todos os projectos têm a duração de um ano e têm como população alvo jovens e crianças que frequentam quer as escolas (EB 2,3 Luís de Sttau Monteiro e EB 2,3 Eugénio de Andrade), quer o Centro Social Bem Estar Social de Fernão Ferro referido. No entanto, e de forma a realizar um bom trabalho, são seleccionados os casos mais problemáticos, no caso das escolas.

Delimitando mais precisamente a população-alvo e apesar desta se situar entre os 6 e os 25 anos de idade, o escalão etário mais frequente é o dos 9 aos 18. Remetendo para a faixa-etária delimitada na problemática, é visível que a dos projectos é mais abrangente podendo, no entanto, considerar-se igualmente como população adolescente. Esta população apresenta vários factores de risco aos quais os projectos tentaram responder. Destes salientam-se os problemas escolares – insucesso, absentismo, abandono escolar, aliados aos problemas de aprendizagem; os problemas sociais – pelo facto dos alunos serem oriundos de bairros sociais problemáticos; os problemas económicos – pois os alunos vêm de famílias com baixos estratos económicos; e os problemas familiares – desestruturação familiar, empregos precários, negligência familiar, ausência de competências parentais, maus-tratos psicológicos e físicos chegando a haver violência doméstica, entre outros. Estes problemas aumentam a possibilidade dos adolescentes adquirirem comportamentos desviantes, como é o caso da toxicodependência. Grande parte deles têm consciência do risco e do perigo em que estão envolvidos ao praticarem



determinados comportamentos, mas preferem ignorá-los, devido ao facto de darem mais valor a outras consequências psicossociais inerentes a esses comportamentos.

Para uma boa intervenção nesta área é necessário definir especificamente qual a substância ou o problema abrangido de forma a orientar as actividades a desenvolver. Neste caso, este trabalho foi realizado com base no Diagnóstico previamente realizado e, de forma, geral, os programas abrangeram, em termos de substância psicoactiva, o álcool, o tabaco e outras drogas. Para além da toxicoddependência, os projectos abordam outros problemas tais como, problemas psicológicos e problemas escolares. Isto remete para o facto da prevenção ser algo muito abrangente. Não basta chegar a um local e começar a fazer prevenção. Antes pelo contrário. Ela passa por um grande conhecimento do meio e do grupo-alvo de forma a identificar áreas de intervenção, bem como, elementos dinamizadores da mudança.

Relativamente à equipa técnica dos projectos, esta, de uma maneira geral, é constituída por um número reduzido de técnicos, sendo que as áreas presentes são o Serviço Social, a Psicologia, a Animação Social e a Educação Social. Apesar de terem funções distintas, de acordo com a formação profissional – coordenação do projecto, dinamização das actividades, orientação vocacional, acompanhamento e articulação com as famílias - os técnicos trabalham em constante articulação e ajudam-se mutuamente pois sozinhos pouco conseguem. É importante que nestas equipas estejam inseridos técnicos de várias áreas disciplinares pelo facto destes darem “(...) *diferentes olhares para uma problemática, [verem] as coisas de diferentes formas e parecendo que não, [fazem] depois uma reflexão conjunta acerca das problemáticas destas crianças, destes jovens.*” (Entrevista B, p.5). Deve-se, pois, reforçar aqui o papel do Serviço Social, visto esta ser uma área de intervenção privilegiada neste contexto não só pelo seu papel de elo de ligação entre vários elementos, mas também pela capacidade de se colocar ao lado do utente, ajudando-o no seu percurso de vida.

É visível que todos os projectos visam melhorar a qualidade de vida das crianças/adolescentes/jovens e promover estilos de vida saudáveis. Assim, apesar de se estar perante três projectos distintos, os objectivos podem-se considerar complementares, visto que pretendem ocupar os tempos livres dos adolescentes, desenvolver as competências pessoais e o conhecimento acerca da problemática, promovendo o bem-estar e a auto-estima. Os projectos pretendem também, combater o abandono escolar, o absentismo e o insucesso escolar



fomentando a prevenção da toxicod dependência e do trabalho infantil e a promoção dos direitos da criança. Para este trabalho contam com o apoio de diversos parceiros tais como a Segurança Social, os Centros de Apoio a Toxicod dependentes, os Centros de Saúde, as Autarquias, o IDT, o IAC, a CPCJ entre outros, variando consoante as situações encontradas.

O Serviço Social tem uma participação directa nos projectos, sendo que, em dois casos, é esta área que coordena e planifica todas as actividades desenvolvidas. Desta forma, o Assistente Social tem dois tipos de intervenção: a directa e a indirecta. O primeiro tipo, abarca todas as actividades de relacionamento directo com o grupo-alvo.

A prevenção primária da toxicod dependência é um processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e a melhorar a formação e a qualidade de vida dos indivíduos. Este processo engloba a difusão de informação sobre o tema das toxicod dependências e dos decorrentes riscos para a saúde, bem como a promoção de comportamentos saudáveis, implicando a valorização de competências de comunicação, auto-controlo e afirmação da identidade e auto-estima.

Tudo o que se faz, neste tipo de intervenção, é com o intuito de criar uma forte relação de empatia e proximidade, pois é através dela, juntamente com um bom acompanhamento social, que o adolescente/jovem consegue ver no técnico alguém em que pode confiar e sente-se capaz de lhe pedir ajuda directamente. Como se pode verificar através das entrevistas realizadas, é através desta relação de empatia e de confiança que a verdadeira prevenção é eficaz. Ao confiar no assistente social, o adolescente acaba por assimilar os conselhos do mesmo escolhendo, de forma consciente, viver a adolescência de forma saudável. Todavia, esta questão de referenciação poderá apresentar duas vertentes, uma positiva e outra negativa. A positiva traduz-se na adopção de comportamentos saudáveis enquanto que a negativa, revela a propensão em o adolescente criar uma forte dependência em relação ao profissional.

Indirectamente a intervenção do Assistente Social passa por todas as actividades que não estando directamente relacionadas com a população-alvo, a elas dizem respeito. Elas passam pelo preenchimento de instrumentos de trabalho (tais como o relatório social e os processos dos jovens) e pela elaboração do projecto de intervenção.

Quanto ao modelo de prevenção privilegiado é o Bio-psico-Social o mais referido pelas entrevistadas. Isto deve-se ao facto de existir a necessidade de promoção de estilos de vida



saudáveis, visto que actualmente a saúde é considerada um factor muito importante, não só a um nível físico como a um nível psíquico e social, passando por aqui, a prevenção. Este modelo promove a socialização dos jovens de forma positiva e apoia-os na construção de um projecto de vida que passa pela incrementação de conhecimentos acerca das áreas problemáticas por via a dissuadi-los de consumirem e a adoptar estilos de vida saudáveis.

Relativamente à metodologia de intervenção do Assistente Social, no que diz respeito às fases de intervenção utilizadas pela Assistente Social existe um consenso entre as entrevistadas, exceptuando a entrevistada A que, por não ter participado na elaboração do projecto, não referiu quais as fases que seguia no percurso da sua actividade profissional. Assim, as fases indicadas foram a localização do problema, na qual é feita uma sinalização que pode ser feita por funcionários da escola, pelos pais ou até mesmo pelo próprio aluno, dependendo da situação. A segunda fase do processo é o estudo ou exploração onde os técnicos procuram enquadrar o adolescente e seu problema no seu contexto global, quer questionando-o directamente, quer através do conhecimento dos técnicos que o rodeiam. Na terceira fase do processo, o diagnóstico, faz-se a identificação de situações problema e a definição das prioridades de intervenção. Ele baseia-se na recolha e exploração de dados que, relacionados entre si, permitem tirar conclusões concretas da realidade que se está a estudar. As entrevistadas referem que o constroem com base na relação de confiança e em conversas que tem com os alunos. Já na fase do planeamento os técnicos definem o que vão fazer no decorrer da intervenção, estabelecendo objectivos e finalidades de intervenção, bem como das estratégias para alcançar estes mesmos objectivos. Relativamente à fase da execução, é nesta que se procede efectivamente à resposta, à intervenção para procura de solução ao nível interno ou então ao encaminhamento da situação. É aqui que se pretende alcançar a mudança. Quanto à última fase, a da avaliação e finalização da intervenção, esta é feita tendo como ponto fulcral o trabalho desenvolvido e a possível evolução do aluno. O processo fica concluído quando o aluno sai da escola ou quando se tem a certeza absoluta que o problema foi resolvido.

Pode-se concluir que as entrevistadas baseiam a sua intervenção no modelo de intervenção da autora CAPARRÓS, sendo este um pouco mais pormenorizado do que o do autor ANDEREGG. No âmbito das técnicas utilizadas pelas entrevistadas, estas salientam a observação participante pelo facto de observar e falar com os adolescentes estando com eles na actividade e



por querer aprofundar ao máximo o conhecimento da situação do aluno fazendo para isso, tudo o que esteja ao seu alcance. Uma entrevistada utiliza o diagnóstico, o planeamento, o encaminhamento, a entrevista e as visitas domiciliárias não dando nenhuma justificação para tal. No que diz respeito às estratégias utilizadas as entrevistadas referem a relação de empatia e de proximidade, uma vez que, se os jovens não sentirem confiança em relação ao profissional torna-se difícil consciencializá-los sobre o que for. Esta proximidade passa pela conversa informal, tendo em conta o espaço, o contacto telefónico, as entrevistas, as visitas domiciliárias, as actividades lúdicas quer a nível externo, quer a nível interno. Para este tipo de intervenção é necessário que o técnico se adapte aos alunos para conseguir informações, isto é, se um aluno não quer falar num determinado sítio deve-se sugerir outro. A escolha das estratégias este intimamente relacionada com a relação de empatia que se pretende criar e com o tentar tudo para promover meios e condições de segurança e confiança ao utente, para que este se sinta bem com o apoio provido pelos técnicos desta área. Por fim, os instrumentos utilizados pelas entrevistadas são as fichas de culinária (utilizadas na actividade) e as folhas de registo de presenças pois assim é possível utilizar esse registo para a avaliação dessa actividade; grelhas de observação, fichas de registo da intervenção, fichas de amenese, diário de bordo e o livro de ponto, para ter noção da participação e grau de adesão dos alunos e das famílias ao gabinete. Esta escolha deve-se ao facto dos instrumentos serem um fonte fidedigna de conhecimento. Por fim são referidos que o relatório, a ficha de sinalização, ficha de processo individual (com dados relativos também à família), ficha de pré-diagnóstico, ficha de apoio psico-socio-pedagógico, ficha de registo de contactos, ficha de reuniões como instrumentos da sua intervenção, justificando o seu uso pelo facto de ser obrigatória a sua utilização pelo facto de estarem inseridos no IAC.

Para terminar, o modelo de Serviço Social privilegiado pelas entrevistadas foi o Modelo Sistémico pelo facto de se tratar de um trabalho feito em rede e em articulação com os demais serviços, bem como, com os alunos, famílias, meio escolar e comunidade exterior.

### **3. Linhas Conclusivas**

Do resultado da análise e interpretação dos dados recolhidos, através das entrevistas realizadas a assistentes sociais inseridas em projectos de prevenção primária da



toxicodependência na adolescência, procede-se, assim, à resposta da pergunta de partida e dos objectivos gerais e específicos propostos inicialmente, conclui-se que:

Os **objectivos da intervenção**, passam principalmente pela prevenção primária de comportamentos desviantes. Isto é, a “(...) *diminuição do abandono, absentismo, insucesso escolar; (...) o trabalho infantil; e (...) a prevenção das toxicodependências (...)*” (Entrevista C: 7). A estes objectivos juntam-se ainda a ocupação de tempos livres, a inserção dos jovens na vida activa, promoção dos direitos da criança, fomentação da auto-estima e do bem-estar aos níveis da escola, da saúde e da socialização, de acordo com as entrevistadas A e B.

O **modelo de intervenção** pelo qual as assistentes sociais regem a sua *praxis*, é o Modelo Sistémico. Para além das entrevistadas o afirmarem durante a entrevista e mesmo que não o fizessem, seria óbvia a sua justificação. Ou seja, o facto das profissionais sublinharem a importância e a necessidade do trabalho em rede, seja com os alunos, com a família, com a comunidade interna e externa à escola, indicam a razão pela qual elegem o Modelo Sistémico a base da sua intervenção. Segundo uma das entrevistadas, “(...) *é mesmo um trabalho em conjunto e em rede e em articulação que se consegue, porque sem isso não se conseguiria.*(...)” (Entrevista A: 9).

O **método utilizado na intervenção**, pelas assistentes sociais entrevistadas, é segundo a autora CAPARRÓS, referida no Capítulo I Problemática. Tal justifica-se pelo facto de as entrevistadas fazerem uma abordagem a cada fase dando exemplos práticos que se enquadram na definição de cada uma das fases elaboradas pela autora.

As **técnicas previligiadas**, de acordo com as entrevistas aplicadas, são em termos gerais a observação participante, “(...) *a identificação, é o diagnóstico e é o planeamento, (...) o encaminhamento (...) acompanhamento (...) entrevista, (...) visitas domiciliárias (...)*” (Entrevista B: 7). A aplicação destas técnicas, permite às assistentes sociais recolherem informações valiosas para que depois possam intervir eficazmente.

As **estratégias a que recorrem** as assistentes sociais passam essencialmente pela criação “(...) *relação de empatia com a criança, (...) tentar fazer ali um momento de abertura e de convívio e de confiança que é muito importante.*” (Entrevista A: 8). No âmbito das estratégias contemplam, ainda, as conversas informais, os telefonemas, as visitas domiciliárias, as actividades lúdicas, o respeito e a adaptação às preferências dos adolescentes. Estas estratégias



de intervenção prevêm a obtenção de informação mas, sobretudo, a criação duma relação empática e de confiança entre o profissional de Serviço Social e o adolescente. Esta relação é muito importante, segundo as entrevistadas, para que se possa trabalhar com este grupo-alvo.

São vários os **instrumentos utilizados** pelas entrevistadas. Em termos gerais destacam-se as grelhas de observação, a ficha de registo da intervenção, a ficha de anamnese, o diário de campo, o livro de ponto, o relatório, a ficha de sinalização, a ficha de pré-diagnóstico, as fichas de reuniões. A justificação para a escolha destes instrumentos remete para o facto de muitos destes já estarem pré-definidos pela entidade enquadradora do projecto bem como, porque através deles é possível recolher informações e fazer uma avaliação de todo o processo de intervenção.

O **contributo do Serviço Social na elaboração** dos projectos, de acordo com as entrevistas, prende-se ao facto do profissional possuir a “bagagem” necessária para os elaborar. Ou seja, o assistente social através do diagnóstico, consegue planear a intervenção e por conseguinte, a elaboração de determinado projecto com base nas problemáticas encontradas. Quanto ao contributo desta disciplina ao nível da **execução**, o assistente social contribui para a execução do mesmo, como exemplo através da observação participante em determinadas actividades.



## CONCLUSÃO GERAL

Após a realização desta investigação pode-se concluir que se confirmam as informações constatadas na parte teórica, face à empiria.

No que concerne ao problema da toxicod dependência, relacionando a teoria com a prática, concluímos que, em termos da definição do conceito, esta aproximava-se bastante em ambos os contextos sendo a toxicod dependência definida como o estado de dependência física e psíquica de certas substâncias tóxicas, que leva a uma alteração dos comportamentos dramática. Na maior parte dos casos esta dependência surge como um meio de “fugir” aos problemas que o indivíduo tem na vida ou para ultrapassar uma etapa mais complicada desta e traduz-se num conjunto de problemas – sociais, psicológicos, escolares, familiares, entre outros – que prejudicam o crescimento e desenvolvimento harmonioso do adolescente. Na parte empírica foi possível aprofundar e definir mais precisamente estas consequências, pois as entrevistadas encontram-se na realidade prática. Relativo ao carácter da toxicod dependência, as drogas lícitas estão profundamente enraizadas na sociedade e, como tal, também as entrevistadas “aceitam” quase naturalmente o consumo destas substâncias. Já as drogas ilícitas, não têm aceitação da parte dos técnicos e estes, tentam minimizar o seu consumo e os seus consequentes danos. Existe uma relação estreita entre os comportamentos desviantes e o consumo de estupefacientes, de acordo com as entrevistas realizadas e a problemática abordada. Tal significa que as profissionais de Serviço Social têm a noção de que o consumo de drogas ilícitas implicam comportamentos deviantes que podem, mesmo, levar a comportamentos delinquentes tais como actos de violência, de furtos, de agressividade entre outros. Deste modo, tendo em consideração as características do grupo-alvo dos projectos analisados pela presente investigação, a prevenção primária da toxicod dependência é um imperativo para minimizar os comportamentos de risco. Para a realização da prevenção primária, o Assistente Social como agente de mudança e de socialização, é o fio condutor entre o adolescente e os comportamentos saudáveis dado que através do seu conhecimento teórico/metodológico consegue adaptar-se ao grupo-alvo e fazer transmitir a informação de forma simples, directa e consciencializadora.

Relativamente à metodologia de intervenção, é visível que o mais importante na intervenção com adolescentes é a relação de proximidade e empatia que os técnicos criam com o grupo-alvo. É através desta que o Assistente Social consegue chegar ao adolescente e, através





da utilização de instrumentos e técnicas de intervenção, perceber verdadeiramente o seu contexto e as suas problemáticas e planear uma intervenção eficaz não só com o próprio, mas também com o seu meio envolvente.

Quanto ao processo de investigação realizado neste âmbito, pode-se afirmar que, apesar de algumas dificuldades encontradas no decorrer do mesmo, se alcançaram as respostas à pergunta de partida e aos objectivos propostos. Contudo, houve alguma dificuldade na definição do tema de investigação pelo facto de não haver consenso entre as alunas. A definição deste foi o ponto de partida para a nossa investigação. Contudo, a maior dificuldade do processo de investigação foi encontrar/definir o campo empírico dado que não se encontravam projectos de prevenção primária com profissionais de Serviço Social. Já na fase final do processo de análise dos dados recolhidos na empiria, teve-se grande dificuldade em fazer a análise dos mesmos, pelo facto de se mobilizarem constantemente categorias e ser algo complicado preencher essas mesmas categorias pois algumas respostas dadas foram vagas e com sentido dúbio, já que determinadas respostas se podiam inserir em duas ou mais categorias.

Positivamente, este é um tema que ofereceu grandes conhecimentos teóricos. A investigação sendo um processo de avanços e recuos permitiu uma maior reflexão em termos teóricos, desenvolvendo o processo cognitivo das autoras que se traduziu numa maior aceitação das falhas, sem medo de recuar e reformular sempre que foi necessário.

Em termos de perspectivas de investigação futuras, após a conclusão deste estudo, indica-se a realização de um estudo quantitativo, aprofundado e intensivo das metodologias de intervenção realizadas no âmbito da prevenção primária da toxicodependência na adolescência. Isto porque, um estudo baseado em apenas três projectos não se pode generalizar. A persistência de consumo de drogas leva a questionar a verdadeira eficácia da prevenção primária pelo facto de, apesar de serem constantes as acções neste âmbito, os resultados não parecerem minimizar o flagelo que assola as camadas mais juvenis, deixando em aberto a possibilidade de uma (re) educação/consciencialização focalizada nas faixas etárias mais precoces. Assim, propõe-se um estudo acerca da eficácia/eficiência da metodologia aplicada nos projectos actualmente desenvolvidos.



---

## BIBLIOGRAFIA

### PROBLEMÁTICA

#### a) Livros:

- AMARO, António Duarte (s.d.), **Delinquência e Marginalidade Juvenil**, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa
- ANDER-EGG, E. (s/d), **Metodologia Y Prática del Desarrollo de la Comunidad**, 10ª edição, Salou (Tarragona), Editorial Unieurope
- ANDER-EGG, E (1995), **Introdução ao Trabalho Social**, Editora Vozes, s/l
- ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL – **Código Deontológico dos Assistentes Sociais**.
- BAPTISTA, Maria da Nazaré (1995), **A Prevenção das Toxicodependências – A Importância da Escola**, Texto Editora, Lisboa, pp. 27 – 39
- BARDIN, Laurence (1995), **Análise de Conteúdo**, edição portuguesa, Lisboa, edições 70
- CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), **Metodologias de Investigação – Guia para Auto-aprendizagem**, Universidade Aberta, Lisboa
- CARVALHO, J. N. (1991). **Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens**, Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- CARVALHO, Maria João Leote (2002) **Sociedade e Desvio/Infância e Juventude**, Lisboa, nº.1, p. 123-140
- CAPARRÓS, Mª José Escartín (1998) **Manual de Trabajo Social**, Editorial Aguaclara, Alicante
- DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2002) **Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias**, Elisardo Becoña Iglesias Universidad de Santiago de Compostela
- DIAS, Fernando Nogueira (2002), **Sociologia da Toxicodependência, Epistemologia e Sociedade**, Lisboa: Instituto Piaget.
- ERIKSON, Erik H. (1976), **Identidade, Juventude e Crise**, 2ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, Ciências de Educação



- FALCÃO, Maria do Carmo (1979), **Serviço Social: Uma Nova Visão Teórica**, 3ª edição, Rev. São Paulo, Cortez e Moraes.
- FALEIROS, Vicente Paula (1997) **Estratégias em Serviço Social**, Cortez editora, São Paulo
- FONT, Teresa, PORCEL, Amparo (1986) **Estúdio sobre técnicas de trabajo social**, Colégio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistente Sociales de Catalunya, Barcelona
- GAMEIRO, Aires (1979), **Depender do álcool: considerados simples para quem ajuda e para quem é ajudado**, Edições de “O Arauto”, Telhal, 3ª edição
- GIDDENS, Anthony (1990) **Sociology**; 3º edição, Polity Press, Cambridge
- GIDDENS, Anthony (1999) **Para Além da Esquerda e da Direita**, Editora Celta, Oeiras
- GIDDENS, Anthony (2002) **O Mundo na Era da Globalização**, Editorial Presença, Lisboa
- GRUPO CONSULTIVO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1988); **Problemas de Toxicodpendência e de Alcoolismo**, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga
- HAPETIAN, Isabel (1997), **Famílias – Entender a Toxicodpendência**; Editorial Verbo, Lisboa/São Paulo
- IGLESIAS, Elisardo Becoña (2002), **Bases Científicas de la Prevención de las Drogodpendências**, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
- INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA - OBSERVATÓRIO DE DROGAS E TOXICODPENDÊNCIAS - NÚCLEO DE ESTATÍSTICA (2004) **Relatório Anual · 2004 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências**, Vol. I - Informação Estatística , editor Instituto da Droga e da Toxicodpendência
- INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA (1999), **Direitos Humanos e Serviço Social**, Organização das Nações Unidas, série Formação Profissional – nº1.
- JORNAL OFICIAL DA UNIÃO EUROPEIA (2005) C168
- MARTI, José Maria F. (1996), **Psicologia infantil e juvenil: adolescência**, Lisboa, Liarte
- MATOS, M., Celeste, S., Canha, L., (s/d) **A saúde dos adolescentes portugueses**, Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana



- 
- MATOS, M.; SIMÕES, C., CANHA, L., Fonseca, S. (1996) **Aventura social – Saúde e Estilos de Vida dos Jovens Portugueses**, Lisboa: FMH (Faculdade de Motricidade Humana)
  - MESQUITA, Raúl e DUARTE, Fernanda (1998), **Psicologia**, Lisboa, Plátano Editora
  - MONTEIRO, Manuela; SANTOS, Milice (2002), **Psicologia**, 1ª e 2ª parte. 1ª ed. Lisboa, Porto Editora
  - NAVARRO, Mª Fernanda (1985) **Adolescentes portugueses, alguns estudos; escola nacional de saúde pública**, edições de saúde, obras avulsas, Lisboa
  - NEGREIROS, Mª Augusta (1985), **Conceito de “Acção Social”**, Enciclopédia Verbo, Vol. XXI, Lisboa
  - NOWLIS, Helen (1989), **A Verdade Sobre as Drogas**, Edição do Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate às Drogas, Lisboa
  - PEREIRA, Potyara, (2001) **Necessidades Humanas: Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais**, São Paulo, Cortez Editora
  - PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004), **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Vol. II - Orientações estratégicas.
  - PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2004) **30 Objectivos na Luta Contra a Droga e a Toxicodependência**, Plano de Acção Nacional e a Toxicodependência, Horizonte 2004, IDT, Lisboa
  - PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2004a) **Regime Geral da Política de Prevenção Primária das Toxicodependências**, Plano de Acção Nacional e a Toxicodependência, Horizonte 2004, IDT, Lisboa
  - ROBERTIS, Cristina (1986) **Metodología de la Intervención en Trabajo Social**, Editora El Ateneo
  - SAMPAIO, Daniel (1993) **Vozes e ruídos, diálogos com adolescentes**, editora Caminho (nosso mundo), Lisboa
  - SPOSATI, Aldaíza Oliveira (1992), **Serviço Social em Tempos de Democracia, Serviço Social e Sociedade nº39**, Cortez Editora
  - SPTT (2002) **Relatório Anual 2001 do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência**, Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Ministério da Saúde



- STEL, Jaap Van Der (1998), **Manual de Prevenção Álcool, Drogas e Tabaco**, Grupo Pompidou – Conselho da Europa e Jelliek Consultores, IPDT
- VV.AA. (2001) **Marginalidade, Risco e Delinquência**. Programa Malhoa, Universidade Autónoma de Lisboa, Livraria Nova Galáxia, Lisboa
- VV.AA (2001a), **Prevenção das Toxicomanias**, CLIMEPSI EDITORES, Lisboa
- WEINER, Irving B. (1995) **Perturbações Psicológicas na Adolescência**, FUNDAÇÃO CALOUTE GULBENKIAN, Lisboa

**b) Revista:**

- SIMÕES, Sandra (1998) “Prevenção Primária – Modelos e conceitos” in **A Comunicação Social e a Toxicodependência**, CML e Cenjar, pp. 19 – 30
- SANTOS, Idalina Amona (1999) “Alcoolismo na adolescência – que intervenção?” in **Revista Nursing**, Lisboa, ano 12, n° 136

**c) Texto em Colectânea:**

- MATOS, M.; CELESTE, S.; CANHA, L., (1998). “Saúde e Estilos de Vida em Jovens Portugueses em Idade Escolar” In: **Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo**, pp. 218 – 219

**d) Documentos electrónicos:**

- GUERRA, Yolanda.(1998) **Elementos para la comprensión de la Servicio Social**. Brasil, 2001. [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)
- GUERRA, Yolanda.(2001) **Instrumentalidad del proceso de trabajo y Servicio Social**, Brasil, 2001. [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)

**e) Legislação:**

- Lei n.º 269- A/2002 de 29 de Novembro
- Portaria n.º 484/2003 (2ª série)



## f) Webgrafia:

### Nacionais

- <http://www.cra-porto.pt/>
- [www.dmrs.min-saude.pt/legislacao.asp](http://www.dmrs.min-saude.pt/legislacao.asp)
- <http://www.drogas.pt/>
- <http://www.geocities.com/acanguru2001/>
- <http://www.idt.pt/id.asp?id=p3>
- <http://www.idt.pt/id.asp?id=p2p69p714>
- <http://www.portaldrogas.com/>
- <http://www.toxicodependencias.pt>

### Internacionais

- <http://modelprograms.samhsa.gov/>
- <http://www.ccsa.ca/>
- <http://www.drogues.gouv.fr>
- <http://www.drugscope.co.uk/>
- <http://www.emcdda.eu.int/>
- <http://www.eurometwork.org/>
- <http://www.fad.es/>
- <http://www.health.org/>
- <http://www.idea-prevencion.com/>
- <http://www.ieanet.com/drogas/>
- <http://www.ieanet.com/kids/help.htm>
- <http://www.msc.es/pnd/index.htm>
- <http://www.nida.nih.gov/>
- <http://www.preventiondss.org/>
- <http://www.prevnet.net/>
- <http://www.who.int/en/>



---

## ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

### a) Livros:

- BLAIKIE, Norman (2000), *Designing Social Research*, Polity Press, Cambridge, pp. 12-34; 85-127
- CARMO, Hermano, FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), **Metodologias de Investigação – Guia para Auto-aprendizagem**, Universidade Aberta, Lisboa
- CLEMENTE-DÍAZ, M. (1992), **Métodos y técnicas de investigación**, Madri: Eudema
- FALCÃO, Maria do Carmo, **Serviço Social: Uma Nova Visão Teórica**, 3ª edição, Rev. São Paulo, Cortez e Moraes, 1979
- FERNANDES, Ernesto (2002), **Modernidade e Historicidade dos Direitos humanos**, ISSSL, Lisboa
- GAZENEUVE, Jean, VICTOROFF, David (coords.) (1982), **Dicionário de Sociologia, Dicionários do Saber Moderno**, 1402ª edição, Editorial Verbo, Lisboa/São Paulo
- NEGREIROS, Maria Augusta Geraldes, MARTINS, Alcina, HENRÍQUEZ, B. Alfredo, MC DONOUGH, Josefina Figueira - (1999) **Serviço Social, Profissão & Identidade Que Trajectória?**, Veras editora, Lisboa/ São Paulo
- OLABUÉNAGA, José Ignacio Ruiz (1999) **Metodologia de la investigación cualitativa**, 2º edición, Universidade Deusto, Bilbao

### b) Texto em Colectânea:

- VALA, Jorge (1987) “*A análise de conteúdo*” in SILVA, Augusto Santos, PINTO, José Madureira (orgs) **Metodologia das Ciências Sociais**, Biblioteca das Ciências do Homem, 2ª edição, Edições Afrontamento, Porto, pp. 101–121

### c) Documentos Electrónicos:

- IAMAMOTO, Marilda (2005) **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Trajetória e desafios**. Brasil, [www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr)