

# O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)

**Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca**

Orientadora: Prof. Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências  
Sociais, na especialidade de Serviço Social*

*Lisboa*

*2017*

[WWW.ISCSP.ULISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.ULISBOA.PT)

## **O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)**

***Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca***

*Orientadora: Prof. Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho*

*Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Ciências  
Sociais, na especialidade de Serviço Social*

**Júri:**

**Presidente:**

- Doutor Hermano Duarte de Almeida e Carmo, Professor Catedrático e membro do Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

**Vogais:**

- Doutor Fernando Humberto Santos Serra, Professor Associado do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria José da Silveira Ferreira Nuncio, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Margarida Maria Rosa Mesquita, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa;
- Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de orientadora;
- Doutor Eduardo José da Silva Tomé Marques, Professor Adjunto Convidado do Departamento de Ciências Sociais, Território e Desenvolvimento da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre.

*Lisboa*

*2017*

**WWW.ISCSP.U LISBOA.PT**





## **Agradecimentos**

Esta Tese de Doutorado foi em todo e qualquer momento uma prova de fogo!

Foram muitos os momentos de angústia, pressão, mas acima de tudo vontade de não desistir.

Neste pequeno espaço gostaria de agradecer a todos aqueles que me ajudaram na construção desta pesquisa.

Em especial ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, representado pelo Presidente e pelo Coordenador do Curso de Doutorado em Ciências Sociais na especialidade em Serviço Social, que disponibilizaram todo um conjunto de condições indispensáveis para a realização do doutoramento.

À minha orientadora, que aceitou este tema de investigação, sem, em qualquer momento hesitar!

Agradeço o apoio, a orientação e sugestões de todos colegas de profissão e aos Assistentes Sociais em equipas de rua que participaram no processo de pesquisa empírica. Obrigada pela troca de ideias e por acreditarem na pertinência desta investigação.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento especial aos meus familiares e a ti mãe, por todo o apoio! Obrigada por acreditarem em mim e, em especial ao meu filho Santiago, por todos os momentos que não te dei atenção ou que não brinquei contigo!

A todos o meu muito obrigado!



## Resumo

O início do século XXI está fortemente marcado por problemáticas sociais diversas, resultantes de diferentes fenómenos socioeconómicos que afetam parcelas significativas da sociedade. Dentro das situações-problema, o consumo de substâncias psicoativas reveste-se da maior importância porque afeta indivíduos de condições sociais, económicas e familiares transversais a todas as comunidades, interferindo com todos os setores da sociedade, desde o emprego, à educação, à saúde pública e individual.

O trabalho de investigação aqui apresentado “O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s), tem como finalidade evidenciar a experiência profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua.

Esta investigação pretende analisar os modelos de prática dos Assistentes Sociais, no que concerne aos conhecimentos e uso dos instrumentos e técnicas, as práticas desenvolvidas e o perfil profissional requerido para o desempenho das diversas funções nestes contextos.

Em termos metodológicos optámos por um estudo descritivo, recolhendo dados no universo das equipas de rua em Portugal, através de um inquérito por questionário e de entrevistas. Os dados foram analisados através da análise estatística e através da análise de conteúdo. De um modo geral a intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua apresenta uma diferenciação decorrente da postura mais informal e tolerante face aos consumidores de substâncias psicoativas (ação não punitiva), com estratégias de proximidade, de *empowerment* e *advocacy* relevantes. Destaca-se pelos instrumentos utilizados que, apesar de em alguns casos serem comuns aos utilizados pelos outros profissionais, são adaptados tendo em conta as circunstâncias de atuação, assim como a baixa autonomia e a alta estigmatização dos consumidores de substâncias psicoativas. Destacam-se os procedimentos técnico-operativos e os processos relacionais, tendo em conta as especificidades do Serviço Social e o campo de atuação profissional em equipas de rua.

Os dados recolhidos permitem concluir que existem vários modelos de práticas que os Assistentes Sociais utilizam, nomeadamente, o modelo Convencional-Clássico, o Não Convencional-Emancipatório e o modelo de rua-Alternativo/Criativo.

**Palavras-chave:** Equipas de rua, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Instrumentos e Estratégias de Intervenção Social.



## **Abstract**

The beginning of the 21st century is strongly marked by diverse social problems resulting from different socioeconomic phenomena that affect significant parcels of society. Within the problem situations, the consumption of psychoactive substances is of the utmost importance because it affects individuals from social, economic and family conditions that are transversal to all communities, interfering with all sectors of society, from employment, education, health Public and individual.

The research work presented here "The Social Service in street teams with consumers of psychoactive substances: Model (s) of Practice (s)", aims to evidence the professional experience of Social Workers in street teams.

This research intends to analyze the models of practice of the Social Assistants, with respect to the knowledge and use of the instruments and techniques, the practices developed and the professional profile required for the performance of the various functions in these contexts.

In methodological terms, we chose a descriptive study, collecting data in the universe of street teams in Portugal, through a questionnaire survey and interviews. Data were analyzed through statistical analysis and through content analysis. In general, the intervention of social workers in street teams presents a differentiation due to the more informal and tolerant attitude towards the consumers of psychoactive substances (non-punitive action), with strategies of proximity, empowerment and advocacy. It stands out for the instruments used that, although in some cases are common to those used by other professionals, are adapted taking into account the circumstances of action, as well as the low autonomy and high stigmatization of psychoactive substance users. The technical-operative procedures and the relational processes stand out, taking into account the specificities of the Social Service and the field of professional activity: the street teams.

The collected data allow to conclude that there are several models of practices that the Social Wizards use, namely, Conventional model – Classic; Non-Conventional Model – Emancipatory or Street Model - Alternative / Creative.

**Keywords:** Street Teams, Risk Reduction and Harm Minimization, Instruments and strategies of social intervention.



<b>Índice Geral</b>	
Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice Geral	vii
Índice de Figuras	x
Índice de Quadros	x
Lista de Abreviaturas	xi
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1 – COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS</b>	<b>7</b>
1.1 – Adição, (Toxico) Dependência, Doença	7
1.2 - Adição como forma de exclusão	10
1.3 – Substâncias Psicoativas e Dependências	12
1.4 – Programas de Consumo e de Redução de Riscos: Orientações Internacionais	14
1.5 – Programas e Planos em Portugal	20
1.5.1 – Novas Orientações da Política de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências	23
1.5.2 – Rede de Respostas em Comportamentos Aditivos e Dependências	27
1.5.2.1 – Cuidados de Saúde Primários – Unidades Funcionais	28
1.5.2.2 – Cuidados de Saúde Especializados	29
1.5.2.3 – Outros programas de redução dos riscos	34
1.5.3 – Programas em equipas de rua	36
<b>CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E ÉTICOS</b>	<b>43</b>
2.1 – Serviço Social: uma profissão entre o controlo, a ajuda e os direitos	43
2.1.1 – Dimensões Teóricas e Metodológicas	46
2.1.2 – Dimensão Técnico-Operativa	47
2.1.2.1 – Instrumentos Diretos e Instrumentos Indiretos	47
2.1.2.2 – Caracterização dos Instrumentos Diretos	51
	vii

2.1.2.3 – Caraterização dos Instrumentos Indiretos	54
2.1.3 – Dimensão Axiológica: Princípios e Valores	57
2.2 – Serviço Social na Adição e Toxico(dependências)	59
2.2.1 – Trabalho em Equipa: Inter e Multidisciplinaridade	62
2.2.2 – Funções e responsabilidades em equipas de rua	64
2.3– Pensar o Serviço Social em equipas de rua	69
2.3.1 – Relação de ajuda e instrumentalidade	83
2.4 – Desafios do Serviço Social na adição e (toxico)dependência	89
<b>PARTE II – METODOLOGIA</b>	<b>95</b>
<b>CAPÍTULO 3 – OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</b>	<b>95</b>
3.1. Fundamentos da investigação	95
3.1.1 - Objeto e objetivos de investigação	96
3.2 - Escolhas epistemológicas e opções metodológicas	97
3.3 – Operacionalização do Modelo de Análise	99
3.4 - Técnicas de recolha de dados empíricos	100
3.5 - Procedimentos de análise e interpretação de dados	102
3.6 - Universo e amostra	103
<b>CAPÍTULO 4 – ESPECIFICIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPAS DE RUA</b>	<b>105</b>
4.1– Perfil, percursos e experiências profissionais em equipas de rua	105
4.2 – A multidisciplinaridade em equipas de rua	108
4.2.1 – Conhecimento específico de Serviço Social	110
4.3 – O processo de intervenção do Serviço Social em equipas de rua	111
4.4 – Áreas de intervenção das equipas de rua	120
4.5 – Uso e conhecimento dos instrumentos e técnicas em Serviço Social	122
4.5.1 – O Instrumental da intervenção em Serviço Social	123
4.5.2 – Frequência na utilização dos instrumentos	128
4.5.3 - Prática profissional organizada e planeada	129
4.5.4 - O uso do diagnóstico social	133

4.5.5 - O uso da entrevista de ajuda	136
4.5.6 - O uso das visitas domiciliárias: tipos de registo e finalidades	139
4.5.7 - Informação social e relatório social: uso, diferenças e finalidades	140
4.5.8 - Outros instrumentos específicos do Serviço Social	144
4.6 – Lugar dos instrumentos nas estratégias do Serviço Social	146
4.7 – Compreender o(s) Modelo(s) de Prática(s) do Serviço Social em equipas de rua	150
<b>CAPÍTULO 5 – ORGANIZAÇÃO E ESPECIFICIDADE DAS PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS</b>	<b>157</b>
5.1 – Os entrevistados, percursos e experiências profissionais	157
5.2 – Prática profissional do Serviço Social em equipas de rua - especificidades	157
5.3 – Relação Vs Racionalidade: a importância dos registos	161
5.4 - Sistematizar o conhecimento – reflexão em equipa	162
5.5 - Frequência dos registos e importância da avaliação	163
5.6 - Instrumentos de trabalho e formas de os disseminar	165
5.6.1 – A influência da formação base na utilização dos instrumentos	166
5.6.2 - Estratégias de intervenção – procedimentos técnicos	167
5.7 – Competências pessoais e profissionais dos Assistentes Sociais em equipas de rua	169
5.8 – Especificidades da intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua	170
6 – Modelos de Práticas	180
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>201</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>213</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS</b>	<b>233</b>
Apêndice A – Inquérito por Questionário	235
Apêndice B – Guião da Entrevista	243
Anexo I – Análise de Conteúdo das Entrevistas	247
Anexo II – Manual de Procedimentos para a Redução de Riscos e Minimização de Danos	259
Anexo III - Ficha de Caracterização do Utente	265
Anexo IV – Ficha de Avaliação do Utente	269
Anexo V – Registo do Giro	273

**Índice de Figuras**

Figura 1 - Funções do Serviço Social.....	74
Figura 2 - Planos de intervenção em Serviço Social .....	75

**Índice de Quadros**

Quadro 1 – Glossário de Substâncias Psicoativas .....	12
Quadro 2 – Instrumentos por fases metodológicas.....	49
Quadro 3 - Relacionamento, Necessidades e Princípios .....	86
Quadro 4 - Operacionalização do Modelo de Análise.....	99
Quadro 5 - Idades vs Sexo .....	105
Quadro 6 - Tempo de Experiência vs Duração do programa .....	106
Quadro 7 - Estabelecimento de Ensino vs Duração do programa .....	106
Quadro 8 - Fontes de Financiamento vs Duração do programa .....	107
Quadro 9 - Áreas de Intervenção vs Características da Intervenção .....	120
Quadro 10 - Instrumentos .....	125
Quadro 11 - Áreas privilegiadas no diagnóstico social.....	132
Quadro 12 - Características, Finalidades da Informação Social e do Relatório Social.....	141
Quadro 13 - Tendências de Prática Tecnícista/Pragmatista vs Assistencialista/Humanista..	152
Quadro 14 – Recomendações para a criação de uma relação de confiança .....	158
Quadro 15 - Modelo de Prática: Dimensão Teórica, Metodológica e Axiológica do Serviço Social.....	182
Quadro 16 - Modelo de Prática: Intervenção Direta.....	187
Quadro 17 - Modelo de Prática: Dimensão Intervenção Indireta.....	193
Quadro 18 - Semelhanças entre os Modelo(s) de Prática(s).....	199
Quadro 19 - Perfil dos respondentes da Entrevista .....	247
Quadro 20 - Resultados da análise de conteúdo das IE - Categoria “Prática profissional” ...	249
Quadro 21 - Resultados da análise de conteúdo de IE - Categoria “Registo de informação”	250

Quadro 22 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria “Instrumentos de intervenção” .....	252
Quadro 23 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria “Estratégias de intervenção” .....	254
Quadro 24 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria “Estratégias de intervenção” .....	256
Quadro 25 - Manual de Procedimentos para RRMD.....	259

### **Lista de Abreviaturas**

- APDES - Associação Piaget para o Desenvolvimento
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências
- CDT – Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
- CEJ – Centro de Estudos da Juventude
- CIJD – Centro de Investigação Judiciária da Droga
- CRI – Centros de Respostas Integradas
- CSP – Consumidores de substâncias psicoativas
- CT – Comunidades Terapêuticas
- DST – Doenças sexualmente Transmissíveis
- EMCDDA – European Monitoring Center for Drugs and Addiction
- ET – Equipa de Tratamento
- GHB - Ácido gama-hidroxibutírico
- IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
- IE – Inquérito por Entrevista
- INPG - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral
- IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
- IQ – Inquérito por Questionário
- MDMA - Methylenedioxyamphetamine
- NIDA – National Institute on Drug Abuse

NSPA – Novas Substâncias Psicoativas  
OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organizações Não Governamentais  
PNCDT – Plano Nacional Contra as Drogas e a Toxicodependência  
PNRCAD - Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências  
PNRPLA - Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool  
PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas  
PRI – Plano de Respostas Integradas  
PSOBLE – Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência  
PTS – Programa de Troca de Seringas  
RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos  
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
SS – Serviço Social  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SPA – Substâncias Psicoativas  
SPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependências  
SSC – Serviço Social Convencional  
SSNC – Serviço Social Não Convencional  
UD – Unidades de Desabilitação  
UE – União Europeia  
UNODC - Oficina das Nações Unidas contra a Droga e Delitos  
VHB - Vírus da Hepatite B  
VHC - Vírus da Hepatite C  
VIH /SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

## INTRODUÇÃO

Esta tese com o título “O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)” pretende evidenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social em equipas de rua, na prevenção e na minimização dos danos na adição e na (toxico) dependência. A adição e a dependência não é um tema novo para o Serviço Social, mas nos últimos trinta anos ganhou um novo entendimento e configuração. Esta relação próxima está relacionada com a questão do consumo “generalizado” de substâncias adictas lícitas e ilícitas na atualidade.

Normalmente, associa-se a adição toda a atividade lícita ou comportamento socialmente aceite e que não implica a intervenção de nenhuma substância química, como por exemplo: dependência do jogo, da internet, das compras, do trabalho, do sexo, da comida e das relações afetivas (Guerreshi, 2005, pp. 16 – 19). A adição de que falamos nesta tese, está associada ao consumo de substâncias psicoativas, as chamadas drogas. A droga é um flagelo mundial e afeta todos os países.

O tráfico de droga tem aumentado substantivamente nestes últimos anos causando danos não só pessoais mas também nas economias dos países. Associado ao tráfico e ao consumo destas substâncias, surgem outros problemas como o tráfico de seres humanos, tráfico de órgãos humanos, abusos, violência e crime (Morel *et al*, 1995, Patrício, 1995, 1997). O consumo de droga e do álcool são questões que estão na ordem do dia. Mas apesar do álcool também ser uma adição e dependência, este não tem tido a mesma consideração por parte dos governos, no que diz respeito às políticas públicas de prevenção. Podemos afirmar que os consumos de substâncias lícitas e ilícitas, repetidos e continuados de uma ou várias substâncias (socialmente aceite ou não) criam, inevitavelmente, habituação ou dependência.

O tema desta tese espelha a intervenção dos profissionais de Serviço Social na política de prevenção e na minimização de danos, nos programas desenvolvidos em equipas de rua. Estas equipas de rua têm como função diagnosticar, prevenir e minimizar danos pessoais (de quem consome) e sociais (efeitos colaterais de quem convive com esta realidade). A preocupação com este tema decorre da experiência pessoal e profissional da doutoranda enquanto Assistente Social e coordenadora de uma equipa de rua (numa lógica de ação – investigação), e também como docente do ensino superior e coordenadora de cursos de

especialização tecnológica de técnicos de intervenção social em toxicodependências. Enquanto Assistente Social preocupa-se não só com o processo de intervenção social mas também com a produção de conhecimento do Serviço Social nesta área.

O Serviço Social é uma profissão habilitada a trabalhar com indivíduos, grupos em situação de vulnerabilidade e risco (Ferreira, 2009, Mouro, 2006). Sendo os consumidores de substâncias psicoativas<sup>1</sup> (CSP) um desses grupos. Como refere Ferreira (2009, p. 357) a intervenção “requer para além de um “provedor de apoio social” um plano e o desenvolvimento de novos conceitos em relação com os direitos humanos e a identificação de novas formas de responder às necessidades do ser humano” e da sociedade no seu todo. Mas “a noção de risco deve ser entendida como um instrumento para conhecer o modo como o Serviço Social opera numa sociedade global, pois o risco social não pode ser confundido com perigo social” (Mouro, 2006, p. 383). Como argumenta a autora, os problemas do risco, calculado ou não calculado/previsível ou não previsível, constituem-se como todos os problemas que podem existir, sendo objeto de previsão, ou que podem surgir de forma inesperada. Já os problemas do perigo são todas as situações de carácter problemático instaladas na sociedade e que, muitas vezes, decorrem da transformação do risco em perigo, isto é, “situações que degeneram por ausência de uma intervenção que promova a mudança” (Mouro, 2006, p. 397). Na área da adicção e da toxico(dependência) é importante estar atenta a esta diferença de conceitos pois, muito facilmente podemos confundir esta duas posições distintas, mas que estão interligadas, pois, muitas das questões relacionadas com a temática em causa relevam indicadores de risco, mas nem todas são de perigo.

Os Assistentes Sociais são profissionais que dominam os indicadores de risco no sentido de atuar sobre eles e minimizar os seus danos, mas são sobretudo profissionais dos direitos humanos e da justiça social. Quando intervêm em determinado programa ou projeto assumem a sua função de controlo e a sua função de humanizar as políticas sociais e proteger e defender os direitos dos cidadãos a terem uma vida digna e justa (Banks & Nohr, 2003, pp. 105 – 106). Para agir em contextos complexos de constante mudança e com

---

<sup>1</sup> Existem várias terminologias, usadas por vários autores, para se referirem às pessoas que consomem substâncias psicoativas, como por exemplo, toxicodependentes, toxicómanos, pessoas utilizadoras de drogas. A investigadora seleciona o termo “consumidores de substâncias psicoativas” e “utentes” para toda esta investigação.

públicos tão específicos, Ferreira (2009, p. 357) propõe que o Assistente Social possua um “domínio teórico-científico [que] lhe permita criar instrumentos de intervenção profissional”, incluindo valores éticos. Este tipo de intervenção desafia o Assistente Social a associar a “investigação e o estudo da sua prática, do seu objeto de trabalho e das políticas públicas por forma a criar maior assertividade e eficácia com a aplicação das chamadas respostas sociais” (Ferreira, 2009, p. 357).

A seleção do objeto de estudo da presente investigação deve-se, então, à necessidade e urgência de que o Serviço Social aposte na investigação e na sistematização do conhecimento adquirido através da inovação na recriação do Serviço Social, nas novas metodologias de intervenção e nos instrumentos operativos que permitem a melhoria da qualidade da intervenção. Neste sentido, o objetivo principal é analisar e discutir reflexivamente questões associadas aos procedimentos técnico-operativos e aos processos relacionais da intervenção social, tendo em conta as especificidades do Serviço Social em equipas de rua destinadas a “ajudar” utentes consumidores de substâncias psicoativas.

A prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua rege-se, como as demais práticas de Serviço Social, por teorias, métodos, instrumentos, enquadramentos legais específicos, programas de financiamento e procedimentos adaptados ao contexto de intervenção. Cabe então estabelecer se a prática profissional destes técnicos se reveste de contornos mais convencionais (uma prática clássica, baseada nas estratégias de sinalização, acolhimento, atendimento, encaminhamento, acompanhamento e ajudas técnicas e/ou sociais, ou de contornos não convencionais (uma prática emancipatória, em que se utiliza o conhecimento para agir). São exemplo das práticas emancipatórias a advocacia social, o aconselhamento, a consultoria, a assessoria, a gestão e mediação social (Brinca, 2010). Ou se por outro lado, as práticas neste âmbito de intervenção de rua podem ser reconstruídas em outras formas de intervenção mais criativas.

A expressão “o Serviço Social em equipas de rua” está intimamente relacionada com a política social, com a legislação específica em vigor e com a gestão das equipas de rua (Andrade, 2001; Serafim, 2001; Restrepo, 2003; Ferreira, 2011). Tendo em conta que cada vez mais, as redes de apoio informal se tornam vulneráveis, os consumidores de substâncias psicoativas terão de procurar apoio nos profissionais e nas organizações existentes e estas

terão de estar cada vez mais capacitadas para dar resposta aos utentes (National Institute for Social Work, 1992, p. 283).

Nesta ótica, coloca-se uma questão, a de saber como os profissionais de Serviço Social perspetivam a intervenção, a operacionalização e os instrumentos de intervenção junto de uma população consumidora de substâncias psicoativas diversas, com um estilo de vida partilhado (em parte) por um conjunto de indivíduos, com traços, características bem distintas?

Nesta pesquisa é importante referir que não é o consumo de substâncias psicoativas o problema, mas sim as consequências do consumo das substâncias psicoativas.

Nas propostas de Morel *et al.* (1998), o tratamento para o consumo de substâncias psicoativas deve ser sob a perspetiva multi e transdisciplinar, porque se trata do encontro entre um tipo de personalidade, uma substância ou várias substâncias e uma realidade cultural e social, sendo necessário intervir com modelos multivariados, psicossociais, biopsicossociais, holísticos, fazendo apelo à pluridisciplinaridade. Daqui emergem um conjunto de desafios ao exercício profissional dos Assistentes Sociais e à sua dimensão técnico-operativa. Perante tanta diversidade, que engloba os locais de intervenção, o público-alvo, o tipo de instituições, contexto, e o próprio indivíduo, é de todo pertinente, que a intervenção do Assistente Social também seja ela muito específica, dentro de uma panóplia de possibilidades de intervenções.

No âmbito desta investigação, questionamos ainda, qual a especificidade da intervenção do Serviço Social inserida em equipas de rua multidisciplinares de prevenção e minimização de danos na área da adição e dependência? Quais os contributos desta profissão para atingir estes objetivos? Ao estabelecer uma relação de ajuda profissional, quais os instrumentos que destacam e que se justificam nesse processo? Qual o Modelo de Prática que os Assistentes Sociais desenvolvem neste contexto?

Pretendemos responder a estas perguntas evidenciando o Serviço Social na área da adição e toxico(dependência) em equipas de rua revelando a sua especificidade, relação de ajuda, e a instrumentalidade em contextos de grande complexidade. Partimos do princípio de que são os instrumentos mais participados pelos sujeitos de intervenção e com maior exigência em termos de técnica e temporalidade, que mais contribuem para atingir os objetivos destes programas de minimização de danos levados a cabo por estas equipas

(Mikkonen *et al*, 2007). Este princípio é defendido por autores de diversas correntes de pensamento, tais como Faleiros (2001); Andrade (2001); Mouro, (2009); Robertis (2011).

Quanto às opções metodológicas a seguir para a realização desta investigação, e tendo em consideração a natureza das questões iniciais da investigação, optou-se por um estudo descritivo centrado na compreensão dos fenómenos baseado na indução, com uma metodologia mista – quantitativo e qualitativo. Para evidenciar a intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas, foram aplicados vários instrumentos: um inquérito por questionário (Apêndice A), com perguntas abertas e fechadas, aplicado diretamente aos intervenientes, e posteriormente para se aprofundar algumas questões, recorreremos ainda à realização de entrevistas semidiretivas (Apêndice B e Anexo I) o que possibilitou a interpretação e descodificação das suas experiências e vivências profissionais (Bogdan & Bilken, 1994).

Relativamente à delimitação, identificação e caracterização do universo empírico, os instrumentos de recolha de dados foram aplicados a 30 Assistentes Sociais, a operar em equipas de rua em Portugal Continental. Nestas equipas obtiveram-se 22 respostas. As entrevistas foram efetuadas a 6 profissionais. Os dados foram tratados com recurso à utilização do software SPSS nas questões fechadas e em algumas questões abertas através da categorização das respostas. As entrevistas foram submetidas a uma análise temática categorial.

Assim, situado o objeto, a questão, os objetivos e a metodologia, apresenta-se a estruturação da pesquisa.

A tese encontra-se estruturada em 3 partes. Na primeira parte faz-se apresentação dos fundamentos teórico-conceituais, inerentes aos Comportamentos Aditivos e Dependências no capítulo 1. No capítulo 2, aprofundam-se os fundamentos teóricos, metodológicos e éticos do Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas.

A segunda parte é constituída pelo capítulo 3 destinado às opções epistemológicas e metodológicas do estudo. No capítulo 4 e no capítulo 5 é efetuada a análise e interpretação dos resultados dos questionários e das entrevistas, culminando com a síntese analítica dos vários Modelos de Práticas do Serviço Social em equipas de rua.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO 1 – COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS**

#### **1.1 – Adição, (Toxico) Dependência, Doença**

A Organização Mundial de Saúde define a adição como um comportamento aditivo relacionado com “substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) por consumos repetidos de uma ou várias substâncias, em que o utilizador fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para os consumir, tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o seu consumo e demonstra uma determinação ativa para as obter. Em caso de dependência a tolerância é proeminente e a interrupção do uso da substância determina frequentemente um síndrome de abstinência” (Sicad, 2016 a), p. 29).

A história das drogas está relacionada com a evolução e historicidade da humanidade. A preocupação com as drogas surgiu por questões culturais, rituais religiosos, crenças. Nos dias de hoje e aos olhos da maioria da população, o consumidor de substâncias psicoativas, é visto por vezes, como um delinquente não só pelo facto de consumir substâncias ilícitas, mas também pelo seu próprio comportamento – o toxicodependente (Patrício, 1995, Gonçalves, 1999).

Já a toxicodependência é definida como sendo uma doença crónica, recidivante, ou doença do cérebro. É neste sentido que Leshner (2005) explica que como “outras doenças cerebrais abrange aspetos comportamentais e de contexto social que são partes importantes do próprio distúrbio. Assim, as abordagens terapêuticas mais efetivas, incluirão componentes biológicas, comportamentais e de contextualização social [...] com impacto nas estratégias globais de saúde e de políticas sociais, e diminuir os custos sociais e de saúde associados ao uso de drogas e à toxicodependência” (Leshner, 2005, p. 07).

A toxicodependência ainda é por muitos incompreendida e mal explicada. A visão do que é a adição e o que se entende sobre o que é ser consumidor de substâncias psicoativas, tende a variar consoante a perspectiva do observador. Pois, “a mais beneficiadora perspectiva pública dos toxicodependentes é a de considerá-los vítimas da sua situação social. Contudo, a visão mais comum é a de que os toxicodependentes são pessoas fracas ou más, sem vontade de orientar as suas vidas com moral e de controlar os seus comportamentos e gratificações”(Leshner, 2005, p.7). Alguns membros da comunidade

científica acreditam que os indivíduos consumidores de substâncias psicoativas não merecem tratamento, que deviam estar presos, ou internados (Goodman, 2009).

Verifica-se que existem diferentes correntes de pensamento, “políticas de luta contra as drogas” (Wieviorka, 1998, p. 11) que criminalizam os consumidores e traficantes de substâncias psicoativas<sup>2</sup>, “Programas Livres de Drogas que não tiveram o êxito que se esperava para os consumidores de substâncias psicoativas, porque, entre outras razões, o último objetivo e desejável dentro dos tratamentos de drogas, deveria ser a abstinência e isto significa, que nem sempre é possível e alcançável” (Resa, 2007, p.105). Existem vários modelos que vêem o consumidor de substâncias psicoativas como delinquente, como doente ou como vítima das desigualdades sociais. Os “modelo ético-jurídico, médico-sanitário e sociocultural” (Resa, 2007, p. 47).

O modelo ético-jurídico baseia-se num paradigma punitivo/repressivo, no qual se considera que todos aqueles que consumam e trafiquem substâncias psicoativas, incluindo o cultivo, elaboração, venda e/ou posse, cometem atos delituosos, necessitando de medidas legislativas e punitivas, favorecendo assim a imagem de estigmatização e de criminalização dos consumidores (Resa, 2007, p.47).

No modelo médico-sanitário as substâncias psicoativas são a causa dos efeitos nocivos para a saúde do consumidor, sendo o consumidor considerado um doente que necessita de ajuda médica. Neste tipo de modelo podemos utilizar como estratégias de intervenção a informação e a sensibilização ao colocar em prática programas de informação sobre o risco que acarreta o uso e abuso das substâncias e incrementar no tratamento o uso de antagonistas (Resa, 2007, p. 47).

No modelo sociocultural, o utente é vítima das desigualdades sociais. Existe uma centralização nos fatores/condições socioeconómicas e ambientais nas quais está inserido. Há uma ligação entre as substâncias, o indivíduo e o contexto (modelo psicossocial), devendo privilegiar-se medidas de apoio, de reintegração e reinserção social (Resa, 2007, p.47).

---

<sup>2</sup> Esta ideia está definitivamente assente desde que a legislação sobre os estupefacientes (Lei francesa de 30 de Dezembro de 1970) definiu qualquer uso ilícito de drogas como um delito em si: o utilizador é por definição um delinquente” (Morel *et al*, 1998, p. 97).

Daí, os constrangimentos verificados na criação de políticas de combate ao consumo, como a criação de salas de consumo assistido de drogas, a existência de fenómenos de exclusão social e dificuldades de reinserção profissional (negando emprego e outras oportunidades a estes *doentes*, mesmo recuperados). Nesta linha de atuação, podemos definir as salas de consumo assistido de droga como sendo “unidades de saúde supervisionadas por profissionais, onde os consumidores de droga podem consumir em condições mais seguras. Procuram atrair populações de consumidores difíceis de contactar, em especial grupos marginalizados e pessoas que consomem drogas na rua ou noutras condições de risco e anti-higiénicas. Um dos seus principais objetivos é diminuir a morbilidade e a mortalidade, disponibilizando um ambiente seguro que possibilite um consumo mais higiénico e instruindo os utentes sobre práticas de consumo mais seguras. Simultaneamente, procuram reduzir o consumo de droga em público e melhorar os espaços públicos em redor dos mercados de droga urbanos. Outro objetivo é promover o acesso a equipamentos sociais, de saúde e de tratamento da toxicod dependência” (EMCDDA, 2004; Sicad, 2016d).

A adição e a toxicod dependência criam dependência. O consumo de substâncias psicoativas criam dependência física e psíquica e essa dependência pode ser considerada uma doença. Contudo, é importante saber que nem todas as dependências são doenças. Para Brito & Esteves (2001), “somente quando analisarmos o curso dessa patologia, a sua evolução prolongada, frequentemente resistente aos tratamentos e com múltiplas recaídas, é que podemos considerar tratar-se de uma doença crónica e recidivante” (Brito & Esteves, 2001, p.42). Já para (Leshner,2005) “toxicod dependência é entendida como uma doença do cérebro crónica. Recidivante é um conceito totalmente novo para a maioria do grande público, para muitos políticos e, recentemente, para muitos profissionais de saúde”(Leshner, 2005, p.7).

Os contextos sociais, nos quais os consumos se desenvolveram e onde são observáveis, é um fator de extrema importância. No entanto, a construção e o entendimento do conceito, pela sociedade, é um domínio ao mesmo tempo complexo instável: pensável em termos de doença desde pelo menos o início do século XIX.

Para Neto (1996) “a capacidade da droga em controlar o comportamento da pessoa é a dimensão, certamente, mais característica e mais dramática da toxicod dependência” (Neto,

1996, p,26). Como vivemos numa época em que não se tolera a dor nem a tristeza, procuram-se assim, respostas imediatas e eficazes para todo ou qualquer mal-estar superficial. Quando falamos em dependências e em consumo de substâncias psicoativas referimo-nos a etapas e/ou critérios. De acordo com Brito & Esteves (2001, p. 52), “o indivíduo vai-se habituando, por assim dizer, à droga consumida, o que faz com que uma determinada dose vá tendo cada vez menos eficácia, sendo necessário aumentar as doses para se conseguir o mesmo efeito (habituação) e aí a tolerância”. Com o uso continuado, vai-se instalando um outro fenómeno chamado síndrome de privação ou “ressaca”. Algumas drogas, como por exemplo a heroína, têm uma síndrome de privação com sintomas maioritariamente físicos ao contrário da cocaína que são maioritariamente psicológicos (Patrício, 1997, 1995; Wieviorka, 1998).

O consumo regular faz desaparecer por completo estes efeitos extremamente desagradáveis. Pois a droga que até aí era usada, principalmente para obter prazer, passa a ser usada para evitar o estado da privação. Podemos, assim, considerar que a descoberta pelo consumidor, de que o consumo de substâncias psicoativas alivia o síndrome de privação passa a definir a existência de duas forças – o prazer de consumir e o evitamento do mal-estar, induzindo assim, futuros consumos da substância psicoativa (Neto, 1996; Morel *et al*, 1998; Brito & Esteves, 2001).

Assiste-se a uma nova forma de estar na vida, ao gosto pelo consumo contínuo de substâncias psicoativas, à negação, por vezes temporal, à abstinência ou ao não querer seguir a via do tratamento, mas sim a de redução de riscos e de minimização de danos, que exige, por si só, um novo posicionamento do Serviço Social enquanto profissão.

## **1.2 - Adição como forma de exclusão**

A adição pode ser considerada um comportamento desviante e não deve estar desligada do conceito de exclusão social, visto que “num segundo momento, os desviantes, ou *outsiders*, serão, pois, arrastados num processo de exclusão” (Xiberras, 1993, p. 176). De acordo com a autora supracitada, é necessário compreender, antes de mais, que o consumo de substâncias psicoativas criam os próprios motivos para esse consumo, ao contrário da ideia de que os motivos é que geram os comportamentos desviantes. A mesma autora define as etapas da motivação desviante da seguinte forma (Xiberras, 1993, pp. 128-130):

- Etapa 1: contacto e aprendizagem técnica - Caracterizada “pelo desconhecimento da substância e seus efeitos, daí o apadrinhamento individual, como ritual de iniciação”.
- Etapa 2: aprendizagem cognitiva - Caracterizada pela identificação dos “efeitos das substâncias psicoativas no sistema nervoso central”.
- Etapa 3: aprendizagem cultural- Caraterizada pela “identificação do efeito de bem-estar das substâncias psicoativas”.

Na opinião de Leshner (2005) os consumidores de substâncias psicoativas devem assumir a adição como uma “doença do cérebro crónica”, resultante de “situações sociais geradoras de vítimas” (p. 7). Este novo modelo acarreta, não só a exigência de novas práticas profissionais, mas também uma racionalidade ideológico-moral que poderá passar pela conceção de uma intervenção alternativa.

Tendo em conta a natureza da doença aditiva, pode-se estruturar o tratamento da adição e/ou dependência quando o mesmo é solicitado pelo indivíduo com comportamentos aditivos e /ou dependências ao técnico de saúde, iniciando-se assim o processo terapêutico, que se inicia com a integração do consumidor de substâncias psicoativas em cuidados de saúde primários – unidades funcionais, ou cuidados de saúde especializados, no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, onde se inserem as equipas de tratamento, centros de dia, unidades de desabituação, comunidades terapêuticas, unidades de alcoologia, entre outras.

O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), recorrer a diferentes formas de intervenção e ter uma duração variável; sendo uma doença crónica (Patrício, 1997; Amos, 2004; Leshner, 2005) e sujeita a recaídas, as perturbações aditivas requerem frequentemente um processo de tratamento a longo prazo envolvendo múltiplas valências e exigindo acompanhamento regular. Dentro deste contexto as recaídas terão de ser entendidas, em termos de planificação do tratamento, como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica às necessidades presentes do doente, em termos de valências a mobilizar e/ou intensidade e frequência da intervenção (Angel *et al*, 2002; Fligie, 2004).

A planificação do tratamento deve ter em conta e ajustar-se às necessidades globais do utente, determinadas não só pelo grau de gravidade da perturbação mas também pelas co-

morbilidades físicas e psíquicas que eventualmente possa apresentar. Assim “o tratamento de uma pessoa com comportamentos aditivos ou dependência pode requerer a combinação de diferentes intervenções terapêuticas: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistêmicas e reabilitação social. Como seria de esperar, á luz da definição de doença aditiva, a evidência científica suporta fortemente a relação entre melhores resultado em termos de tratamento e a combinação de diferentes tipos destas respostas” (Sicad, 2016 b).

### 1.3 – Substâncias Psicoativas e Dependências

Como argumentam Delay & Denilker (1957), Gonçalves, (1999) as substâncias psicoativas podem ser subdivididas em grupos, de acordo com os seus efeitos farmacológicos.

**Quadro 1 – Glossário de Substâncias Psicoativas**

<b>Álcool etílico</b> – psicotrope com efeito estimulante, perturbador e depressor do sistema nervoso central.
<b>Alucinogénio</b> – tipo de droga que altera o modo como se vê ou se ouve as coisas. São substâncias naturais ou de síntese, que provocam vivências psicóticas. Estas substâncias são estimulantes do sistema nervoso central e desorganizam a neurotransmissão cerebral. Os ácidos como o LSD 25 (dietilamida do ácido lisérgico) é o mais conhecido. A fenciclidina, a PCP, ou o Pó de anjo, é um potente anestésico utilizado em veterinária. A Cannabis em doses elevadas, inclui-se também no grupo dos alucinogéneos.
<b>Anfetaminas</b> - são aminas de síntese, aparentadas da dopamina e da noradrenalina. Denominação vulgares: <i>anfes, speeds, speed cristal, prelos</i> . As anfetaminas são indicadas para tratamento psiquiátrico de situações de narcolepsia e também na hiper – excitabilidade infantil. Por exemplo: Disnitel, drenur, tegisec, MDMA (metileno-dioxi-metanfetamina).
<b>Barbitúricos</b> – são fármacos derivados da malunilureia. São potentes depressores do sistema nervoso central pelo que as intoxicações com estes fármacos são frequentemente letais. Muito utilizado para tratamento de epilepsia e à anestesiologia (por exemplo: vesparax, bialminal, prossonal).
<b>Benzodiazepinas</b> – a denominação vulgar destes fármacos é a de <i>drunfos</i> ou <i>barbitúricos</i> . Têm efeitos tranquilizantes, ansiolíticos, anti-epiléticos, hipno-indutores e miorelaxantes, que variam consoante o tipo de benzodiazepina (por exemplo: alprazolam, prazolam, prazin, xanax, lexotan, ultramidol, lendormin, panevril).
<b>Depressores</b> – reduzem a estimulação fisiológica e a tensão psicológica e podem levar-te a relaxar, por exemplo, heroína.
<b>Derivados da Cannabis</b> – a planta da Cannabis Sativa ou Cânhamo das Índias adapta-se a todos os climas temperados. Sintetiza mais de 80 cannabinóides, entre os quais se destaca o tetrahydrocannabinol (9 delta – THC), que é o seu principal componente psicoativo. O tetrahydrocannabinol é uma substância psicodisléptica,

<p>perturbadora do sistema nervoso central. Altera a percepção da realidade, acompanhada de retração ou expansão do “eu”. Pode provocar paranoias, ou alucinações, desorientação no tempo e no espaço, despersonalização, ideação persecutória ou estados de pânico. A forma mais conhecida de derivados de cannabis é a erva ou marijuana, haxixe e óleo de haxixe.</p>
<p><b>Derivados de coca</b> – a cocaína é também conhecida por branca, coca, neve, gulosa, base, free-base, crack (são cristais duros de cocaína). Estimulante do sistema nervoso central (como as anfetaminas) e euforizante (como a heroína).</p>
<p><b>Droga sintética ou <i>designer drugs</i></b> – droga feita num laboratório. São produtos de síntese, tais como: meperidina, fenciclidina, fentanyl.</p>
<p><b>Estimulante</b> – tipo de droga que acelera a atividade cerebral e aumenta a energia do utilizador, como por exemplo a cocaína.</p>
<p><b>Inalantes</b> – substâncias químicas que são inaladas para se obterem determinados efeitos na alteração da mente. A maioria dos inalantes é dissolvente (líquidos que podem dissolver outras substâncias, tais como vernizes, tintas e colas).</p>
<p><b>Narcótico</b> – droga que causa desorientação e, por vezes, perda da consciência.</p>
<p><b>Voláteis e Inalantes</b> – Grupo heterogêneo de substâncias químicas, voláteis à temperatura ambiente e cujos vapores são psicoativos. Os seus efeitos euforizantes podem levar a que sejam utilizados como drogas de abuso. Por exemplo, éter, protóxido de azoto, colas, diluentes, lacas, vernizes, gasolina, tintas.</p>

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado de Patrício, (1997, pp.79 – 105); Gonçalves (1999, p. 165) Amos, 2004, (p. 32).

Falamos em substâncias psicoanalépticas ou estimulantes do sistema nervoso central, substâncias psicolépticas ou depressoras do sistema nervoso central e substâncias psicodislépticas ou perturbadoras do sistema nervoso central. Existem várias definições em relação às substâncias psicoativas. Podemos defini-las como substâncias que atuam no sistema nervoso central com efeitos na percepção, locomoção, comunicação, consciência.

A droga é entendida como quaisquer substâncias naturais ou de síntese, (manipuladas ou criadas pelo homem), que ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas, nomeadamente do estado de consciência e também alterações físicas. As alterações da atividade mental, das sensações de comportamento, são geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio do desprazer (Patrício, 1995, p.24).

Relativamente à sua tipologia podemos referenciar três tipos:

- Depressoras ou psicolépticas, tais como o álcool, opiáceos (heroína, metadona, morfina), tranquilizantes (serenal, xanax, valium, etc.) e hipnóticos (barbitúricos e não barbitúricos, dormicum, rohypenol, etc.) São substâncias que bloqueiam o funcionamento do cérebro, provocando alterações que vão da desinibição ao coma, através de um progressivo adormecimento cerebral.
- Estimulantes ou psicoanalépticas, tais como, anfetaminas, cocaína, nicotina, xantinas (cafeína, etc). São substâncias que ativam o funcionamento cerebral, causando estimulação, excitação e estados de vigília.
- Perturbadores ou psicodislépticas, alucinogéneos (LSD, cogumelos, etc), derivados do cannabis (haxixe, marijuana), inalantes (acetona, colas, etc.), drogas de síntese (ecstasy, com efeitos estimulantes). São substâncias que alteram o funcionamento cerebral, podendo provocar alterações perceptivas, alucinações, etc.

Para além das substâncias psicoativas descritas, podemos igualmente abordar os comportamentos aditivos sem substâncias, tais como o jogo patológico, que se repercutem em várias morbidades psiquiátricas, tais como as perturbações de humor, da ansiedade e da personalidade, muitas vezes associadas ao consumo de substâncias psicoativas (Leeman & Potenza, 2012; Oudlaug et al., 2012; Bowden-Jones & George, 2015; Dowling et al, 2016).

Para agir face a este tipo de substâncias, várias organizações internacionais (EMCDDA, 2015, OMS, 2016; OEDT,2016), definem alguns procedimentos a seguir, ou intervenções estratégicas, tais como a tratamentos de substituição opiácea, programas troca de seringas, testes e tratamentos da hepatite C e do VIH com antirretrovirais.

#### **1.4 – Programas de Consumo e de Redução de Riscos: Orientações Internacionais**

De acordo com Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (2016), estima-se que mais de 88 milhões de adultos, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, já terão experimentado drogas ilícitas em algum momento das suas vidas. O consumo de drogas verifica-se com mais frequência no sexo masculino (54,3 milhões) do que no feminino (34,8 milhões). A cannabis é a droga mais consumida, seguida da cocaína, da MDMA, e das anfetaminas. Relativamente a Portugal (através do INPG 2012 - III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 - realizado na população geral residente em Portugal [15-64

anos]), a cannabis, o ecstasy e a cocaína foram também as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo).

A prevenção da toxicodependência e as iniciativas de intervenção precoce visam prevenir o consumo de drogas e os problemas que lhe estão associados. Em contrapartida, o tratamento da toxicodependência constitui a primeira resposta de combate à dependência, incluindo iniciativas de natureza psicossocial e farmacológica. Algumas intervenções estratégicas, tais como os tratamentos de substituição de opiáceos e os programas de troca de agulhas e seringas, foram parcialmente desenvolvidas para combater o consumo de opiáceos injetáveis e problemas conexos, especialmente a disseminação de doenças infecciosas e mortes por overdose (OEDT, 2016, OMS, 2016).

Em geral, as intervenções existentes ao nível da prevenção, do tratamento e da redução de danos associados às drogas tradicionais são consideradas adequadas ou facilmente adaptáveis às necessidades dos consumidores das novas drogas. Contudo, os problemas decorrentes do consumo de novas substâncias psicoativas e de outras drogas como o GHB, a cetamina e a mefedrona, criam dificuldades específicas numa série de cenários, nomeadamente nas prisões, nas clínicas de saúde sexual e nos serviços de proximidade relacionados com as drogas. As intervenções direcionadas para estas substâncias têm sido difíceis de concretizar devido às dificuldades de acesso a certos grupos de toxicodependentes (homossexuais), ao desregramento dos comportamentos de injeção entre os grupos mais vulneráveis e às dificuldades de lidar com episódios psicóticos agudos associados ao consumo das novas drogas entre reclusos (Sicad, 2016a). “Tendo em consideração esta heterogeneidade dos perfis demográficos e de consumo dos utentes em tratamento, torna-se essencial reforçar a diversificação das respostas e continuar a apostar nas intervenções preventivas de comportamentos de consumo de risco (Sicad, 2016a), p.15)”.

Nestes casos em particular, é importante desenvolver intervenções com enfoque específico no consumo das novas drogas e nos respetivos danos para a saúde, definindo, por exemplo, orientações de tratamento especializado e fornecendo material e aconselhamento com vista à redução de danos e riscos (EMCDDA, 2015).

A nível internacional, e de acordo com “la dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas” (OMS, 2016), sobre o problema mundial das drogas, e tendo em consideração as provas obtidas sobre a utilidade da redução de danos para enfrentar o problema (tóxico)dependência e melhorar os resultados sanitários em general, “es preciso que las citadas intervenciones ocupen un lugar más destacado en una respuesta global al abuso de sustancias. También hay pruebas sólidas de que los programas destinados a reducir los daños que sufren a corto y largo plazo los consumidores de sustancias son beneficiosos para la comunidad en su conjunto, en la medida en que favorecen la disminución de la delincuencia y de las situaciones de desorden público, además de los beneficios que se derivan de la inclusión en la vida social de personas antes marginadas” (OMS, 2016).

Internacionalmente, “los actuales marcos de políticas sobre drogas no conceden atención suficiente a la reducción de los daños que provoca el consumo de drogas en la salud de las personas y la salud pública. La reducción de los daños se inscribe en un marco de promoción de la salud pública destinado a prevenir, reducir y mitigar los daños derivados del consumo de drogas en las personas y las comunidades, y suele ser un tema delicado desde el punto de vista social y político, pues el objetivo perseguido es mantener a las personas en vida y en condiciones seguras sin exigir la abstinencia de las drogas. Las leyes, políticas y prácticas punitivas limitan —y a veces imposibilitan— el acceso de las personas que consumen drogas a servicios de reducción de los daños, lo que compromete la eficacia de las intervenciones basadas en pruebas que ofrecen dichos servicios. Cuando se aplican como parte de una estrategia general contra las drogas, las intervenciones de reducción de los daños permiten que el consumo de drogas sea considerado en un contexto social más amplio, y que se tengan en cuenta cuestiones como la pobreza, el aislamiento social, la estigmatización y marginación, la violencia doméstica y de otro tipo y la salud pública” (OMS, 2016).

De acordo com um guião técnico, revisto em 2012, pela Organização Mundial de Saúde (2012), Oficina das Nações Unidas contra a Droga e Delitos (UNODC) e UNAIDS, recolheu-se um amplo conjunto de intervenções baseadas em provas para reduzir os danos associados ao consumo de drogas via injetáveis. Esta publicação e o conjunto de intervenções receberam um forte apoio por parte dos Organismos das Nações Unidas e os principais

apoiantes internacionais. Observou-se que os melhores resultados se obtêm quando os países aplicam os programas de distribuição de agulhas e seringas, bem como tratamentos de substituição com opióides, a uma escala suficientemente grande de forma a atingir a população. Referem como vantagens dos Programas de Consumo e Redução de Riscos e Minimização de Danos:

- “O tratamento de substituição de opiáceos é importante tanto para o tratamento da dependência de opiáceos e a prevenção e tratamento da infecção por VIH e a hepatite B e C.

- Os programas de distribuição de agulhas e seringas reduzem consideravelmente a transmissão de vírus transmitidos pelo sangue.

- Estes programas também servem como uma porta de entrada para outros serviços, e o fato de que os participantes receberem cuidados regulares, oferece a oportunidade de facilitar o acesso a outros serviços de saúde”.

- As estratégias nacionais sobre drogas justificam-se do ponto de vista da saúde pública, de incorporar intervenções e redução danos em programas nacionais, bem como estatísticas sobre o impacto dessas intervenções no consumo de drogas e do seu controlo (WHO, UNODC, UNAIDS, 2012).

Para além das vantagens dos Programas de Consumo e Redução de Riscos e Minimização de Danos, o Guião Técnico, revisto em 2012 (pela WHO, UNODC, UNAIDS, 2012) realçam a importância da sensibilização da parte política e legislativa (...) " é preciso contar com um envolvimento legislativo propício e estudar as medidas que poderiam ser tomadas em relação a essa estratégia, de acordo com o contexto nacional, a adoção de práticas que tenham mais em conta as crianças e as famílias, em serviços de tratamento de dependências" e adiantam um enfoque integrado dos serviços de bem-estar com a comunidade em geral: " enfoques integrados com serviços de bem-estar para as abordagens comunitárias, família e da criança e com base na experiência de entidades homólogas para redução de danos associados ao consumo de drogas" (WHO, UNODC, UNAIDS, 2012).

Assim, “é importante facilitar e fornecer serviços adequados para a prevenção, tratamento e cuidados relacionados com as drogas (HIV/SIDA e hepatites) em centros de detenção, assim como o respeito pelas populações recolhidas em outros meios” (WHO, UNODC, UNAIDS, 2012).

O conceito de redução de riscos surge no final da década de 80 do século XX, na província inglesa de Mersey Side, onde o consumo de heroína e a alta prevalência do vírus da hepatite B, não se tinha resolvido com os programas de intervenção tradicionais. Desta forma surge um modelo “Mersey Model of Harm Reduction<sup>3</sup>”, que estabelece as bases da intervenção profissional no que se denomina Programas de Redução de Danos. Este programa é um conjunto de “estratégias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin, necesariamente, reducir o eliminar este” (Maroto, 2005, pp. 59-60).

Com o passar dos tempos, cada vez se foi valorizando mais, não só os tratamentos e a prevenção, mas também a Redução de Riscos e Minimização de Danos, declarada como preocupação no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho. De acordo com a informação disponível no *site* da Organização Harm Reduction (2017) as premissas da Redução de Riscos e Minimização de Danos consistem em “aceitar, para o bem e para o mal, que o consumo de drogas legais e ilegais faz parte do nosso mundo e escolhe trabalhar para minimizar os seus efeitos danosos, em vez de simplesmente ignorar e condenar; compreender o consumo de drogas como um fenómeno complexo e multidimensional que abarca um contínuo de condutas, desde o abuso grave à total abstinência, e entende que algumas formas de consumir drogas são claramente mais seguras do que outras; estabelecer a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo e da comunidade e não necessariamente a abstinência, como critério das intervenções e das políticas bem-sucedidas”.

Assim, podem-se definir como objetivos gerais dos programas de redução de riscos e minimização de danos a estabilização e/ou diminuição da conduta problemática (consumos) e redução progressiva das consequências da conduta (Salabert e Tagle, 2006). A complexidade inerente às práticas de consumo de substâncias psicoativas leva a que as necessidades de intervenção sejam variadas, contemplando diferentes aspetos do comportamento, das relações, da saúde, da psicologia, do consumidor dessas mesmas substâncias. Assim, a informação contida em Salabert e Tagle (2006) e Villalonga (2007) permite agrupar as necessidades nas seguintes categorias:

---

3 A redução de danos é um movimento internacional que surgiu na década de 80, fazendo com que muitos países sentissem a necessidade de criar estratégias mais práticas e mais adaptativas com vista à redução do risco de transmissão do VIH entre consumidores de substâncias psicoativas, daí que possamos falar em diversos modelos de redução de danos (modelo holandês, modelo do Reino Unido [Merseyside], modelo canadense e modelos australiano (Marlatt; Alan, 1999).

- 1) Necessidades preventivas e sanitárias – prevenção e diminuição das infeções por VIH, VHB, VHC, Tuberculose e outras doenças infetocontagiosas; ações de sensibilização; medidas de higienização e autocuidado; administração de terapêutica de substituição; diminuição das patologias relacionadas com a forma de administração das substâncias psicoativas e das mortes por sobredosagem.
- 2) Necessidades relacionadas com as substâncias psicoativas – características das substâncias psicoativas e consequências do seu consumo; informação sobre os recursos institucionais e comunitários disponíveis.
- 3) Necessidades psicossociais – valorização individual das necessidades e problemas apresentados pelo utente; organização de dinâmicas de grupo e de grupos de autoajuda, entre outras estratégias, que promovam o autoconhecimento, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, de autocontrolo, de autocrítica e de resolução de problemas e a melhoria da autoestima e do autoconceito; atribuição de tarefas; suporte emocional para intervenção em situações de crise; orientação e aconselhamento social; acompanhamento e encaminhamento.
- 4) Necessidades sociais – diminuição das condutas associadas e derivadas do consumo de substâncias psicoativas, como a delinquência, a prostituição, a criminalidade, sem-abrigo, etc.; diminuição da conflitualidade coletiva e legal; redução da degradação marginalizante; diminuição do alarme social nas zonas de consumo e tráfico; redução do preconceito face aos consumidores de substâncias psicoativas.
- 5) Necessidades familiares – diminuição dos conflitos familiares; suporte emocional aos familiares; orientação e aconselhamento social; acompanhamento e encaminhamento; informação sobre os recursos disponíveis na comunidade.
- 6) Necessidades de tratamento – modificação dos hábitos de consumo (por exemplo, passar da administração por via endovenosa para a inalação ou alterar a substância que se consome); reduzir os consumos; possibilitar a prossecução de objetivos mais ambiciosos; diversificar a intervenção de acordo com o historial toxicológico e as características pessoais do utente.

O plano individualizado de inclusão social de cada utente deverá atender ainda a necessidades diversas, possibilitando intervenções que incrementem as competências pessoais, familiares e de convivência social, socioeducativas, formativas e profissionais, de

lazer e de relacionamento social. As necessidades vão, assim, ao encontro dos princípios estabelecidos na Redução de Riscos e Minimização de Danos, bastante adequado em casos de utentes que consomem substâncias psicoativas há largos anos, ou seja, onde dificilmente a abstinência se coloca como objetivo.

### **1.5 – Programas e Planos em Portugal**

A política de combate à droga e à toxicoddependência em Portugal tem uma abordagem de proximidade, também conhecida por Política de Redução de Riscos e Minimização de Danos, para além dos Programas de Substituição Opiácea, e dos Modelo de Tratamento desenvolvidos em Portugal pelos serviços públicos do Ministério da Saúde.

A política de droga em Portugal surgiu na primeira metade do século XX, tendo em conta as disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia, em 23 de janeiro de 1912. Assim a primeira legislação publicada em Portugal em matéria de drogas foi em 1924, com a aprovação da Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, de 9 de dezembro. Este diploma apenas virá a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro. No que respeita ao tratamento, em 1963, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118, de 3 de abril), já se referia ao "tratamento das toxicomanias" no entanto, não havia nenhuma estrutura para o efetivar.

Em 1975, na dependência da Presidência do Conselho de Ministros, foram criadas as primeiras estruturas para fazer face a este novo fenómeno, nomeadamente o Centro de Estudos da Juventude, ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social, e o Centro de Investigação Judiciária da Droga, com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas. Já em 1976 é extinto o Centro de Estudos da Juventude, dando lugar à criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, com competências nos domínios da prevenção, tratamento e inserção social do toxicoddependente. A abordagem às dependências em Portugal, não ficou apenas pela descriminalização do consumo de drogas, para além do reforço de toda a intervenção já existente nas áreas da prevenção, tratamento e reinserção foram, também, criadas, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tais como, equipas de rua, gabinetes de apoio, programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência, centros de acolhimento, centros de abrigo

com inclusão de equipas técnicas na área das dependências e pontos de contacto e informação e que hoje constituem a Rede Nacional de RRMD (Sicad, 2016 b).

Ainda que a coordenação nacional desta área se mantivesse na Presidência do Conselho de Ministros através do Projeto VIDA, nomeadamente respostas na área da prevenção, tratamento e reinserção para a área da saúde, é nos anos 90 que se inicia um processo de transição, através da criação no Ministério da Saúde do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), com o decreto-lei n.º 7/97, de 8 de março, onde se procedeu ao alargamento da rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, por forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional de todos os cidadãos afetados pela toxicodependência.

Apesar de esforços no sentido de criar serviços públicos que garantissem tratamento e reinserção, Portugal enfrenta, no final dos anos 90, um grave problema social e de saúde pública, por causa do fenómeno da toxicodependência, em particular no que diz respeito ao consumo problemático de heroína. Perante tal flagelo, no final dos anos 90, o governo português convidou um comité de peritos, ligados a diversas áreas, para elaborar um relatório aprofundado da situação e que, ao mesmo tempo, contivesse recomendações de vária ordem que pudesse enformar, pela primeira vez, a elaboração de uma estratégia de intervenção global que norteasse toda a intervenção nesta área, de forma coerente e sustentada. Assim é, aprovada pelo governo, através da Resolução do Conselho de Ministros 46/99, de 22 de abril, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência para um horizonte temporal de 1999 a 2004.

Segue-se um novo ciclo com várias intervenções na área da política portuguesa, no que concerne ao consumo de substâncias psicoativas.

Assistimos à descriminalização do consumo de drogas, para além do reforço de toda a intervenção já existente nas áreas da prevenção, tratamento e reinserção foram, também, criadas, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD).

Foi, também, criado o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e da Toxicodependência, com o objetivo de assegurar a coordenação da política do Governo em todas as áreas em que se divide a estratégia, bem como se assistiu à valorização do Conselho Nacional da Droga que, ao ver alargadas as suas competências e composição,

passou a designar-se Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência, órgão de consulta sobre a política pública de droga e toxicodependência, ao qual compete pronunciar-se sobre a definição e execução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga.

Em 2004, procedeu-se à avaliação interna e externa da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência, bem como ao início do desenho de um novo ciclo estratégico 2005-2012.

A criação de uma rede de respostas integradas e complementares ao fenómeno do uso e abuso de substâncias psicoativas, numa base territorial preconizada pelos Centros de Respostas Integradas (CRI), os quais se constituem com unidades de intervenção local de cariz operativo, referenciados a um território definido e que dispõem de equipas técnicas especializadas para as diversas áreas de intervenção, nomeadamente, tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos, foi outra alteração introduzida.

Neste quadro evolutivo importa destacar algumas das intervenções que se tornaram, também, de alguma forma, emblemáticas, nomeadamente, a criação e implementação do Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) o qual se constituiu como uma medida estruturante de âmbito nacional promovendo a intervenção integrada no âmbito do consumo de substâncias psicoativas, privilegiando a existência de diagnósticos rigorosos que fundamentam a contratualização a terceiros (ONG) de repostas e intervenções em territórios identificados como prioritários. A sua operacionalização, obedeceu à implementação de fases sequenciais e foi efetivada com a criação de Programas de Respostas Integradas (PRI) em cada território, integrando respostas interdisciplinares de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção. O PORI, através da implementação de PRI, apontou para uma nova abordagem territorial visando reorganizar as intervenções existentes, em conjunto com as entidades locais, por forma a rentabilizar e potenciar os recursos disponíveis (Sicad, 2016 e).

Outra das medidas que assumiu particular expressão durante este ciclo estratégico foi a elaboração e implementação do Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional, operacionalizado em cinco áreas de intervenção: promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento da toxicodependência, tuberculose, doenças infecciosas virais, redução de riscos e minimização de danos.

O IDT, I.P. (Instituto da Droga e Toxicodependência), extinto com a publicação da nova lei orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, constituía-se como um organismo tutelado pelo Ministério da Saúde. Esta instituição desenvolvia uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento de um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, bem como, promovia e estimulava a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que interviessem neste domínio. Tinha também como responsabilidade o apoio ao funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência, assegurando a cooperação com entidades externas, estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio assim como o acompanhamento da sua aplicação (Sicad, 2016 e).

#### **1.5.1 – Novas Orientações da Política de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências**

Com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Governo procedeu à criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (Sicad), extinguindo, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., remetendo para as Administrações Regionais de Saúde, I.P. a componente de operacionalização das políticas de saúde.

O diploma orgânico do Sicad, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, concretiza uma inovação, assente na opção de reforço da componente de planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas, na prevenção dos comportamentos aditivos e na diminuição das dependências. Por sua vez, a componente de operacionalização das intervenções é concentrada no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Sicad, 2016 e).

O Sicad no desempenho das suas funções tem por base valores como o humanismo, conhecimento, inovação, pragmatismo, cooperação, confiança e transparência. Apresenta-se como atribuições:

a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de redução do consumo de substâncias psicoativas, de prevenção dos comportamentos aditivos e da diminuição das dependências e sua avaliação;

b) Planear e avaliar os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade;

c) Planear a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, através de uma rede de referência entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas;

d) Desenvolver, promover e estimular a investigação científica no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências;

e) Desenvolver mecanismos de planeamento e coordenação efetivos conducentes à definição das políticas para as intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;

f) Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir as prioridades e o tipo de intervenção a desenvolver;

g) Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências.

h) Promover a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;

i) Assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;

j) Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, bem como garantir o cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, em coordenação com a Direcção-Geral da

Saúde, enquanto entidade responsável pelas relações internacionais do Ministério da Saúde;

l) Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência;

m) Definir os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos (Sicad, 2016, c).

Como já foi salientado, “o consumo a «céu aberto» e todos os problemas associados só emergiram em Portugal mais tarde, nos anos 80 e as medidas de RRMD apenas se instalam no terreno de um modo mais efetivo nos inícios dos anos 90, retardando o seu reconhecimento como política e como prática”(Sicad, 2016 a), p. 13). Na década de 90 e face ao crescimento do número de utilizadores de drogas injetáveis infetados pelo VIH, incrementou-se a dinamização de projetos experimentais de redução de danos. Exemplo disso foram os seguintes projetos:

- Projeto STOP-SIDA, iniciado em 1993 e promovido pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) e outros parceiros, traduziu-se numa experiência precursora no domínio da redução de danos em Portugal, centrada na prevenção de novos casos de infeção pelo VIH na população utilizadora de drogas injetáveis.

- Intervenção no Bairro Casal Ventoso, por muitos considerada a primeira ação de RRMD no nosso país, sofreu ao longo dos anos várias reestruturações (1996, 1998, 2001 e 2003), assentes no alargamento de respostas de proximidade [ex: unidades móveis, equipas de rua...], (Sicad, 2016 a).

No que diz respeito à política de minimização de danos e no que diz respeito a Portugal, para além de um leque diversificado de respostas na área do tratamento, verificamos também que a intervenção junto de consumidores não acessíveis também merece um destaque importante. É neste sentido que o Estado chamou a si a responsabilidade de implementar e financiar projetos de “prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência”, como se lê no art. 1.º do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho.

De acordo com o Sicad (2016 a), a autorização para a criação e funcionamento de Programas e Estruturas Sócio Sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos visa oferecer qualidade e adequação das intervenções nesta área e é concedida mediante a

análise do programa ou da estrutura específica em apreciação, desde que cumpridos os requisitos vertidos na Portaria n.º 748/2007, de 25 de junho, que estabelece as condições para a sua criação e funcionamento, a que se refere o Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho.

O Relatório Anual de 2015 (Sicad, 2015a) revela que no âmbito da prevenção foram implementados 18 projetos, cofinanciados pelo Sicad, 16 dos quais em continuidade de 2014 e 2 novas intervenções iniciadas em 2015, estimando-se uma abrangência de 21.143 pessoas (valor de referência relativo aos projetos em continuidade desde 2014). A maioria da população alvo abrangida pelos projetos, situa-se na região Centro, uma vez que é a região que tem o maior número de projetos em execução. No que diz respeito ao eixo de intervenção pela Redução de Riscos e Minimização de Danos foram abrangidas 24.244 indivíduos com Comportamentos Aditivos e Dependências, com mais prevalência na zona centro (11.487 indivíduos com CAD).

No âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos foram implementados 41 projetos, cofinanciados pelo Sicad, 38 dos quais em continuidade de 2014 e 3 novas intervenções iniciadas em 2015, estimando-se uma abrangência de 24.244 indivíduos (valor de referência relativo ao projetos em continuidade de 2014). A maioria da população alvo abrangida situa-se na região norte (11.487 indivíduos abrangidos por projetos de RRMD), uma vez que é a região que tem o maior número de projetos em execução. Em segundo lugar destaca-se Lisboa e Vale do Tejo com 7280 indivíduos, zona centro com 5381, e Algarve com apenas 96 indivíduos abrangidos por projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos (Sicad, 2015a).

Outro dos aspectos relevantes na legislação Portuguesa no que diz respeito à minimização de danos foi a descriminalização dos consumos de substâncias psicoativas ilícitas. Em Portugal esta política surgiu no ano de 2001, decretando que “a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social” (Sicad, 2016 c). Foi ao abrigo da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro (Lei da descriminalização do consumo), que se começou a olhar o consumidor de drogas como

pessoa que necessita de ajuda e não como criminoso, como uma pessoa que sofre de uma doença recidivante (Brito e Esteves, 2001, p.41; Leshner, 2005). Será que “podemos falar da toxicod dependência como uma doença? Em rigor não, pois não conhecemos a sua causa e mecanismos intrínsecos (patogénese), mas podemos certamente falar de um síndrome – isto é, de um conjunto de sintomas que definem consistentemente um estado patológico” (Brito e Esteves, 2001, p.41).

### **1.5.2 – Rede de Respostas em Comportamentos Aditivos e Dependências**

As relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências, é de tal forma importante, que levou à criação de uma rede de referência/articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, onde estão incluídos os serviços de saúde públicos, os diferentes sistemas, mas também entidades privadas, que ao longo do tempo têm vindo a ter um papel importante no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências (Sicad, 2016 a, p. 36).

A implementação desta rede de referência/articulação, garantindo ao cidadão portador de problemas ligados aos comportamentos aditivos e dependências (CAD) o acesso aos cuidados de saúde integrados, beneficiando para tal das respostas que, em cada momento, efetivamente necessita, depende igualmente do seu alinhamento e enquadramento com ações e planos, as quais definem e contextualizam as políticas e intervenções do Ministério da Saúde, nomeadamente:

- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 (PNRCAD);
- Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA);

Um dos principais objetivos da criação de uma rede de referência é “ estruturar, por níveis diferenciados de intervenção, a articulação entre os cuidados de saúde primários, as equipas técnicas especializadas na intervenção em CAD, os serviços locais de saúde mental (de adultos e da infância e adolescência), as intervenções no âmbito da cessação tabágica, as estruturas de especialidades médico hospitalares, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) / organizações não governamentais (ONG) (predominantemente ao nível do tratamento em comunidade terapêutica (CT) e no domínio da redução de riscos e

minimização de danos) e comissões para a dissuasão da toxicodependência (CDT), entre outros (Sicad, 2016 a), p. 36-37”.

É neste âmbito que dentro dos cuidados de saúde primários foram criadas as unidades funcionais, nos cuidados de saúde especializados os programas de substituição opiácea, centros de dia, unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas, unidades de alcoologia, serviços de saúde mental, serviços de especialidades médicas-cirúrgicas hospitalares. Relativamente a outros programas de redução de riscos/estruturas sócio-sanitárias, foram implementados os gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar, centros de acolhimento, centros de abrigo, pontos de contacto e de informação, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas, programas de substituição em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, equipas de rua, programas para consumo vigiado (Morel *et al*, 1998; Resa, 2007; García e Bracho, 2008, Sicad, 2016a) p. 36-37).

#### **1.5.2.1 – Cuidados de Saúde Primários – Unidades Funcionais**

Relativamente aos cuidados de saúde primários são desenvolvidas consultas para a realização da triagem, avaliação e o diagnóstico precoce dos comportamentos aditivos e dependências, tendo em conta a periodicidade dos consumos, logo a sua gravidade. Após a conclusão do diagnóstico há também a possibilidade de realizar intervenções breves (por exemplo, encaminhamento para consulta de cessação tabágica).

Quando estamos perante uma situação de gravidade considerável, procede-se à referenciação do consumidor de substâncias psicoativas (através do médico de família) para os cuidados de saúde especializados no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências (Morel; Angel, 1998; Resa, 2007; García e Bracho, 2008; Sicad, 2010b).

A “grande parte da literatura que aborda as questões ligadas ao consumo de álcool e outras drogas, parece acabar por se centrar mais nas questões que requerem uma intervenção ou tratamento mais especializado, reforçando a crença de que não é possível intervir, numa 1ª linha, com pessoas que usam substâncias” (Borges, 2004, p. 325). A mesma autora refere que “ o local apropriado para intervenções em indivíduos que estão em risco, não está no sector de tratamento especializado, mas sim nas estruturas que existem na comunidade e que prestam serviços à população em geral” (Borges, 2004, p. 325). Por sua

vez, Fiore et al. (2000) e Conigliaro et al. (2003) atribuem aos profissionais da área de cuidados de saúde primários um papel fundamental, quer em termos de identificação e sinalização de consumidores de substâncias psicoativas, quer em termos de intervenção futura, ou seja, necessidade de encaminhamento para tratamento especializado.

### **1.5.2.2 – Cuidados de Saúde Especializados**

Relativamente aos cuidados de saúde especializados (modelo integrado) no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências a intervenção passa por diversas etapas. Numa primeira etapa procede-se à avaliação inicial por médico/psiquiatra, onde também são requeridas avaliações na área da psicologia, Serviço Social e enfermagem. Após esta etapa, procede-se à constituição do núcleo da intervenção terapêutica integrada: é atribuído um técnico de referência, “realiza-se o acompanhamento regular do utente o qual se prolongará de forma a assegurar a consistência dos ganhos terapêuticos e a reaquisição das capacidades e competências para o funcionamento psicológico e social adequado. Para esse efeito, no decurso deste processo ocorrerão outras intervenções e articulações com outras modalidades terapêuticas, conforme a lógica do modelo integrado” (Sicad, 2016 b): consultas de psicologia, de enfermagem, crianças e jovens, consulta a grávidas, grupo de suporte terapêutico, programas de tratamento com antagonistas e agonistas opiáceos, centros de dia, unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas, unidades de alcoologia, serviços de saúde mental, serviços de especialidades médico-cirúrgicas hospitalares (García e Bracho, 2008).

#### **a) Programas de Substituição Opiácea**

Relativamente aos programas de substituição opiácea, estes podem ser administrados nestes cuidados especializados, como também em equipas de rua com redução de riscos e minimização de danos. Becoña e Martín (2004, p. 88) esclarecem que com estes programas se pretende substituir os opiáceos ilegais por derivados sintéticos, frequentemente a Metadona, que “no induce euforia ni alteración marcada del estado de conciencia, tiene una vida media que permite una toma diaria, la vía de administración es oral y posibilita al sujeto una vida normalizada alejada de la búsqueda de droga”.

Os programas de substituição podem ser de alto, médio e baixo limiar, consoante a exigência que se tenha em relação ao utente e aos seus consumos (Patrício, 1995, 1997;

Morel *et al*, 1998; Salabert e Tagle, 2006; Resa, 2007). Assim nos programas de baixo limiar os objetivos são: a) Evitar e diminuir o consumo, evitando a sequência dos consumos: uso, abuso e dependência; b) Melhorar e/ou manter o estado de saúde do utente, reduzindo as práticas de risco e a incidência das doenças associadas ao consumo, diagnosticando precocemente enfermidades de alta prevalência e facilitando o encaminhamento e acompanhamento para tratamento de patologias ou consultas; c) Facilitar o conhecimento e acesso à informação aos familiares e colaboradores no processo, recolhendo informação básica para a deteção de problemas e oferecendo apoio e acompanhamento psicológico; d) Providenciar o acesso à documentação básica, por exemplo, ao cartão de cidadão; e) Instaurar hábitos sociais e favorecer o conhecimento e a utilização dos recursos sociais e comunitários disponíveis.

Já os programas de médio limiar pretendem: a) Eliminar o consumo ilegal dos opiáceos e manter a abstinência ao álcool, cocaína e outras substâncias; b) Desenvolver hábitos de autocuidado e responsabilizar o utente pela prevenção e tratamento dos seus problemas sanitários, como infeções por VIH, VHB, VHC, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose, entre outras doenças; c) Diminuir os comportamentos delituosos, como furto, roubo, delinquência, prostituição, criminalidade, sem-abrigo, entre outros; d) Desenvolver as capacidades sociais e pessoais e realizar atividades produtivas: emprego, formação, lazer, tempos livres; e) Adquirir estratégias pessoais de prevenção de recaídas; f) Implicar a família e conseguir o apoio da mesma no processo terapêutico; g) Avaliar, valorizar e desenhar um plano de intervenção individualizado ajustado à problemática, capacidade e recursos de cada utente.

Por fim, os programas de alto limiar apresentam exigências máximas, tais como: a) Abandonar o substituto opiáceo e manter a abstinência à heroína, cocaína, ao álcool e outras substâncias; b) Manter os hábitos de autocuidado e responsabilizar o utente em relação à sua saúde; c) Colocar em prática as estratégias pessoais adquiridas para a prevenção das recaídas; d) Manter a realização de atividades produtivas; e) Conseguir apoio familiar e/ou social normalizado (Villalonga, 2007, pp. 111-112).

#### b) Centros de Dia

“Os centros de dia são estruturas de apoio ao tratamento e à reinserção, essenciais em determinadas fases do projeto terapêutico, que visam a ressocialização, o

desenvolvimento pessoal, a aquisição e o treino de competências sociais, com vista à reinserção social dos indivíduos. Os centros de dia são indicados essencialmente para utentes dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas em fase de abstinência, com suporte familiar insuficiente ou inexistente, ainda sem projeto de reinserção social e, portanto, utentes bastante vulneráveis do ponto de vista emocional. Dotados de uma variedade de formas de intervir, estas unidades especializadas potenciam e diversificam o processo terapêutico, ao mesmo tempo que constituem um ponto de ligação entre o tratamento e a reinserção, disponibilizando ao utente atividades terapêuticas, educativas, formativas e ocupacionais. Quando a abordagem integrada do utente com comportamentos aditivos e dependência evidencia um conjunto de características e de problemas associados (tipo e gravidade) que necessitam de uma intervenção mais específica e especializada, serão mobilizadas para o processo de tratamento outras estruturas mais diferenciadas, as quais poderão determinar períodos de internamento (Sicad, 2016, b).

Segundo Paula Moita<sup>4</sup> (Patrício, 1997, p.198) “o Centro de Dia, como estrutura de apoio no tratamento do toxicodependente, é em diversas fases do processo terapêutico um importante recurso diário. Está indicado, sobretudo para toxicodependentes que estando em fase de abstinência, não têm ainda um projeto de reinserção social e/ou vivenciaram um período de maior fragilidade emocional, com insuficiente suporte familiar. Este recurso potencializa o processo terapêutico em ambulatório”. De acordo com os objetivos específicos e equipa técnica, existem diversas formas de intervenção num Centro de Dia que podem ir desde o “artesanato, às artes plásticas, à fotografia, à informática, ao jornal, ao treino de aptidões sociais, às técnicas criativas e à fisioterapia” (Patrício, 1997, p.198).

c) Unidades de Desabilitação:

“São unidades de internamentos programados de curta duração (7 a 10 dias, podendo ir até 20 dias em situações de comorbilidade), onde através de uma abordagem psicofarmacológica, de apoio psicoterapêutico e educação para a saúde, se promove o tratamento do síndrome de privação em utentes que não dispõem de condições individuais ou sociais para o fazer em regime ambulatório. Nestas unidades, faz-se ainda a estabilização/ajuste da dose /transferência/descontinuação de programas de tratamento com agonista opiáceos, bem como o tratamento e estabilização de comorbilidade

---

<sup>4</sup> Psicóloga Clínica, e coordenadora do Centro de Dia do CAT de Taipas (1997).

psiquiátrica e médica ligeira. Fazendo parte das intervenções do modelo integrado de cuidados aos utentes com comportamentos aditivos e dependências a saída de um internamento em Unidade de Desabilitação pressupõe sempre a continuidade de cuidados, sendo como tal reforçado junto ao utente a necessidade de prosseguir o seu processo nas suas diferentes vertentes, desenvolvendo-se estratégias para a manutenção e melhoria da adesão às medidas terapêuticas que lhe estão prescritas, ou mesmo iniciando-se novas intervenções que visem a promoção da abstinência” (Sicad, 2016,b).

#### d) Comunidades Terapêuticas

“São unidades especializadas de tratamento residencial de longa duração (habitualmente com a duração de 3 a 12 meses), em regime de internamento, onde através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar à reorganização do mundo interno dos utentes, e a perspetivar o seu futuro. As comunidades terapêuticas são assim espaços residenciais, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial do utente, mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases, sendo que a dinâmica comunitária as distingue das restantes abordagens de tratamento. Estes dispositivos terapêuticos operam com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica. Ao proporem uma rutura com o meio onde os consumidores se inserem e através de apoio especializado, têm como objetivo promover o autocontrolo sobre o consumo de drogas, desenvolver as competências pessoais e sociais, tendo em vista a autonomização do utente e a sua plena inserção social.

Visando responder de forma mais adequada aos problemas característicos de grupos de utentes mais vulneráveis, no âmbito do tratamento em comunidade terapêutica estão previstos programas específicos que procuram responder de forma mais abrangente às suas necessidades, quer a nível terapêutico quer de reabilitação social: jovens, grávidas, dependentes de álcool, utentes com doença mental grave concomitante, utentes de evolução prolongada (Sicad, 2016, b).”

Existe um ingrediente crucial nas Comunidades Terapêuticas, que é a “tensão entre permanecer em tratamento e sair” (Coutinho, 2004, p. 215), daí que seja aceitável considerar um determinado número de abandonos. “As taxas de «drop-out» podem ter menos a ver com a insensibilidade do programa, baixa motivação do cliente, frustração do staff ou outros fatores identificados na literatura, que com uma modalidade de tratamento” (p. 215).

e) Unidades de Alcoologia

“São unidades especializados no tratamento de perturbações relacionadas com o álcool, a quem compete prestar cuidados mais diferenciados e integrados, a utentes com problemas de consumo nocivo e de dependência do álcool, moderada a grave. Nos casos de policonsumo, as unidades de alcoologia dão o apoio nas situações em que o álcool for consumo predominante. Dispondo de respostas em regime ambulatorio ou de internamento, estas unidades intervêm com utentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação (Sicad, 2016, b).”

f) Serviços de Saúde Mental

Operando no âmbito dos cuidados de saúde mental, a intervenção dos departamentos / serviços de psiquiatria e saúde mental no tratamento de utentes com comportamentos aditivos e dependências tem lugar quando existe necessidade de respostas mais diferenciadas e específicas, nomeadamente perante quadros de comorbilidade psiquiátrica mais grave, associados ao consumo de substâncias. Estes serviços dispõem de respostas em ambulatorio e internamento, funcionando num modelo multidisciplinar, articulando a sua intervenção com as unidades especializadas em comportamentos aditivos e dependências, o que permite ao utente prosseguir o seu tratamento em todas as áreas que necessita (Sicad, 2016, b).”

g) Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas Hospitalares

“O recurso a estes serviços, frequente no âmbito do tratamento integrado dos utentes com comportamentos aditivos e dependências, decorre dos riscos e danos à saúde física que o curso da sua doença principal habitualmente acarreta. As frequentes comorbilidades físicas são alvo de intervenção destas unidades, a quem compete o tratamento, em ambulatorio ou internamento, de doentes com comportamentos aditivos e dependências que necessitam de cuidados diferenciados e específicos, como é o caso das doenças infecciosas, entre outras” (Sicad, 2016, b). Villalonga referido em Resa (2007, p. 108) estabelece três modalidades de programa de RRMD, concretamente programas de substituição opiácea, programas de consumo e redução de riscos, onde se incluem as equipas de rua e o programa troca de seringas, e programas de sexo seguro, que visa proporcionar educação para a saúde na área da sexualidade e prevenção de riscos sexuais

(Begoña e Martín, 2004, p. 89), concretamente através do fornecimento de preservativos e lubrificantes, da distribuição de material informativo de sensibilização para as infeções sexualmente transmissíveis, de promoção das relações sexuais protegidas e do incentivo à realização de exames médicos que permitam detetar precocemente infeções.

“Se tivermos em conta que em Portugal estes diferentes programas são uma das atribuições das equipas de rua, compreende-se que a intervenção do Serviço Social em equipas de rua se desenvolve no âmbito de um processo de prevenção da pluralização dos riscos, numa lógica de exercício profissional de proximidade, em que se articula a prática paliativa com a prática preventiva e pedagógica. Assim, os referidos programas não têm como finalidade controlar o consumo de substâncias psicoativas, mas sim regular os comportamentos sociais dos consumidores dessas substâncias, recorrendo à metodologia do *face-to-face*, às metodologias participativas e criativas, como forma de valorizar a estratégia de intervenção baseada na comunicação, centrando-se mais nas consequências sociais do fenómeno do que no fenómeno em si. “Na prática, recupera a sua tradição genética de agir sobre a situação problemática, e não sobre o problema, que pode advir de perigos já instalados ou encriptados na sociedade” (Brinca, 2010, p.29).

“O agir profissional necessita de conhecimento sobre o problema para que a sustentabilidade da ação possa reduzir os riscos de um estilo de vida gerado e gerador de riscos. Daí que as práticas profissionais em contexto de rua se denominem por práticas de intervenção sobre o risco, uma vez que este surge aqui, não como uma perspetiva agudizada do problema, mas como o assumir do problema sem colocar em risco todas as pessoas que o rodeiam” (Brinca 2010, p. 29).

Ao abrigo destes programas será possível implementar estratégias de redução de danos tais como: a) Mudanças nas normas sociais para dar lugar à redução dos danos; b) Mudanças com contornos facilitadores para a redução de danos; c) Mudanças nos comportamentos individuais e grupais dirigidos à redução dos danos (Salabert e Tagle, 2006).

### **1.5.2.3 – Outros programas de redução dos riscos**

Na área de redução de riscos existem vários programas, nomeadamente:

a) Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar, “são gabinetes de triagem, apoio e encaminhamento sócio terapêutico que funcionam 24 horas

por dia, 7 dias por semana. Podem funcionar em instalações fixas ou móveis, sendo que as instalações fixas podem ter caráter provisório de acordo com as necessidades e a mobilidade da intervenção, situando-se sempre na proximidade de locais de consumo e reunindo as condições sócio sanitárias necessárias à fidelização dos consumidores”. São estruturas de proximidade que tem como objetivo a “prestação de cuidados básicos de saúde, cuidados de higiene e alimentação mínimos, cuidados de enfermagem, apoio médico e psiquiátrico, a troca de seringas de acordo com a lei, o rastreio de doenças infecciosas, apoio psicossocial que permita uma efetiva aproximação às estruturas de tratamento e que podem fornecer o acesso a programas de substituição de metadona de baixo limiar nos termos legais” (Sicad, 2016 b).

b) Centros de acolhimento, também conhecidos como “espaços residenciais temporários, que funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana, destinados a contribuir para o afastamento de ambientes propícios ao consumo, bem como para encaminhamento social e terapêutico de consumidores em exclusão sócio familiar” (Sicad, 2016 b).

Os Centros de acolhimento podem fornecer aos utentes alojamento, garantir a satisfação de necessidades básicas, tais como a higiene e a alimentação, disponibilizar apoio psicológico e social e cuidados de enfermagem, rastrear doenças infecciosas, fornecer preservativos, bem como assistência médica e psiquiátrica, podendo executar programas de substituição de baixo limiar de exigência de acordo com a lei (Sicad, 2016 b).

c) Pontos de contato e informação são “espaços que se devem situar na proximidade de locais associados ao consumo, em locais frequentados por jovens, especialmente os espaços noturnos de diversão, em estruturas autárquicas ou em estruturas de apoio a consumidores. Estes podem ser fixos ou móveis e estão destinados a evitar ou atenuar o consumo de drogas e respetivos riscos e a informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos das dependências, bem como sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção do consumo” (Sicad, 2016 b).

d) Programa troca de seringas: “estes programas podem funcionar em instalações fixas ou móveis, sendo que as instalações fixas podem ter caráter provisório de acordo com as necessidades e a mobilidade do projeto, situando-se sempre na proximidade de locais de consumo e reunindo as condições sócio sanitárias necessárias à fidelização dos consumidores” (Sicad, 2016 b). Têm como objetivo a prevenção da transmissão de doenças

infeciosas por via endovenosa através do incremento da assepsia no consumo endovenoso, destinando-se, para tanto, a promover a acessibilidade à troca de seringas e agulhas, bem como a filtros, toalhetes, água destilada, ácido cítrico e outros materiais adequados. Estes utensílios são distribuídos manualmente e a pedido e, sempre que indicado, acompanhados de informação escrita sobre os danos e a redução de riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas” (Sicad, 2016 b).

Na segunda modalidade de programas de RRMD destacam-se os programas de troca de seringas (PTS), em que se aumenta o número de seringas disponível gratuitamente e se favorece a recolha de outras já utilizadas. Além do mais, é ao abrigo destes programas que se procede frequentemente ao acompanhamento, encaminhamento, orientação, apoio social, psicológico e jurídico, cuidados de enfermagem e apoio médico.

Em Portugal, de acordo com o art. 50.º do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, o PTS pretende prevenir “a transmissão de doenças infecciosas por via endovenosa através do incremento da assepsia no consumo intravenoso” (Sicad, 2016 b).

Os centros de emergência socio-sanitária, por vezes associados às unidades fixas das equipas de rua, são estruturas em que operam equipas multidisciplinares, cuja atuação se pauta por critérios técnico-científicos. Os centros de emergência prestam diferentes tipos de serviços, desde avaliações diagnósticas, à cobertura de necessidades básicas como a higiene, o vestuário e a alimentação, pontualmente. É o utente que se dirige às instalações quando e se desejar (Resa, 2007).

e) Programas para consumo vigiado, “visam o incremento da assepsia no consumo intravenoso e conseqüente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo, bem como a promoção da proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento, através da criação de locais de consumo” (Sicad, 2016 b).

### **1.5.3 – Programas em equipas de rua**

Em equipas de rua o foco social diversifica-se, na medida em que se lida com a vida pessoal, familiar, psicológica, social, clínica, entre outras, dos utentes. Tal como referem Salabert e Tagle (2006, p. 275), o trabalho na área do consumo de substâncias psicoativas

supõe “um desafio na capacidade de comunicação e de competência para se trabalhar de forma complementar com diversos profissionais”.

As equipas de rua atuam também ao abrigo de programas de consumo e de redução de riscos, “no espaço público onde o consumo de drogas seja vivido como um problema social”, de acordo com o art.º 58 do Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. Estas especificações implicam que as ações preventivas, recuperadoras, assistencialistas e mediadoras das equipas de rua, coloquem a dimensão individual do indivíduo em interação com a dimensão grupal e essencialmente comunitária, daí a lógica da promoção da educação para a saúde e da salvaguarda da saúde pública, articulando e impulsionando o convívio, a participação social do utentes com a comunidade onde estão mais ou menos inseridos, visto ser nesta comunidade que estão os serviços especializados, os recursos comunitários e os sistemas de proteção social (Resa, 2007).

No âmbito deste trabalho interessa destacar as atribuições e competências das equipas de rua. Assim, estas visam prestar apoio aos consumidores de substâncias psicoativas, na perspetiva da redução de riscos, e fomentar a sua integração em processos de recuperação, tratamento e de reinserção, através do desenvolvimento de ações articuladas de sensibilização, orientação e encaminhamento (Mikkonen, 2007; Resa, 2007; Goodman, 2009).

Estas equipas de rua podem-se instalar em espaços móveis destinados a desenvolver uma estratégia de proximidade como meio de informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos da adição e sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção do consumo, assim como para o controlo de segregação/discriminação.

Os seus princípios de atuação prendem-se com o desenvolvimento de ações de formação e de sensibilização à comunidade em geral, aos familiares dos utentes e nas escolas, efetivando-se, assim, a *tríade preventiva*. Daqui se depreende que a prioridade de intervenção das equipas de rua se situa no nível preventivo. Dentro das estratégias de prevenção, é dado destaque à prevenção primária que visa a redução dos riscos de consumo de substâncias psicoativas através de estratégias centradas em tarefas e na comunicação, que contribuem para promover atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis. Neste âmbito, as equipas de rua deslocam-se num veículo simples ou adaptado, neste caso com condições que permitem conceder apoio social, psicológico e de saúde, uma vez que está

devidamente equipado, podendo, inclusive, ter um gabinete no seu interior, o gabinete móvel. Estas ações têm por objetivos melhorar a qualidade de vida dos utentes, promovendo respostas integradas de várias áreas à sua condição. Estes serviços são fundamentais para muitos dos utentes, tendo em conta que muitos, designadamente os utentes passageiros ou flutuantes (por exemplo, consumidores de substâncias psicoativas que se deslocam às equipas de rua sazonalmente), vivem em situações de exclusão e de discriminação social.

O trabalho em equipas de rua pode ter como ações a divulgação de informação e a formação, relativamente à promoção da redução dos riscos e danos inerentes ao consumo de substâncias psicoativas, através de distribuição de folhetos informativos, divulgação dos serviços prestados, ações de informação e de sensibilização, contribuindo desta forma para a prevenção das doenças infetocontagiosas. A sua atuação também pode pautar-se por ações relacionadas com os cuidados de saúde, nomeadamente, primeiros socorros, cuidados de higiene básicos, cuidados de enfermagem, programa de substituição opiácea, consulta e avaliação médica, vacinação, rastreios, terapêutica medicamentosa, consulta psiquiátrica, entre outras (Mikkonen, 2007; Brinca, 2010).

As diferentes equipas de rua que se podem encontrar em Portugal prestam apoio psicossocial, contínuo, de forma a evitar, atenuar regressões, podendo ser efetivado de diversas formas: triagem, apoio social, apoio psicológico, avaliação psicossocial, aconselhamento, encaminhamento, acompanhamento, intervenção em situação de crise, apoio jurídico, lavandaria, fornecimento de roupa, atividades ocupacionais, reuniões de grupo, *ateliers* diversos, entre outros (Formulário de Candidatura RRMD do Sicad, 2015 a)).

Também denominadas estruturas de proximidade, as equipas de rua funcionam em articulação com as estruturas de Saúde Pública, permitindo o acesso do consumidor de substâncias psicoativas a consultas médicas e de enfermagem, a rastreios de doenças infetocontagiosas tais como as hepatites, o VIH e a tuberculose, assim como o encaminhamento dos utentes para as equipas de tratamento (ET), com vista à sua entrada em programas de substituição ou ao reencaminhamento para Comunidades Terapêuticas.

Procedem à troca e distribuição de kits de material asséptico (seringas, caricas, ácido cítrico, algodão, água bidestilada, filtros), preservativos, pequenas refeições/snacks, material

de higiene (lâminas de barbear, sabonetes, champôs, cremes, escova de dentes e pasta dentífrica, por exemplo) e vestuário (Formulário de Candidatura RRMD do Sicad, 2015 a)).

O perfil de utentes em equipas de rua é difícil de estabelecer, devido à escassa assiduidade dos mesmos. De qualquer forma, é possível caracterizar os utentes flutuantes, esporádicos, que recorrem à estrutura física em caso de emergência e que se ausentam por períodos de tempo longos, e os designados utentes sazonais ou de época.

Por cada novo utente entende-se o utente inscrito, que recorreu pela primeira vez aos serviços prestados pela equipa de rua e que possui problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Este mesmo utente pode transformar-se em utente flutuante, estando ausente por um determinado período de tempo, e regressar à equipa de rua, transformando-se numa readmissão.

Quando se fala em caracterização da população de risco, fala-se essencialmente na população de risco não consumidora, por exemplo, sem abrigo e trabalhadores de sexo, e nos consumidores de opiáceos, de cocaína, de drogas de *design*, de cannabis, álcool e outras substâncias, indivíduos em PSOBLE (Programa e Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência), consumidores de substâncias psicoativas (CSP) sem enquadramento sóciofamiliar, indivíduos em fase de abstinência e em processo de tratamento, ex-reclusos que estiveram em processo de tratamento, entre outros (Formulário Candidatura RRMD, Sicad, 2015 a)).

Relativamente à política de RRMD inerentes ao uso de drogas, estas equipas, apoiam-se no princípio de que por mais eficaz que seja o combate ao consumo e ao tráfico, haverá sempre quem consuma, seguindo as recomendações de Sánchez (2007) e Custo *et al.* (1993).

Segundo o Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, são atribuições das equipas de rua:

a) Divulgar utensílios e programas de redução de riscos; b) Fornecer informação no âmbito das dependências; c) Interagir com os consumidores face a situações de risco; d) Promover o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco; e) Intervir nos primeiros socorros face a situações de emergência ou de negligência; f) Substituir seringas, de acordo com a lei.

Para agir ao encontro da política de RRMD, é necessário ter em conta os diferentes riscos que o consumo de substâncias psicoativas pode envolver. De acordo com Patrício (1997, p. 267) esses riscos podem ser:

- 1) Físicos, entendidos como infecção por doenças infetocontagiosas, sobredosagem, intoxicação, flebites, trombozes, etc.;
- 2) Psíquicos, situação de “paragem ou regressão no desenvolvimento psicológico, perturbações de comportamento, dificuldades intelectuais, quadros psicopatológicos, perturbações de ansiedade, perturbações do humor, riscos afetivos (conflitos, abandonos, perdas de relações investidas, ruturas com as pessoas amadas, solidão)”;
- 3) Familiares, quando se verificam situações de manipulação, inversão dos papéis familiares, ruturas com parentes, “risco de exclusão” da família;
- 4) Riscos de parentalidade, por exemplo, “gravidez indesejada, gravidez de risco, interrupção da gravidez”, entre outros.

A esta lista pode acrescentar-se o risco escolar, por exemplo de abstinência, insucesso ou abandono escolar; os riscos financeiros e económicos de endividamento e perda de património; os riscos jurídico-penais, associados a atos de vandalismo, a furto; riscos sociais de marginalização, delinquência e exclusão social e, por fim, riscos de tratamento, associados às tentativas goradas de tratamento ou pseudotratamento (Patrício, 1997, p. 267).

Reconhece-se que uma intervenção precoce permite diminuir os riscos referido, contribuindo para a diminuição de danos e para o impacto que os consumos exercem no meio envolvente. No entanto, não se deve ignorar os consumidores que querem continuar a consumir. Esta obrigação exige que os profissionais da equipa de rua desenvolvam uma atitude de reflexão sobre os seus princípios e valores, adotando uma atitude de tolerância, assumindo, como Patrício (1997, p. 270) que quando é “inútil lutar contra a abstinência, vale mais ajudá-las a lidar com o consumo, minimizando desta forma os riscos e danos”.

Os consumidores por via endovenosa devem ser informado dos riscos relacionados com a assepsia, educando para que o consumo seja feito preferencialmente em locais limpos e da forma mais higiénica possível, além de lhes ser ensinado a forma de administrar corretamente uma injeção endovenosa, além da já referida disponibilização de material. No domínio da sexualidade, o acesso livre a preservativos dá conta dos danos provocados pelas DST. A saúde dos consumidores de substâncias psicoativas deverá ser sempre uma preocupação dos elementos das equipas de rua, que deverão encaminhar devidamente o consumidor e acompanhá-lo, se o mesmo desejar.

De acordo com Almeida (2002), os Assistentes Sociais também podem prestar auxílio no apoio jurídico, nomeadamente nos seus direitos e deveres, podendo desempenhar todos os perfis de Mediação Social, desde a assistência, à consciencialização, passando pela assessoria, a formação, a representação e o compromisso.

Em síntese, neste primeiro capítulo, foi efetuada uma aproximação ao objeto de estudo, contextualização da problemática da adição, da dependência e da doença, classificando as substâncias psicoativas e os seus efeitos no sistema nervoso central. Abordaram-se os programas de consumo e de redução de riscos, através de orientações nacionais e internacionais. Evidenciou-se a evolução da política de droga em Portugal (programas e planos de intervenção), terminando com a apresentação e caracterização da rede de respostas em comportamentos aditivos e dependências, salientando os programas com equipas de rua. No capítulo seguinte abordar-se-á o Serviço Social enquanto profissão entre o controle, a ajuda e os direitos, passando pela dimensão teórica-metodológica e axiológica, situando a atuação na área de toxicodependência em equipas de rua.



## **CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E ÉTICOS**

### **2.1 – Serviço Social: uma profissão entre o controle, a ajuda e os direitos**

O Serviço Social é considerado uma área do conhecimento das ciências sociais e humanas e uma profissão da mudança social, justiça social onde os direitos humanos se destacam. É uma profissão complexa que se institucionalizou no início do século XX, mas a sua génese é anterior a esse período (Carvalho e Pinto (coord), 2015; Martins, 1999; 2010). De acordo com Montaño (2007), podemos identificar duas teses para explicar a natureza do Serviço Social: a tese endogenista e a tese histórico-crítica.

A tese endogenista argumenta que a “o Serviço Social teve origem na evolução, organização e profissionalização nas formas anteriores de ajuda, de caridade e da filantropia” (Montaño, 2007, p. 23). Nesta perspetiva o Serviço Social é explicado através de etapas. Boris Alexis Lima (1986) identifica 4 etapas históricas relacionadas com os métodos e instrumental profissional que vão desde a etapa pré técnica (caraterizada pela caridade, beneficência e filantropia, vigente até à Idade Média), a etapa técnica, a pré-científica e a científica (Montaño, 2007, p. 23). Esta posição é defendida por vários autores: Balbina Ottoni Vieira (1976); Natálio Kisnerman (1983); Ezequiel Ander Egg (1984); Ana Augusta de Almeida (1989); Montano, (2007).

A segunda tese está “vinculada à intervenção” do Serviço Social “na «questão social»” (Montaño, 2007, p.19-20). Esta tese tem consequências e repercussões na atualidade com influência do movimento de reconceituação latino-americano, nos anos 60/70 e apresenta duas vertentes: modernização com índole conservadora ou ruptura e superação.

A crise capitalista provocou transformações sociais, às quais o Serviço Social teve de se adaptar. Esta adaptação passou por uma introspeção/reflexão interna, relativamente aos seus pressupostos de intervenção e objetivos. Toma-se consciência da existência de um Serviço Social Clássico e da necessidade de um Serviço Social Alternativo, mais conceptualizado que por sua vez desenforme novas metodologias de intervenção que pressupõe uma aproximação às Ciências Sociais, para fazer uma re-avaliação de si mesmo, e para redescobrir/resgatar a sua identidade profissional.

A ruptura com a herança clássica expressa-se com uma procura, um luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que, reconhecendo as

contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, procura colocar-se, objetivamente, ao serviço dos interesses dos usuários. Isto é, o profissional é mobilizado na implementação de políticas sociais, o que implica, por sua vez, (...) o enriquecimento do instrumental científico de análise da realidade social e o acompanhamento atento da dinâmica conjuntural (Iamamoto, 1992, p.37).

A segunda tese, dentro desta perspectiva reconceitualizadora, está relacionada com esta perspectiva histórico-crítica, onde o surgimento da profissão é assumido como produto da síntese dos projetos político-económicos que operam no desenvolvimento histórico, onde se reproduz material e ideologicamente a fração de classe hegemónica, quando, no contexto do capitalismo na sua idade monopolista, o Estado toma para si as respostas à «questão social» (Montanõ, 2007, p. 30). Para Montanõ (2007) esta tese é defendida pelos seguintes autores: Marilda Villela Iamamoto (1994; 2004), Vicente de Paula Faleiros (2001), José Paulo Netto (2002).

Esta perspectiva assume um papel político para o Assistente Social, uma vez inserido na divisão sociotécnica no trabalho, tendo como obrigação intervir e participar na reprodução das forças de trabalho, nas relações sociais, bem como na ideologia dominante. O Serviço Social constituiu-se como um projeto ético e político tendo como referencia a contradição capital trabalho e a defesa dos direitos através da ação coletiva (Iamamoto, 1994; 2004; Faleiros, 2001; Netto, 2002).

O “ projeto ético e político do Serviço Social implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aperfeiçoamento intelectual do assistente social. Daí a ênfase numa formação académica qualificada, fundada em conceções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da realidade social – formação que deve abrir a via à preocupação com a (auto) formação permanente e estimular uma constante preocupação investigativa” (Netto, 2012, p. 16).

O Serviço Social é desafiado a pensar que “a resolução da «crise da profissão» reduz-se, constantemente, a um maior aperfeiçoamento técnico-instrumental; vincula-se ao reconhecimento, pelas instâncias responsáveis pela elaboração e implementação das políticas sociais, das potencialidades daquele instrumental, para atuar sobre a «questão social»” (Iamamoto, 1992, p.35), tendo em conta os “direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança clássica e

conservadora do passado” (Iamamoto, 2004, p. 22). Esta abordagem requer uma posição crítica face à realidade social, onde não há questões pré-determinadas, mas antes resultantes das condições estruturais, políticas e direitos de uma determinada sociedade. Nesta linha de análise o Serviço Social é composto por teorias e metodologias, por um instrumental técnico científico e por um projeto ético político (Netto, 2011; Iamamoto, 2004).

O Serviço Social confronta-se pela sua permanente atuação em contextos de risco social, entre o empoderamento e a capacitação, entre o assistencialismo e o seu caráter de regulação. As contradições são seu “campo de batalha”, com o objetivo de diminuir as situações de risco e de minimizar os danos de um estilo de vida adotado por indivíduos, grupos e/ou comunidades, onde cada um, à sua maneira, assume as consequências das suas escolhas. Autés (1999) aponta este paradoxo do Serviço Social: se por um lado se procura o controlo da sociedade pela instrumentação regulada do Estado, também se pretende a tão esperada emancipação e o acesso à cidadania por parte de todos os cidadãos, incluindo os que se encontram em estado de exclusão social ou em risco de exclusão. Mas para além dessa relação “de dominados e de dominantes” compete ao Serviço Social como refere assumir que “a função atribuída ao Serviço Social é uma função de comunicação ou mediação no sentido de estabelecer a comunicação, ser intermediário entre grupos e pessoas, entre instituições e cidadãos, entre oferta e procura” (Hoven, 2002, p.97).

O modelo de Serviço Social na atualidade pode ser caracterizado pelo menos em dois tipos: o convencional clássico (ilustrado na tese da endogenista) e o não convencional/alternativo (ilustrado na tese histórico-crítica). A primeira abordagem, mais antiga, deu história ao Serviço Social, constituído pelos métodos profissionais do Serviço Social de Caso, Grupos e Comunidades para além dos métodos complementares de administração, de planeamento e o método clássico de pesquisa (Vieira, 1969). O desenvolvimento de uma relação de ajuda mais informal e de maior proximidade, não tão focalizada no problema, mas, sobretudo, no sujeito de intervenção, levou à caracterização do designado método integrado (pedido, diagnóstico, planeamento e acompanhamento e avaliação) (Robertis, 2011). Este método centra-se na procura de soluções, na mudança social, que permite focar os pontos de interesse de um grupo e/ou comunidade, desenvolvendo atividades de interesse comum, tendo em conta as necessidades

identificadas e a solução da situação-problema, ou seja, os problemas concretos daquela realidade social comunitária.

### **2.1.1 – Dimensões Teóricas e Metodológicas**

O pensamento do Serviço Social pode ser integrado em termos epistemológicos em diferentes paradigmas os quais integram teorias, metodologias, crenças e valores. Howe (1999, pp. 88-90, citando Leonard, 1975) assume que em termos teórico metodológico o pensamento do Serviço Social tem quatro grandes tendências: humanismo radical (também conhecidos pelos consciencializadores); estruturalismo radical (os revolucionários); interpretativismo (buscadores de sentido); funcionalismo (os reparadores). Outros autores também afirmam esta posição (Healy, 2001; Payne, 2002; Garcia, 2003; Carrilo, 2007; Viscarret, 2007).

O funcionalismo é um paradigma que destaca a importância da compreensão subjetiva das ciências sociais, e onde as questões e as respostas estão impregnadas de valores (Howe, 1999, p. 58). Assume-se que as ciências sociais são socialmente determinadas e as influências ideológicas são centrais, por isso é importante estudar o contexto socioeconómico das teorias. O interpretativismo assume que o mundo só pode ser compreendido subjetivamente sendo necessário compreender as situações do ponto de vista dos implicados, e por isso é importante ter atenção às suas ideias e intenções. Assume-se que a realidade é uma construção social, sendo importante compreender os significados subjetivos e a experiência do outro.

O humanismo radical centra-se numa mescla entre humanismo e política e assume que estas dimensões objetivas da sociedade, a estrutura, e as subjetivas, os valores e cultura, assim como a consciência do indivíduo, estão interligados. O estruturalismo radical adota uma análise crítica do Estado e do lugar que os serviços têm nesse enquadramento - distribuição do poder. Parte-se do princípio de que todos os assuntos ou questões pessoais são assuntos públicos. O método defendido por esta teoria baseia-se na ação coletiva – trabalhar com as pessoas (Freire, 1979).

Mas no Serviço Social há alguns elementos mediadores que interferem nesta construção teórica e metodológica: o profissional, o “cliente” e cidadão e, as instituições sociais/contexto. São estes elementos que contribuem para o conhecimento construído em

Serviço Social (Payne, 2002). As teorias e metodologias em Serviço Social podem ser compreendidas quanto ao papel que o Serviço Social tem na sociedade. Assim Payne (2002) apresenta as seguintes abordagens:

- abordagem individualista-reformista em que a finalidade do Serviço Social é a de resolver problemas a ajustar o indivíduo à sociedade. A ideia é a de promover reformas para ajustar o indivíduo à sociedade.

- abordagem reflexiva – terapêutica e tem como finalidade desenvolver capacidades em indivíduos, grupos e comunidades para atingir um nível de desenvolvimento pessoal, e promover a integração no ambiente no sentido de satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos. Permite que estas utilizem os seus atributos para lidar com a realidade. Centra-se no humanismo e não na diretividade. Centra-se na pessoa e na interação do sujeito com a sociedade. O que interessa nesta abordagem é transformar a estrutura da sociedade, o modo como esta funciona, pois é esta que origina a desigualdade, opressão, e a injustiça. Este posicionamento crítico é transformacional ou emancipatório.

### **2.1.2 – Dimensão Técnico-Operativa**

O Serviço Social tem igualmente uma dimensão técnica operativa. Esta representa a forma de “aparecer” da profissão, isto é o modo pelo qual a profissão é reconhecida: como profissão interventiva, formativa e investigativa (Santos *et al*, 2012, p. 19). A dimensão técnico-operativa representa também o conjunto de ações e procedimentos adotados pelo profissional visando à concessão de uma determinada finalidade e dos objetivos de ação (Santos *et al*, 2012, p. 20). Aí se encontram estratégias táticas, instrumentos e técnicas, conhecimentos específicos, procedimentos, ética, cultura profissional e institucional e realidades particulares. Este manancial técnico operativo requer mediação, consciencialização, participação e envolvimento entre os vários intervenientes e processos.

#### **2.1.2.1 – Instrumentos Diretos e Instrumentos Indiretos**

A aplicabilidade das técnicas diretas e indiretas devem estar em constante articulação com as dimensões teórico-metodológicas – para compreender o real e investigar novas questões – e com a dimensão ética e política (axiologia) como enquadramento do agir profissional. A articulação destas dimensões permite ponderar as alternativas viáveis para a

realização da ação, bem como a de projetar a ação em função dos valores e finalidades e avaliar as consequências da ação, considerando as demandas da população e os contextos, tendo como referência a totalidade (Santos, 2008, p. 19).

“What is therefore that the skilled practitioner brings to working with clients? It is the ability to form a relationship with the client and through this flows: ‘the mobilization of the capacities of the individual and the mobilization of community resources; through it also flow the skills in interviewing, study, diagnosis, and treatment” (Biesteck, 1957, p.4).

Os instrumentos do Serviço Social não são, por isso, estanques. Os diferentes contextos sociais levam à necessidade de se recriar e de se reinventar todos eles e, mesmo, o próprio Serviço Social. Subdivididos em instrumentos de metodologia direta e instrumentos de metodologia indireta (Ranquet, 1996), permitem que o discurso se enuncie “não só pela palavra, mas também pelo olhar, pela linguagem gestual, pela entoação, que vão contextualizar e, possivelmente, identificar subjetividades (...), [expressando] uma interação dinâmica” (Magalhães, 2003, p. 29).

Couto (1992 apud Zanetti, 1992, s/p) refere que os instrumentos, “elementos técnicos operativos”, como relatórios, pareceres, entrevistas, visitas domiciliares, investigação, planejamento, “são elementos constitutivos do processo de trabalho”, sendo necessário proceder a uma qualificação desses mesmos instrumentos, dando-lhes consistência e aplicabilidade. Santos (s.a.) acrescenta que os instrumentos não devem ser usados como um fim, “mas também deles não pode prescindir, para que a sua ação cotidiana não se transfigure na prática pela prática, burocratizando-se e perdendo-se no senso-comum” (p.6).

As técnicas que se sustentam em instrumentos são também de dois tipos, técnicas que permitem formar uma opinião e definir o plano de trabalho, designadas técnicas individuais, ou técnicas de observação (Vieira, 1969). Roberts e Pascal (1994, p. 45) definem como técnica os “procedimientos operativos rigurosos, bien definidos, transmisibles, susceptibles de ser aplicados de nuevo en las mismas condiciones, adaptados al tipo de problema y de fenómeno en cuestión”, como as entrevistas, as técnicas de animação, entre outras. Os mesmos autores distinguem as técnicas de análise, das técnicas de intervenção, sendo as primeiras próprias para a aquisição de conhecimentos.

As dificuldades de intervenção com grupos heterogêneos, que têm a mesma patologia ou problema, por exemplo, mas que possuem personalidades, condições e meios diversos,

exigem metodologias diversificadas, o que faz com que o Assistente Social recorra a vários instrumentos de trabalho, ferramentas de intervenção ou ferramentas técnicas do Serviço Social, (Ferreira, 2009, p.357), tanto instrumentos diretos, *face to face*, como instrumentos indiretos, por escrito (Ranquet, 1996, p. 300).

Granja (2008, p. 357) distingue instrumentos de divulgação, de instrumentos pedagógicos, assume que a produção desses mesmos instrumentos cabe aos Assistentes Sociais. Refere que “fazer relatórios, projetos, discursos para outrem ler, produzir instrumentos de divulgação ou pedagógicos, organizar processos, regulamentos, são normalmente atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais, e nas instituições em que são os únicos profissionais com formação superior é uma sua capacidade exclusiva” . Como argumenta García e Romero, referidos em Rodrigues e Pinto, (2014, p. 254) na fase de intervenção o Assistente Social “costuma utilizar três técnicas complementares entre si: a entrevista, a observação e o contrato”, que correspondem aos instrumentos *face to face* ou técnicas verbais de Ranquet (1996, p.300) ou aos instrumentos diretos de Sousa (2008, pp.119-132).

Já nos instrumentos indiretos ou técnicas não-verbais identificam-se o diagnóstico social, o mapa de rede pessoal e social, o ecomapa, o genograma, o *road map* (Calvo, 2009, p.54), as atas de reunião, as informações sociais, os relatórios sociais, os diários de campo e o livro de registo Diário. De acordo com as diferentes fases do processo metodológico, Brezmes (2001, p.196-199) e García; Romero (2014, p.254) agrupam os instrumentos da seguinte forma:

**Quadro 2 – Instrumentos por fases metodológicas**

<b>Fase</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Instrumentos (exemplos)</b>
Primeira fase - Diagnóstico	Técnicas gráficas	Genograma, Mapa de Relacionamentos, Ecomapa, Mapa de Redes, Culturograma, Fluxograma, Linha do Tempo
Segunda fase - Intervenção	Entrevista não estruturada, audições, campanhas informativas, visita domiciliária, etc.	Guia de sessão de grupo, atas, relatórios, guia de sistematização da intervenção grupal, guião de entrevista, cartazes, questionários, gravações, estatísticas
Terceira fase - Avaliação	Entrevista de avaliação, inquéritos, testes, escalas, documentação biográfica, reuniões	Questionários, estatísticas, relatórios

**Fonte:** Elaborado pela própria com base em Brezmes (2001, p.196-199 ) e García e Romero (2014, p. 254).

Um dos procedimentos mais amplamente utilizado, o diagnóstico social, insere-se na fase do estudo preliminar, que inclui a primeira aproximação à problemática em que se procederá à atuação. Baptista (1979, p. 68) acrescenta a fase da programação, elaboração do projeto de intervenção, com objetivos, alternativas e estratégias, e implementação do mesmo. Ainda numa fase inicial, as reuniões de estudo e de serviço referidas por Vieira (1969, p. 241), permitem, por um lado, melhorar os processos e as técnicas e capacitar os recursos humanos envolvidos, por outro lado, as reuniões de serviço são de teor mais administrativo e visam “o planeamento do trabalho, discussão de normas, aplicação de regulamentos”.

Ainda nas fases preliminares, Vieira (1969, p. 241) aconselha a realização de reuniões em pequenos grupos de utentes, pois assim consegue-se estudar a situação problemática, estimular os utentes mais tímidos e controlar os mais agressivos e promover um “trabalho em parceria e cooperação”. As entrevistas individuais, também aconselhadas por Vieira (1969 p. 241), constituem-se como um “meio de obter a participação do [utente] no estudo do problema que o afeta, na escolha da melhor solução e na execução de providências cabíveis”. As entrevistas permitem também a angariação de informação sobre a situação social, pessoal, profissional e económica do utente, sendo por isso uma técnica essencial para a prática do Serviço Social. Nas palavras de García e Romero (2008) referidos em Rodrigues Pinto (2014, p. 255), a importância da entrevista reside no facto de que ela “representa a relação interpessoal de apoio profissional entre o utente e o Assistente Social, através da qual se troca informação”. Para além, das reuniões em pequenos grupos, das entrevistas individuais, ainda há lugar às visitas domiciliárias, que permitem ao Assistente Social estudar o meio envolvente e observar a comunidade, em simultâneo com o atendimento (Vieira, 1969, p.206).

Robertis (2011) distingue intervenção direta de intervenção indireta. Na intervenção direta o Assistente Social e o utente estão implicados no processo de intervenção social. Já na intervenção indireta o Assistente Social desenvolve um conjunto de intervenções sem estar frente a frente com o utente. Ou seja, organiza um conjunto de ações com o objetivo de organizar e planificar as intervenções, mas sem a participação ativa e direta do mesmo.

### 2.1.2.2 – Caraterização dos Instrumentos Diretos

Como se referiu no ponto anterior, podemos ter instrumentos por fases metodológicas, e estes, podem ser agrupados em duas categorias, diretos e indiretos.

Nos instrumentos diretos podemos identificar os específicos do Serviço Social.

Sinalização de Casos – Acolhimento - corresponde ao momento em que o Assistente Social toma conhecimento da situação-problema em causa e estabelece o primeiro contato com o utente. O pedido pode surgir através de solicitação direta do utente ou de forma indireta, por indicação de uma instituição ou serviço, por recomendação legal ou pela deteção de problemas levada a cabo por um Assistente Social ou grupo de Assistentes Sociais.

Atendimento/Acompanhamento Social representa três modalidades: atendimento de primeira linha, ou acolhimento social; atendimento de segunda linha, ou acompanhamento social, e atendimento de terceira linha, ou acompanhamento especializado (Guião Operativo para o Atendimento/Acompanhamento Social, emitido pela Segurança Social). De acordo com Patrício (1997, p. 159) “para acolher é necessário saber fazê-lo e ter disponibilidade.” No caso específico do atendimento a consumidores de substâncias psicoativas, o mesmo autor acrescentar que “é necessário ter conhecimentos, dispor de informação o mais correta possível e depois de tempo para o fazer. Sem tempo, sob a pressão de muito trabalho, trabalhando num ambiente tenso, não é possível fazer uma boa avaliação”. É no acompanhamento social que as equipas de rua aplicam diversas técnicas, como a entrevista, as visitas domiciliárias, as “ações junto de pessoas significativas, concertação de estratégias com outros profissionais, intervenção psicossocial com famílias, apoio a nível da reclamação e reivindicação de direitos (*advocacy*), intervenção ao nível das organizações e orientação para estruturas da comunidade” (Silva, 2001, p.145).

O acompanhamento especializado refere-se a um atendimento que trabalha em concreto uma determinada vertente do problema detetado, no âmbito do diagnóstico realizado durante o acompanhamento social, abrangendo os utentes do atendimento de segunda linha com necessidade de apoio específico, por exemplo, apoio jurídico, psicológico, psiquiátrico, entre outros. É efetuado por serviços e/ou profissionais especializados em determinadas áreas, como: juristas, psicólogos, educadores sociais ou outros. Nos acompanhamentos de casos, a contratualização surge como elemento central da

intervenção. O contrato permite “confrontar os objetivos e o projeto de intervenção do Assistente Social com os do cliente, de explicitar e negociar em conjunto as escolhas que se impõem por forma a desenvolver a mudança desejada e prever a forma e a duração do trabalho” (Roberts e Pascal, 1994, referidos em Silva, 2001, p.125).

A Entrevista de diagnóstico permite recolher informação diversificada como “substância (s) consumida (s), os padrões de consumo, as vias de administração usadas, a história de consumos, a existência de eventuais tentativas prévias de tratamento, a história familiar, o estilo de vida e a eventual existência de problemas jurídico-legais (Becoña e Vázquez, 2001, referidos em Nunes e Jolluskin, 2007, p.130). Cada profissional, através do seu saber-saber, saber-fazer e saber-experiência, vai aperfeiçoando e adotando um estilo próprio de entrevistar.

A Entrevista de ajuda motivacional é uma ferramenta de assistência centrada no utente e “que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias” (Sánchez, 2007, p.239). Desenvolvida por Miller (1983) e Rollnick (1991), a entrevista motivacional é um método diretivo, que conduz à mudança no utente. Os princípios gerais que guiam a entrevista motivacional são, de acordo com Rahioui e Reynand (2008), a empatia, o apoio à eficácia pessoal, debelar da resistência e desenvolvimento de discordâncias. As estratégias utilizadas durante uma entrevista motivacional podem agrupar-se nas seguintes categorias:

- Questões abertas (*open-ended questions*): questões que levam o utente a desenvolver as suas respostas;
- Reforço (*affirmation*);
- Escuta reflexiva (*reflective listening*);
- Resumos (*summaries*)

A Visita Domiciliária pode ser definida como uma “entrevista efetuada no domicílio do utente que visa aprofundar a compreensão diagnóstica, o estudo e observação do ambiente familiar” (Rocha, s/a). De acordo com Amaro (2015, p. 20) o Assistente Social é “o profissional mais qualificado para a execução de visitas domiciliárias, dada a sua especialidade e formação” .

A Visita Institucional verifica-se quando o Assistente Social por motivos profissionais se desloca a outras instituições de cariz público ou privado, com o objetivo de observar e verificar as condições de acesso a determinados serviços sociais e/ou de saúde. Também podem ocorrer quando o Assistente Social quer perceber que tipo de vínculo relacional, o utente que está a acompanhar tem, com outras instituições, e o tipo e a qualidade dos serviços que essa instituição oferece. No fundo, nas palavras de Sousa (2008, p. 119) o que se pretende é “conhecer e avaliar a qualidade da política social – o que requer do profissional um intenso conhecimento teórico e técnico sobre políticas sociais”.

A Supervisão pode ser assumida como uma estratégia de intervenção na medida em que o seu propósito é o reforço dos aspetos positivos da intervenção, numa análise de crítica e construtiva. Deverá ser percecionada como um instrumento de melhoria dos serviços prestados aos consumidores de substâncias psicoativas (Ferreira, 2009; Goodman, 2009). Para Mikkonen, Kauppinen, Houvinen & Aalto (2007) a supervisão pode ser definida como um método de trabalho que permite a prestação de cuidados e serviços com qualidade, assim como o crescimento do pessoal e profissional de quem a executa.

De acordo com Carapinha *et al.*, (2009, p. 53) “a supervisão constitui assim uma ferramenta que permite: o desenvolvimento da equipa (a discussão da evidência científica e a reflexão sobre as práticas profissionais enquanto forma de incrementar a identidade profissional do técnico, as suas competências e conhecimento, aumentando ainda a consciência do impacto das suas atitudes nos utentes), assegurar a qualidade do trabalho e disponibilizar suporte emocional, através de um espaço onde cada elemento pode partilhar o impacto da intervenção em si e receber apoio sobre a melhor forma de gerir este impacto”.

Para além dos instrumentos específicos do Serviço Social, ainda podemos identificar outras técnicas das ciências sociais utilizadas na intervenção direta em Serviço Social.

A Observação-Participante “é um processo rigoroso de pesquisa, que permite descrever situações e/ ou contrastar hipóteses, sendo, portanto, uma técnica científica que fornecerá ao Assistente Social fiabilidade, validade, precisão e objetividade na sua intervenção” (García e Romero, 2014, p.255). De acordo com García e Romero (2008, p. 123), falar de observação é falar de “comunicação verbal, comunicação analógica e a visita domiciliária”.

O Inquérito por Questionário ou “questionário estruturado limita o sujeito às questões formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar ou de precisar o seu pensamento. As questões são concebidas com o objetivo de colher informação factual sobre os indivíduos, os acontecimentos ou as situações conhecidas dos indivíduos ou ainda sobre as atitudes, as crenças e intenções dos participantes” (Fortin (1999, p. 249). É muito utilizado nas entrevistas com o intuito de orientar a atuação do Assistente Social e aprofundar determinados fatores, acontecimentos e momentos marcantes da vida do utente.

As Dinâmicas de Grupo começaram a ser utilizadas como forma de trabalho de pesquisa sobre comportamentos humanos em pequenos grupos, na área da Psicologia Social, sendo hoje utilizada na área da formação profissional, do Serviço Social, da gestão de recursos humanos, na mediação social. Segundo Fligie *et al.* (2004, p. 5), as dinâmicas de grupo são “formas indiretas de lidar com temas variados que envolvem questões interpessoais, intrapessoais, afetivas, até questões mais práticas e objetivas como treinamento ou aperfeiçoamento de habilidades, entre outras”.

Podemos afirmar que existe relação entre os instrumentos diretos descritos, ou seja, uma interação dinâmica entre todos eles, podendo ser interrelacionados numa única intervenção. A observação participante existe na entrevista, nos inquéritos por entrevista, nas visitas domiciliárias e nas visitas institucionais. O poder da palavra e da observação são cruciais em todos os instrumentos analisados e exemplificados.

### **2.1.2.3 – Caracterização dos Instrumentos Indiretos**

Dentro das técnicas indiretas podemos identificar vários instrumentos, sendo eles, o diagnóstico social, o genograma, ecomapa, entre outros, também conhecidos por técnicas gráficas (Brezmes, 2001).

Quando falamos no diagnóstico social, associamos imediatamente a referência clássica de Mary Richmond (1950). Relativamente à concetualização e evolução do diagnóstico, Vieira (1988, p. 66) refere que “a ideia de estudar a situação ou o problema das pessoas carentes de recursos apareceu desde que os homens decidiram ajudar os outros. (...) Supomos, portanto, que haveria “observações” da situação e “perguntas” feitas ao candidato à assistência”, o que pressupõe a existência de observação participante, bem como da entrevista. Atualmente, o diagnóstico social centra-se tanto nos aspetos subjetivos (do eu)

como nos aspetos objetivos (do outro), sendo por isso aconselhável uma visão em que o diagnóstico social nunca se considera concluído, iniciando-se no primeiro contato com o utente e que se constitui como um conjunto de hipóteses que se vão verificando (ou não) ao longo do acompanhamento do caso. Nele procura-se descrever o comportamento humano, com o seu carácter multidimensional, equacionando causas e efeitos, através dos sucessivos contatos, participações, entrevistas, visitas domiciliárias, acompanhamentos, atendimentos. É neste sentido que Vieira (1988, p. 84) refere que “o diagnóstico não se constitui, apenas, na constatação ou descrição de uma situação, o que é, em verdade, uma posição científica – mas exige, ainda, uma posição fenomenológica: a compreensão do sentido desta situação para o sistema-cliente, dentro do contexto onde se encontra”.

O Parecer Social, constituído pelo Relatório Social, consiste numa “avaliação teórica e técnica realizada pelo Assistente Social dos dados coletados” (Sousa, 2008, p.119). Trata-se de uma opinião emitida pelo Assistente Social com base na análise das informações de que dispõe, que deve ser fundamentada “com base em uma perspectiva teórica de análise” (Sousa, 2008, p. 119). É este parecer “que dá ao Assistente Social uma identidade profissional”, ao apresentá-lo como ser reflexivo, crítico, dos dados recolhidos (Sousa, 2008, p.119).

O Relatório Social deverá “ser organizado de forma clara e sucinta”, identificando o utente, enquadrando e identificando a situação-problema, descrevendo a evolução da situação e o plano de intervenção em curso” (Silva, 2001,p. 174).

A Informação Social é um documento que tem como objetivo descrever a situação-problema desde que se verificou a primeira vez até à atualidade. É requerida por diversos técnicos de várias áreas de trabalho, com objetivos diferentes do relatório social. Concretamente, a informação social pretende aprofundar os conhecimentos sobre situação social-problema de determinado utente ou família, para projetar futuras propostas de intervenção. Aqui, o técnico não deve emitir pareceres ou opiniões. Os dados da informação social são de carácter administrativo, sobre os contatos telefónicos, as visitas domiciliárias e institucionais realizadas e dos resultados da aplicação dessas ações, por exemplo, se o técnico obteve ou não a informação de que necessitava, se a informação que possui é verídica ou apresenta lacunas. Deve contemplar a identificação do utente, a justificação do

pedido da elaboração da Informação Social e o conhecimento de que o técnico dispõe relativamente ao seu percurso institucional (Silva, (2001); García e Bracho, (2008).

Para além das técnicas indiretas específicas do Serviço Social, são utilizados outros instrumentos das ciências sociais que complementam a intervenção indireta.

O Genograma, também designado familiograma, mapa de relações familiares (Caparrós, 1992, p.166) ou genosociograma (Calvo, 2009, p.49), baseia-se na representação gráfica de informações sobre a família e, à medida que vai sendo construído pelos profissionais, deve esclarecer toda a dinâmica familiar, incluindo as relações entre os seus membros.

O EcoMapa trata-se de um instrumento de representação gráfica que “desenha” o sistema ecológico da família do utente, incluindo os seus padrões organizacionais e a natureza das relações com o meio, e que evidencia “o equilíbrio entre as necessidades *versus* os recursos da família” (Sousa e Almeida, 2016, p.81). Engloba três dimensões avaliativas, concretamente a força, o impacto e a qualidade da ligação.

O Road-Map ou Roteiro de Vida é apresentado como “uma representação gráfica dos maiores eventos/ocorrências vivenciadas no contexto mais alargado da vida do sujeito e num contexto mais restrito, numa situação especial que necessita de ser resolvida” (Santos e Sequeira, 2009).

O Mapa de Rede Pessoal e Social permite “avaliar o campo relacional de uma pessoa”, entendido como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade” (Sousa e Almeida, 2016,p. 85).

As Atas de Reunião consistem num registo preciso do processo de uma reunião, das intervenções dos participantes e das soluções/decisões encontradas. À semelhança das atas escritas noutros contextos profissionais, há um profissional que é designado para redigir a ata no final da reunião, devendo estar ser lida perante os restantes intervenientes e receber a aprovação consensual (Sousa, 2008, p. 119 - 132).

O Livro de Registo é amplamente utilizado em instituições onde trabalha um elevado número de técnicos. Nesses livros, registam-se as “atividades realizadas, telefonemas recebidos, questões pendentes, atendimentos realizados”, entre outros procedimentos, para que todos os elementos tenham acesso a essa informação (Sousa, 2008, p. 119 - 132).

O Diário de Campo é o instrumento onde o Assistente Social vai fazendo “anotações livres (...), individuais, em que o mesmo sistematiza suas atividades e suas reflexões sobre o cotidiano do seu trabalho” (Sousa, 2008, p.132), tornando essencial para a prática reflexiva da sua ação social. Dentro dos diários de campo, Brinca (2010, p. 8) refere os livros de ocorrência, um “instrumento de registo utilizado em equipas de rua”, como o suporte para a descrição detalhada de situações/ocorrências, sendo mais pormenorizados do que os livros de registo. A informação relevante deve ser anotada “após a realização da saída de rua ou do atendimento/acompanhamento/encaminhamento, nas instalações fixas” e deve ser escrita de forma clara, concisa e objetiva (Brinca, 2010, p. 8).

### **2.1.3 – Dimensão Axiológica: Princípios e Valores**

O Serviço Social tem um compromisso com os princípios e valores implícitos nos direitos humanos e com a democracia (Carvalho, 2016). Como argumenta Netto (2001) os princípios como a liberdade assumem-se como uma possibilidade de escolhas entre alternativas concretas. O compromisso com a autodeterminação, autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais, são essenciais. Estes princípios vinculam-se ao projeto societário crítico que pressupõe uma nova ordem social, a democracia e direitos humanos e direitos, cívicos, políticos e sociais, em contraponto com o conservadorismo, regimes ditatoriais, caridade e filantropia. O Serviço Social assume-se como defensor da justiça social e da equidade numa perspetiva de universalização do acesso a bens e serviços e à ampliação da cidadania social (Netto, 2001).

“Na sociedade contemporânea, o risco, a incerteza, o intensificar das desigualdades sociais e conseqüente aumento da vulnerabilidade convivem com ininterruptas transformações sociais, económicas e políticas, simultaneamente, geradoras e resultantes de quebras de direitos democrática e legalmente adquiridos, em que o compromisso social entre Estado e cidadãos se cruza com uma precarização dos sistemas de proteção social” (Pimenta *et al*, 2015, p. 273).

Foi neste âmbito que a Assembleia Geral da Federação Internacional de Serviço Social, apresentou em Julho de 2014 a última conceção da definição global da profissão de Serviço Social, entendida como uma profissão de “intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o *empowerment* e a

promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social” (IFSW, 2014, p. 1).

Percorrendo a história do Serviço Social e tendo em conta os contributos de Martins (2010), relativamente à génese do projeto educativo em Portugal, constata-se que o Serviço Social tinha por missão central fazer face à questão social, através de atividades caritativas e filantrópicas, muito ligadas aos valores da religião católica. Ou seja, apresenta-se uma visão clássica, evidenciando a ligação ao passado, aos traços históricos do Serviço Social, presentes até aos anos 60, com efeitos na atualidade (Silva, 2017). No correr do ano de 1958, as Nações Unidas reformularam um conjunto de princípios éticos, consubstanciados aos Direitos Humanos: a) reconhecimento do valor do Ser Humano como indivíduo; b) respeito pelas diferenças entre os indivíduos, grupos e comunidades; c) fomento do esforço próprio como forma de desenvolvimento individual; d) promoção de oportunidades para a melhoria da qualidade de vida; e) aceitação do dever profissional; f) respeito pela confidencialidade da informação; g) alcance de maiores níveis de liberdade dos utentes; h) promoção do bem-estar individual e da sociedade (Kisnerman, 1991, pp. 63-64).

Os direitos humanos mais do que estarem escritos em declarações ou convenções têm de ser postos em prática. Netto (1993) vai mais longe ao afirmar que “o desafio do Serviço Social hoje, será então redefinir no marco das políticas sociais, o espaço do Assistente Social. Cabe manter o seu papel, historicamente consagrado, de executor terminal de políticas sociais determinadas; mas (...) sobretudo ampliar esse protagonismo profissional: cabe criar as condições para que o Assistente Social seja também um planeador e um gestor das políticas e dos serviços sociais”, numa prática pedagógica de assistencialismo ou de ajuda, de participação ou emancipatória (Brinca, 2010, p. 55).

O respeito pelas pessoas, através do reconhecimento do valor e da dignidade e dos direitos de todos os seres humanos, a facilitação da autorrealização individual, com respeito pelos interesses dos outros, a promoção do bem-estar humano, no sentido da autorrealização na inter-relação, a integridade profissional e competência, a mudança social tendo como base a luta pelos direitos humanos e a justiça social (Banks & Nøhr, 2003, pp.

105-106), são alguns dos valores profissionais universais presentes nos códigos deontológicos no diversos países.

Na área da adição, “os interventores de RRMD estão obrigados a orientar o desempenho da sua atividade segundo padrões éticos, comportamentais e de desenvolvimento profissional, normalmente veiculados por Ordens, Associações Profissionais e outros, estando a sua ação suportada em códigos deontológicos” (Sicad, 2016 a), p. 47).

## **2.2 – Serviço Social na Adição e Toxico(dependências)**

O Serviço Social enquanto profissão poderá ser caracterizada tendo em conta três dimensões que se interrelacionam e que evoluem. Assim, a primeira dimensão, a profissionalização, definida como o processo sócio-histórico de transformação de uma ocupação em profissão socialmente reconhecida. A segunda dimensão, a profissionalidade, referente a um conjunto de saberes, práticas e atitudes que a profissão de Assistente Social requer. A terceira e última dimensão, o profissionalismo, relacionada com os princípios éticos e valores orientadores do trabalho dos Assistentes Sociais (Estrela, 2002).

Assumindo a proposta da Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) para o estabelecimento do Estatuto Legal da Carreira dos Assistentes Sociais, concretamente o artigo 5.º do capítulo II, assume-se que os assistentes sociais “concebem, organizam e prestam cuidados do âmbito social, cultural e relacional, nas diferentes fases do ciclo de vida, dirigido a cidadãos, famílias, grupos e comunidades”, agindo autonomamente na elaboração de investigações e propostas de intervenção e participando “na conceção, definição, execução e avaliação das medidas de política social, com relevância na qualidade de vida dos cidadãos”.

Seja qual for o tipo de organização (organismos públicos, organizações privadas ou prestadoras de serviços) e o campo de atuação (saúde, educação, emprego, etc.) em que o Assistente Social esteja inserido, o seu papel social passará sempre pela “normalização, disciplina e controlo” (Parton, 2000, p. 457), o que se designa por “taylorização da profissão” (Amaro, 2008; Howe, 2009; Dominelli, 2004; Joaquim, 2008) e “produtividade utilitarista” (Amaro, 2015). Estes termos aplicam-se à execução de tarefas, administração e gestão de recursos, políticas sociais e institucionais, respeitantes a prazos, exigências processuais e de resultados, através de uma abordagem procedimental que, segundo Beckett (2010, p. 36)

coloca o Assistente Social numa situação de constrangimento/limites de ação. Esta situação advém do facto de, ao reger-se por procedimentos rígidos, por exemplo, cumprimento de normas provenientes dos Manuais de Gestão da Qualidade (instrumento de referência através da inclusão de princípios de Gestão da Qualidade, norma NP EN ISSO 9001: 2015) e Manual de Processos Chave, o Assistente Social se não colocar em prática a sua autonomia reflexiva, o que, por sua vez, pode colocar em causa o pensamento crítico necessário.

Ao assumir uma posição de controlo, o Assistente Social coloca-se numa posição de executor de políticas sociais, de carácter burocrático, podendo ainda colocar o utente numa situação desconfortável, tornando-o mero sujeito passivo, que responde às questões colocadas, sem possibilidades de ação (Amaro, 2015). Esta prática pode remeter para um perfil científico e burocrático onde existe a separação da teoria-prática, pressuposto empiricista, “engenharia social”, avaliação dos resultados, adaptação do indivíduo ao seu *establishment*, gestão dos casos: eficiência e eficácia, neutralidade, procedimentos e guias: finalismo metodológico (Amaro, 2015, p. 116).

De acordo com Sousa e Almeida (2016, p. 52) “tanto o Assistente Social como o utente são obrigados a trabalhar num enquadramento estabelecido pela organização, o que implica geralmente o preenchimento de formulários estandardizados com caixas de opção”.

Granja (2007, p. 4) alerta para tendência que se verifica hoje nas instituições, tendo em conta que as capacidades dos Assistentes Sociais não permitem corresponder aos inúmeros pedidos de apoio social, o que pode provocar a “tendência de estratificar as necessidades e espartilhar as respostas criando ou agravando problemas, quando a sua missão é resolvê-los” criando relações de dependência em que os utentes “têm que fazer prova da precariedade, conformar-se com a lei, apresentar provas de necessidade e ao mesmo tempo provar que têm capacidade, iniciativa desde que dentro das opções que outros decidiram. Quanto maior for o grau de desqualificação que apresentam menor é o reconhecimento das suas capacidades e menores as estratégias propostas para as aproveitar e rentabilizar” (Granja, 2007, p.9).

As responsabilidades inerentes à função de Assistente Social permitem estabelecer uma categoria de “Técnico Superior”. Além das competências técnicas adquiridas aquando da formação de base, especificamente, nas licenciaturas e pós-graduações em Serviço Social, e durante a prática profissional (formação ao longo a vida profissional, regulamentada no

Código do Trabalho), comumente designada experiência profissional, ao Assistente Social é requerida uma capacidade de reflexão capaz de permitir o acompanhamento das dinâmicas sociais e da adequação das suas práticas a contextos em constante mutação.

Para Banks (2001), a reflexão crítica do Assistente Social advém de um constante questionamento que o profissional deverá ter sobre as suas próprias práticas, da implementação de medidas inovadoras na prática e do diálogo com outros profissionais de Serviço Social, com os utentes, com os investigadores de diferentes áreas. Não se pede ao Assistente Social que seja um mero aplicador de conhecimentos adquiridos, mas sim um agente de mudança que, com base na sua experiência e respetiva reflexão, promove um trabalho de adequação entre aquelas que são as necessidades da sociedade e as possibilidades técnicas de ajuda. Tendo em conta as funções específicas identificadas por Amaro (2015), tais como funções relacionais, de acompanhamento, assistenciais, políticas e técnico-operativas (p.135). Outro perfil identificado por Amaro (2015, p. 118) é o “perfil científico-humanista: Assistente Social”, que tem como características: “a reflexividade, a consciência política, a erradicação dos problemas, o trabalho sobre o indivíduo e sobre a estrutura, a avaliação processual, relacional, construção de sentidos, a «arte» da intervenção social, a teoria gerada e desconstruída/reconstruída na prática”.

Banks (2001) realça que a autonomia do Assistente Social não deve entrar em conflito com o princípio de autodeterminação dos seus utentes, ou seja, “não são as/os Assistentes Sociais quem sabe qual a melhor solução para a resolução dos problemas das pessoas. Pelo contrário, a resposta deve ser procurada nas pessoas, consideradas enquanto recursos importantes, o que exige profissionais capazes de trabalhar com ambiguidade de contextos e com a incerteza dos resultados” (Banks, 2001, p.162).

Nas palavras de Mouro, (2009) podemos falar num processo de *destraditionalização*, onde há um “esforço de recriação do Serviço Social, como forma de se modernizar” (p.30). Este esforço deve-se caracterizar por “procurar corresponder a um conjunto de propósitos profissionais apostados num processo de destraditionalização da prática profissional. Quando conduzido pelas correntes críticas, este processo surge como uma recriação com características inovadoras, rompendo com a recriação simples própria das correntes conservadoras” (Mouro, 2009, p. 30). Tal como referiu Martins (1996, p. 45) “o processo de génese, emergência e institucionalização do Serviço Social Português é disso revelador”.

### **2.2.1 – Trabalho em Equipa: Inter e Multidisciplinaridade**

A intervenção dos profissionais de Serviço Social integra-se em equipas multidisciplinares à semelhanças de outras áreas de intervenção profissional.

De acordo com Carvalho, (2012, p. 24) “o Serviço Social socorre-se de várias áreas científicas para a compreensão das questões e problemas com que se depara na sua ação profissional, integrando diversos contributos científicos de várias ciências, num contexto de uma realidade social complexa e coerente”.

A necessidade de desenvolver uma atitude interdisciplinar, definida como “uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo com pares idênticos, com pares anónimos ou consigo mesmo (Fazenda, 2002, p. 82), faz com as equipas de trabalho sejam de “composição profissional diversificada, onde o património principal e mais importante é a pessoa, enquanto unidade total, biopsicossocial e espiritual” (Ribeirinho, 2013, p. 182).

Neste sentido, “o trabalho em equipa é um processo de aprendizagem pela acção que implica um clima de apoio e respeito mútuo” (Hohmann & Weikart, 1997, p. 130).

Covey (2000) considera que as equipas são um meio de coordenação tanto das atividades humanas como da criação de respostas rápidas de problemas específicos. Segundo o autor, a equipa é um conjunto de pessoas que juntas realizam determinadas tarefas, cumprindo uma determinada missão. Essas pessoas necessitam umas das outras para cumprir a tarefa que têm em comum e, para isso, é importante determinar alguns pontos fulcrais para se trabalhar em equipa: “Um objetivo, uma finalidade ou uma meta comum; Um grupo de pessoas com o propósito de trabalhar de forma assertiva e colaborativa; Uma convocatória explícita geradora de interesses mobilizadores e de motivações aglutinantes; A construção de um espaço definido por um saber fazer coletivo; Uma comunicação fluída entre os membros da equipa e seu ambiente; Um espaço de trabalho dotado de capacidades para dar conta do que foi feito” (Covey, 2000, pp. 5-6).

Segundo Zamanillo (2008), é possível definir três tipos de equipas de trabalho, nas quais se integram os Assistentes Sociais:

Grupos de trabalho – os intervenientes trocam informação diversa, incluindo as práticas de trabalho que os ajudam a tomar decisões. São equipas interdisciplinares onde as redes sociais se transformam em canais de informação e troca de experiências, como o R3-Riscos

Reduzidos em Rede. São exemplo deste tipo de equipa as equipas de rua em Portugal e as entidades parceiras.

- 1) Equipa potencial – cria um enfoque mais consistente e integrado na linha teórico-prática, de que é exemplo o protótipo de Equipa de rua ideal.
- 2) Equipa verdadeira – constituídas por um número pequeno de pessoas, com competências que se complementam, com propósitos e metas comuns. São considerados como unidades fundamentais para obter “rendimento”, uma vez que são compostas por pessoas com elevada formação e experiência que operam em conjunto.

Alguns autores, como Roncal (2004), referido em Zamanillo (2008, p. 274), defendem que uma equipa verdadeira age de acordo com a maturidade pessoal e coletiva dos seus membros e que a formação da equipa implica “la voluntad de sentir, pensar y actuar como unidad de trabajo que persigue un fin específico y común, sin que esto signifique en ningún caso actue como persona diferenciada dentro del equipo”.

Também designadas por grupo inteligente ou grupo eficaz (Cembranos e Medina (2003), Zamanillo, (2008)), estas equipas são caracterizadas pela perspicácia de cativar os seus utilizadores/consumidores, de os motivar e de despertar neles não só uma consciência cívica, mas também de todos os deveres que lhes estão inerentes, trazer à norma o modelo de regulação social.

A relação de interdependência, reciprocidade, mutualidade e complementaridade existente nas equipas de trabalho, engloba os interesses pessoais, as responsabilidades comuns na prestação dos serviços e as características da própria organização. Nesta conceção, a equipa de trabalho é considerada o catalisador de todos os outros elementos, a alavanca da mudança, das iniciativas de promoção do bem-estar social e profissional. São também consideradas a base do conhecimento, depositado na instituição e adquirido por meio da experiência pessoal, grupal e profissional e de um processo de reflexão crítica e participativa. Entram aqui as informações do meio envolvente, informação da população que se atende, formação progressiva, contínua, que se vai acumulando (Zamanillo, 2008).

A equipa de trabalho faz propostas de melhoramento, planifica atividades, tarefas, organiza e implementa projetos de intervenção, potenciando a comunicação entre os seus membros, permitindo a formação inter e intra-grupal bem como institucional. Aproveita a diversidade dos profissionais que a constituem, tanto as suas habilidades como o

conhecimento teórico que transportam consigo, como as suas sensibilidades. Cada diferença é adquirida como uma mais-valia para a prática profissional. Num contexto deste género, mesmo os conflitos são utilizados para otimizar a estrutura, concebida horizontalmente, ao invés das hierarquias, estrutura vertical (Zamanillo, 2008).

Cabe à equipa de trabalho, nas palavras de Zamanillo (2008) utilizar “instrumentos, recursos y planteamientos que facilitan una interacción cooperativa y multiplicativa, al contrario que sistemas de trabajo que se solapan, se contraponen o dividen el esfuerzo de las personas” (Zamanillo, 2008, p. 281).

Como argumenta Lopes *et al* (2012) “trabalhar em equipa multidisciplinar é, seguramente, uma estratégia capaz de melhorar a qualidade de vida (...) mas, para que isso aconteça, há necessidade de melhorar os relacionamentos profissionais e agir sempre em conjunto, considerando que o problema em causa é de todos nós” (Lopes, 2012, p. 45).

Como seria expectável, as equipas de trabalho inserem-se numa comunidade local, composta por representantes da mesma, como por exemplo presidentes de Junta de Freguesia, presidentes de Câmara Municipal, representantes da Polícia, sendo estes interlocutores e coadjuvantes na deteção de situações de risco. A comunidade em que a equipa de trabalho se insere é, normalmente, integrada, informada e consultada sobre a candidatura a projetos de equipas de rua, mediante a realização de entrevistas e reuniões em que se discutem os casos sociais mais alarmantes, facilitando a participação de elementos da comunidade na implementação deste tipo de projetos. Neste sentido, entende-se que trabalhar em equipa multidisciplinar, significa reconhecer que os problemas apresentados “não são puramente biológicos, mas também condicionados pela estrutura social, económica, política e cultural. Portanto, as suas soluções transitam pelas áreas mencionadas e nos planos objetivos e subjetivos, simbólicos e concretos” (Lopes, *et al*, 2012, p. 45).

### **2.2.2 – Funções e responsabilidades em equipas de rua**

Podemos considerar que o consumo de substâncias psicoativas é um problema social e não apenas de saúde pública, a intervenção do Serviço Social “passa pelo recurso a políticas de redução de riscos, como objetivo de prevenir a marginalização social, a desintegração familiar e profissional, a delinquência, a criminalidade e a transmissão de doenças

infetocontagiosas” (Ferreira, 2001, p. 53). Tendo em conta a proposta da Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) para o estabelecimento do Estatuto Legal da Carreira dos Assistentes Sociais, concretamente o artigo 5.º do capítulo II, e as finalidades do trabalho do Assistente Social no art. 6.º. Organizado em torno de 11 pontos, selecionou-se os que aparentam ser mais significativos para esta investigação. Assim, cabe ao Assistente Social:

- “A intervenção com indivíduos, famílias, grupos e comunidades, no sentido de que estes desenvolvam as suas potencialidades e exerçam formas de cidadania participativa e se tornem responsáveis agentes de mudança, intervindo na melhoria das suas próprias condições de vida;

- Criação de condições que conduzam à conceção e elaboração de planos integrados de desenvolvimento e de projetos de obtenção de ganhos sociais;

- Desenvolvimento de processos de articulação, de negociação e de mediação entre cidadãos, serviços públicos e outros organismos sociais;

- Criação e inovação de processos de convergência de recursos formais e informais, mediante o desenvolvimento de um trabalho em rede;

- Participação na conceção e definição de políticas sociais, intervenção na respetiva aplicação, reformulação, execução e avaliação;

- Identificação de potencialidades e necessidades sociais, culturais e relacionais, contribuindo para a compreensão pluridimensional do diagnóstico social, realçando nomeadamente as necessidades emergentes em contextos particularmente vulneráveis/desfavoráveis”.

De acordo com um estudo elaborado por Barbosa (2011, p. 77), percebe-se a preocupação dos Assistentes Sociais com o acesso aos direitos não exercidos por parte do seu «público-alvo», afirmando que “geralmente relatam que o trabalho profissional é realizado para atender indivíduos em situações de carências sociais e de saúde e para providenciar o acesso a recursos que promovem a satisfação das necessidades humanas básicas”.

Por sua vez, Fernandes (2009) dá ênfase às relações familiares e profissionais, dizendo que são as duas esferas mais fragilizadas na vida do consumidor de substâncias psicoativas, afirmando que “a droga faz mal à família (sofrimento familiar em torno do

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

A pluralidade de funções e as atribuições de um Assistente Social levaram Resa (2007) a sistematizar, esclarecendo o que efetivamente os Assistentes Sociais realizam profissionalmente: a função de coordenação e de mediação “profesional coordinador-mediador de los diversos niveles existentes de intervención: del propio equipo, con los profesionales de otros sectores que actúan en la comunidad, con los servicios especializados y con la iniciativa social” (Resa, 2007, p. 48).

É também esta a convicção de Granja (2007) quando afirma que “o profissional sabe que os problemas, carências dificuldades, das população alvo exigem um trabalho multidimensional, de longo prazo, de implicação das suas competências profissionais”, realçando a mesma autora também que esse trabalho se encontra muitas vezes limitado pelo cumprimento de prazos, “pela exigência de resultados, por recursos escassos e muitas vezes pouco adequados” (Granja, 2007, p. 14).

O estatuto profissional dos profissionais de serviço social na área da toxicodependência encontra-se um pouco difuso, sendo necessário e urgente a implementação de medidas que promovam o enquadramento destes profissionais, fora do âmbito da Função Pública, na qual já se encontram enquadrados desde a publicação do Decreto-Lei n.º 296/91, de 16 de agosto.

Para além das funções requeridas o Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (Sicad, 2016 a), pp. 22- 23) “evidencia que a seleção dos interventores, para atuar na área da RRMD, e independentemente da sua formação, deve ser cuidadosa, requerendo a atenção sobre um conjunto alargado de características específicas (devem ser transversais em todos os interventores em RRMD), das quais se destacam as seguintes: ser flexível e tolerante (não fazer juízos de valor); ser empático; saber adaptar-se à pessoa e ao

grupo, modificando as aproximações e os métodos de trabalho consoante as circunstâncias e as necessidades; possuir capacidade de ouvir, observar e comunicar; ser resiliente (prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das diferentes adversidades, assim como ter a capacidade de se auto motivar); saber aplicar os conhecimentos e as noções básicas sobre os comportamentos aditivos e dependências e RRMD (campo de atuação, modelos e estratégias de intervenção, serviços e recursos disponíveis); possuir uma visão multidisciplinar/interdisciplinar; saber assegurar uma prática ética e segura (respeitar os direitos do consumidores de substâncias psicoativas e fomentar o cumprimento das suas obrigações, reconhecendo-lhe o direito de reclamar e de recusar, assim como preservar a privacidade e garantir a confidencialidade. Por outro lado, não deve dar falsas esperanças sobre o que pode oferecer ou sobre o seu conhecimento; deve respeitar os princípios éticos: dignidade, autodeterminação, justiça social, privacidade e proteção de dados no trabalho); Deter a capacidade de ser objetivo, mantendo o sentido crítico e construtivo; demonstrar consciência e responsabilidade (consciência dos limites da sua intervenção e da natureza da relação de ajuda que estabelece com os consumidores de substâncias psicoativas, abstendo-se de emprestar ou dar bens (ex: dinheiro, pertences), mesmo que temporariamente, ou envolver-se emocional ou sexualmente); Reconhecer as próprias necessidades de aprendizagem e de formação contínua, procurando o aperfeiçoamento ou treino profissional.”

No seguimento das funções dos membros das equipas, foram definidos alguns itens que regulam a intervenção neste âmbito. Apresentamos de seguida uma síntese do manual de procedimentos em Redução de Riscos e Minimização de Danos, que incide sobretudo no que se deve fazer, como por exemplo, ter atitude empática, prestar atenção à comunicação verbal e não-verbal, ao envolvimento emocional controlado, aos preconceitos, crenças, apoiar ativamente através das nossas melhores habilidades e competências relacionais, conhecer os nossos limites através do nosso saber, saber-fazer, e o que não se deve fazer, que se relaciona com a não violação dos princípios éticos, confidencialidade e segredo profissional. De seguida é apresentado um conjunto de conhecimentos específicos em RRMD e as competências dos interventores, onde se incluem os Assistentes Sociais, neste campo de atuação (Cf. Anexo II - (Manual de Procedimentos em Redução de Riscos e Minimização de Danos).

“Os Assistentes Sociais trabalham com as mais variadas populações, que por sua vez apresentam as mais diversas problemáticas sociais, o que requer da parte dos profissionais diferentes formas de agir e de pensar acerca das situações. Há que ter em consideração que na grande maioria das instituições que trabalham com a população toxicodependente, a função do Assistente Social é a de acompanhamento, sendo a intervenção centrada na situação-social-problema dos indivíduos” (Roque, 2011, p.6).

Para Ferreira (1997) a intervenção social dos assistentes sociais na área da toxicodependência focaliza predominantemente a situação individual, passa por:

- “Apoio psicossocial”- caracteriza-se pela capacidade que o Assistente Social tem de utilizar a comunicação como uma ferramenta. Consiste principalmente num trabalho de esclarecimento centrado no indivíduo;

- “Acompanhamento social”- sendo os objectivos: informar, encaminhar e orientar; apoiar através de metodologias próprias, pessoas/ famílias no desenvolvimento das suas potencialidades, contribuindo assim para a promoção da sua autonomia; auto estima e gestão do seu projeto de vida; mobilizar recursos adequados à progressiva autonomia pessoal, social e profissional; prevenir situações de exclusão; dotar as pessoas/ famílias dos meios e recursos que possibilitem a construção de um projeto de vida bem estruturado e autónomo.

- “Mediação”- é uma estratégia de intervenção comum dos assistentes sociais nas práticas que desenvolve, a mediação profissional é um trabalho de ligação entre os grupos de exclusão, as instituições e a sociedade.

- “Elaboração de relatórios sociais”- elaboração diagnóstica da situação-problema e planeamento da intervenção com a finalidade de definir um projeto de vida. Este instrumento de trabalho facilita também os planos de inserção social, família e socioprofissional do indivíduo.

- “Visita domiciliária”- podemos definir a visita domiciliária como uma entrevista efectuada no domicílio do utente com o objectivo de aprofundar a sua situação, observando e estudando o seu ambiente familiar. Desta forma, podemos recolher informações que permitam uma análise completa e correta da situação, que permite uma aproximação à compreensão da relação do utente com o meio que o rodeia” (Ferreira, 1997, pp. 51-57).  
Montaño (2007) salienta que face aos problemas emergentes, como é o caso de novas

substâncias psicoativas e a SIDA, é necessário que o Assistente Social invista na sua formação profissional – qualificação - especialização, numa vertente contínua. No entanto, alerta também para que a especialização não substitua o conhecimento global. Esta especialização parcial deve complementar o conhecimento total.

### **2.3– Pensar o Serviço Social em equipas de rua**

O Serviço social comunitário pode ser caracterizado como “uma estratégia macrosocial do Serviço Social, com os objetivos de ajudar uma dada população a: tomar consciência as suas necessidades e recursos; assumir uma posição crítica sobre a sua realidade; organizar dinamicamente os seus recursos para responder às suas necessidades [...] dinamizando processos que criem condições para o desenvolvimento e sistemas de liderança eficazes e participados, para a coesão da comunidade e para a integração desta no ambiente que a rodeia” (Carmo [Coord], 2015, p. 75).

Os consumidores de substâncias psicoativas assemelham-se a uma comunidade, na medida em que se identificam pelo problema, têm laços de conveniência, de coincidência, de interesses, entre outros. É também uma comunidade com um estilo de vida muito específico, o que requer por si só que o estudo da intervenção das equipas de rua e da sua interação com a intervenção comunitária territorial seja objeto de sistematização de conhecimento.

Mesmo criando uma comunidade própria, os consumidores de substâncias psicoativas não deixam de integrar a comunidade mais alargada, o que leva também a tentar compreender o olhar dos profissionais sobre o consumo de substâncias psicoativas. Assim, de acordo com Patrício (1995), “nem todas as pessoas aceitam que a toxicodependência seja uma doença. Há quem lhe reconheça “apenas” o estatuto de alteração de comportamento, “problema” cuja resolução passaria por uma boa correção e por uma reeducação... raramente pela análise, compreensão e resolução das suas causas e efeitos”(Patrício, 1995, p.239). Face a esta realidade, e partindo do pressuposto que os Assistentes Sociais são, profissionais que trabalham nesta área, que atitudes lhes são exigidas face a este fenómeno contemporâneo?

Quando se fala em consumo de substâncias psicoativas, intuitivamente pensa-se em tratamento, como se esta doença tivesse cura, como se as recaídas não fossem possíveis,

como se os pseudo-tratamentos sucessivos não ocorressem, como se os reincidentes/readmitidos não marcassem presença quase diária em equipas de rua. A reincidência é um dos fenómenos que leva a concluir que não basta resumir a dependência ao diagnóstico social, às causas que o levaram a consumir ou a experimentar, às causas do uso, abuso e dependência, aos encaminhamentos e ao sucesso expectável e desejável. O que urge é tentar entender o ponto de vista do utente como consumidor de substâncias psicoativas, o que pretende fazer da sua vida e reduzir os riscos associados ao tipo de consumo que pratica.

No que se refere à prática profissional dos Assistentes Sociais na área do consumo de substâncias psicoativas emerge uma prática profissional que pode ser, por vezes, descontínua, paliativa e momentânea (Brinca, 2010). Para Conceição (2010, p. 55) também refere que “a potencialidade da arte somada à dimensão pedagógica do Serviço Social, quando construída num sentido de transformação e emancipação dos utentes, pode contribuir para a informação e a promoção de sujeitos mais questionadores da realidade social”.

Partindo desta realidade e tendo como pressuposto os novos desafios e recontextualização desta dependência, como perspetivar a metodologia de intervenção junto de uma população dependente de substâncias psicoativas, com um estilo de vida partilhado por um conjunto de indivíduos, com traços e características de ser e de estar bem distintas? Angel e Valleur (2002) argumentam que uma só teoria não poderá explicar as adições por ser insuficiente, assim é importante olhar as adições de uma perspetiva trans e interdisciplinar e adaptar a nossa intervenção à realidade social presenciada. Morel *et al.* (1998) já defendem uma visão interdisciplinar que permita explicar toda a complexidade desta questão, aconselhando o recurso a modelos psicossociais ou, até mesmo, biopsicossociais, aproximando progressivamente a ação do modelo Strengths-based social work, uma “abordagem que emerge na plataforma do construcionismo social e que elege uma intervenção focalizada nas soluções” (Sousa e Almeida, 2016, p. 33).

Dadas as especificidades deste campo de intervenção é importante repensar/recriar o papel dos Assistentes Sociais e da sua prática profissional no contexto de trabalho com consumidores de substâncias psicoativas: perceber se advém da relevância cada vez maior desta problemática no mundo, ou seja dos problemas sociais e de saúde associados ao

consumo de substâncias psicoativas serem cada vez mais expressivos, e, em concreto em Portugal, ou da constatação de que os serviços atualmente existentes, tanto na área do Serviço Social como na área da Saúde, se mostram insuficientes no tipo de resposta dada. Os Assistentes Sociais procuram sempre que possível inovar e procurar novas estratégias ou modelos de intervenção para dar resposta aos problemas sociais vivenciados pelos consumidores de substâncias psicoativas. Para além de modelos teóricos mais macro, tais como o Modelo Convencional-Clássico, o Modelo não Convencional-Emancipatório e o Modelo de Rua Alternativo-Criativo, podemos ainda identificar modelos específicos de atuação em Serviço Social, tais como: Modelo de Modificação de Ambiente, Modelo de Intervenção em Crise, Intervenção Psicossocial, Solução de Problemas, Modelo de descoberta de situações-problema (Vieira, 1988).

Um modelo de intervenção procura descrever “o que o Assistente Social faz, como recolhe os dados, como elabora hipóteses, seleciona os objetivos, as estratégias e técnicas, de acordo com os problemas encontrados (Ranquet, 1996, p.4). Por outro lado, na intervenção do Serviço Social, na área da adição e dependência em equipas de rua, ainda podemos identificar outros modelos específicos nesta área. Em equipas de rua, os modelos são: Modelo de Intervenção Comunitária, o Modelo Psicossocial e relacional na intervenção pela arte se destacam. Vejamos em pormenor cada uma das intervenções e modelos: a) Modelo de Intervenção Comunitária; b) Modelo Psicossocial e relacional na intervenção pela arte; c) Modelo ético-jurídico, Médico-Sanitário e Sócio-cultural; d) Modelo Getting Out Comes; e) Modelo Transteórico de Mudança ou Modelo da “Roda da Mudança”.

Estes modelos interdisciplinares cruzam o saber do Serviço Social com outras áreas disciplinares presentes neste campo de intervenção.

#### a) Modelo de Intervenção Comunitária

O modelo de intervenção comunitária “es una agregación social de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación [...], pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local; y [...], pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción,

distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo” (Idañez, 2001, pp. 27-28).

A intervenção comunitária territorial deve englobar não só o plano individual, a personalidade de base ou fundamento cultural de personalidade, de acordo com Cuche, (1999, p. 66), mas sim deve ter em conta que essa personalidade de base é moldada pelas instituições primárias, de onde se destaca a família e o sistema educativo, e, posteriormente, pelo próprio indivíduo, que se incompatibiliza (ou não) com cultura dominante, que vai reagindo sobre a cultura do grupo, que vai produzindo mecanismos de projeções, as designadas instituições secundárias, formadas pelo sistema de valores e de crenças, idiossincráticas, que podem levar o indivíduo a enveredar por caminhos desviantes (norma cultural).

A intervenção comunitária territorial pode ser definida através do conceito de ligações que se estabelecem entre os indivíduos de uma comunidade e a afirmação de uma identidade coletiva, com o respetivo “reconocimiento social, el dinamismo de la acción común, el hacerse reconocer por el mundo exterior, marcar positivamente la propia identidad colectiva” (Zamanillo, 2008, p. 339).

Essa missão de “tocar” o indivíduo no seu ambiente leva a “adaptaciones y readaptaciones mutuas” (Zamanillo, 2008, p. 339).

Bandeira *et al* (2014) refere que a capacitação das organizações de base local permitem concentrar esforços na comunidade, desenvolvendo lideranças informais, de modo a favorecer os processos de mudança orientados para as necessidades das comunidades. Ou seja, através de uma intervenção mais centrada conseguimos captar a “totalidade” do indivíduo e providenciar uma intervenção mais consistente através da implementação de estratégias de intervenção com efeitos territoriais e comunitários. É possível ainda enquadrar a intervenção comunitária territorial no conceito mais amplo de Organização e Desenvolvimento de Comunidades, entendido como o “processo pelo qual a comunidade identifica seus problemas e necessidades, confere-lhes ordem de prioridade e desenvolve atitudes e hábitos de colaboração para resolver estes problemas, com recursos próprios ou alheios” (Vieira, 1969, p. 174).

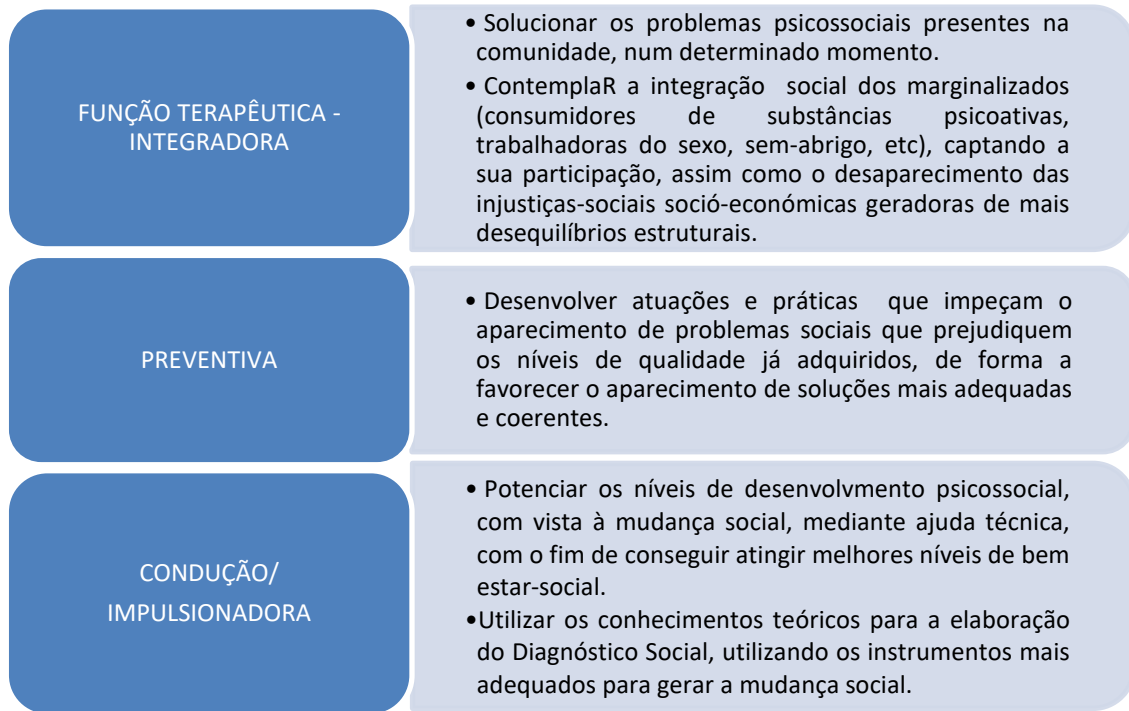
O desenvolvimento de comunidades pressupõe o aumento do nível de vida e a melhoria das condições de vida, a dinamização do campo de atuação das equipas, a participação ativa

dos interessados, a união de interesses entre o Estado e as populações e o desenvolvimento de programas económicos, culturais e sociais. Assim, é possível atingir objetivos através de diferentes serviços, nomeadamente os serviços comunitários de planeamento local, os centros sociais, também os serviços dedicados à família e aos indivíduos, como a assistência média, a educação escolar, a proteção à infância e adolescência, assim como, os serviços de grupos e os serviços para situações desajustadas como os abandonos na infância, as enfermidades físicas, mentais e crónicas, a delinquência e a criminalidade.

Com a intervenção comunitária territorial na área do Consumo de Substâncias Psicoativas pretende-se que os indivíduos identifiquem os seus problemas, refletindo, dessa forma, sobre a comunidade em que se inserem, permitindo melhorar o seu ambiente, através de, por exemplo, Programas de Manutenção de Metadona, deslocações às estruturas fixas ou móveis das equipas de rua, deslocações à Segurança Social e ao Centro de Saúde. Como se subentende, o objetivo não é só individual, mas também de salvaguarda da saúde pública, através da educação para a cidadania e por usufruto dos “recursos de ayuda”, concretamente das organizações institucionais, pessoais e profissionais à disposição da comunidade (National Institute for Social Work, 1992, p.283).

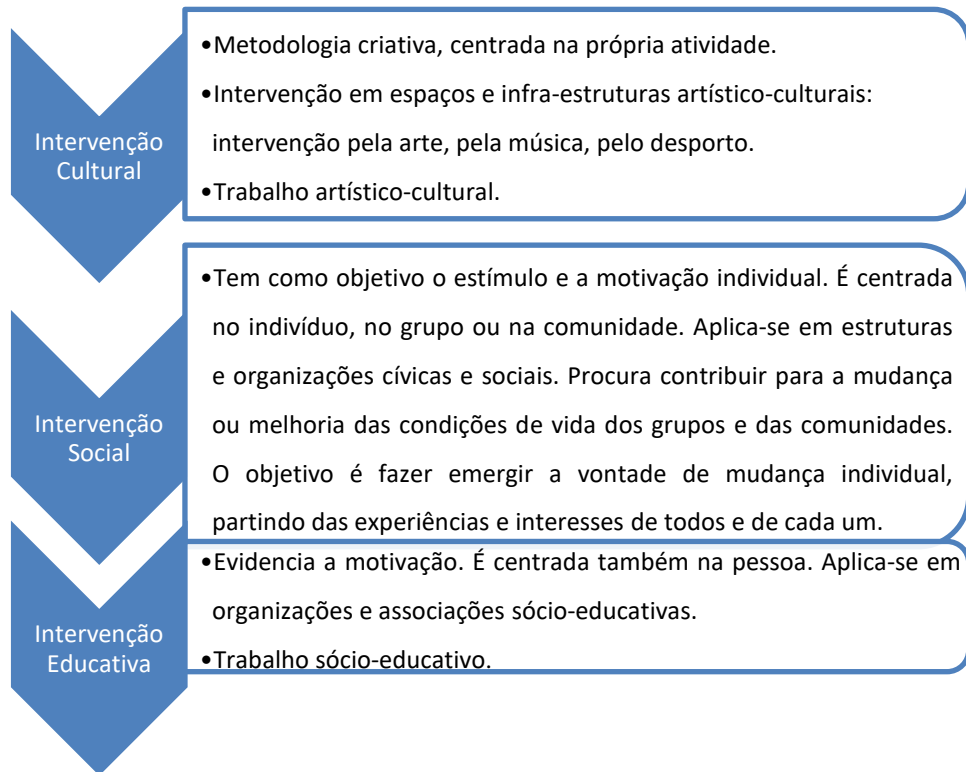
Tendo em conta os diversos fatores e a consciência das carências presentes no que concerne à identificação das necessidades e estratégias específicas de consumidores de substâncias psicoativas de difícil acesso, aos quais os serviços e canais de informação convencionais, como a Escola e os serviços de saúde, não conseguem dar resposta, surge um conjunto de funções sociais e eixos de intervenção, presentes na intervenção comunitária territorial, tais como:

**Figura 1 - Funções do Serviço Social**



**Fonte:** Elaboração própria, adaptado de Mendieta *et al.* (2006, p.23)

**Figura 2 - Planos de intervenção em Serviço Social**



**Fonte:** Elaboração própria, adaptado de Mendieta et al., (2006, p. 23).

Convém reforçar que todas estas atividades (educativas, laborais, de tempos livres) devem ser desenvolvidas dentro dos sistemas que cada utente vivencia, experimenta, ou como argumenta Artiaga (1997) todas estas atividades devem ser desenvolvidas no *espaço vital* de cada membro, pois irão permitir, por exemplo, desenvolver relações pessoais, familiares, de pares, através dos eixos de intervenção delineados, com o auxílio dos instrumentos de intervenção diretos e indiretos.

#### b) Modelo Psicossocial e relacional na intervenção pela arte

Modelo de intervenção individualizado é o que tem mais tradição em Serviço Social (Mary Richmond, Gordon Hamilton e Florence Hollis (Caparrós, 1998, p. 150). Este modelo tem origem no modelo médico, na teoria da psicanálise de Freud e na etnografia (meio ambiente). O seu foco de intervenção é tanto o Eu, procurando as causas do problema (social), e as dificuldades que a pessoa apresenta no confronto e na resolução do mesmo (psíquica) como o meio de proveniência dos sujeitos. Este modelo foi permeável a outras correntes de pensamento como a psicologia social, e contributos de Engel na crítica ao

modelo médico, criando o que foi denominado de modelo psicossocial. Este modelo tem hoje influências teóricas ligados à teoria sistémica que defende uma visão holista dos problemas fundado no princípio de que, o todo é mais do que a soma das partes (Carvalho e Pinto, (coord) 2015).

Podemos afirmar que “não há intervenção psicossocial sem relação de ajuda” (Carvalho e Pinto, 2015, p. 91). O Serviço Social como profissão desenvolve e concretiza objetivos e intervenções partindo de uma relação empática de ajuda profissional com pessoas, grupos e/ou comunidades/organizações, tendo como funções: “a de regulação (normas, princípios e cultura) e a de proteção e emancipação (cuidar, olhar, proteger e capacitar)” (Carvalho e Pinto, 2015, p. 92), tendo muitas vezes que primar pela originalidade e criatividade das suas intervenções.

No trabalho desenvolvidos pelos Assistentes Sociais em equipas de rua, estas funções podem coexistir, no entanto, as funções do cuidar e de proteção sobrepõem-se muitas vezes, dado a situação de risco e de perigo onde os consumidores de substâncias psicoativas se encontram (Patrício, 1995; 1997). Quando nos referimos à denominada “ chamada «cultura jovem», misto de práticas de sociabilidade «típicas» desses estratos etários, práticas de consumo, representações e valores que combinam elementos (por vezes conflituais) originários dos processos de sociabilização na família, escola, grupos de pares e meios de comunicação social, tornou-se hoje um elemento central nas sociedades industrializadas”(Sebastião,1998, p.13), quer dizer que perante esta diversidade de comportamentos e atitudes, os Assistentes Sociais têm de insistir em novas formas de intervenção, mais criativas e informais, apelativas e subjetivas. Ou seja, “as chamadas áreas humano-sociais (em especial, o Serviço Social), por seu caráter interventivo, são hoje, cada vez mais, desafiadas a construir ou utilizar cadeias de mediações alternativas que possam dar conta da complexidade dos fenômenos sociais” (Prates, 2007, p. 222).

As estratégias mais criativas e dinâmicas da intervenção pela arte, pelo desporto, pela fotografia, pela música, associados ao modelo psicossocial e relacional, são disso exemplos. “Velhas e novas demandas tencionam nosso cotidiano de trabalho, exigindo uma capacidade estratégica que possibilite não só o seu desvendamento, como também uma intervenção efetiva que contribua com o desenvolvimento de processos sociais emancipatórios” (Prates, 2007, p. 222)”.

Conceição (2010) “qualifica três níveis de arte que passam a coexistir no mundo capitalista: a arte elitista, que essencialmente propõe-se como atemporal e pura, a expressão do sentir e de emoções pessoais, fruto da genialidade do autor; a arte para as massas, uma arte que padroniza gostos e submete as diferenças a um padrão e a um público médio, caracterizada como indústria cultural; e a arte popular, que põe sua tônica no consumo não mercantil, cujo valor essencial é a representação e satisfação solidária de desejos coletivos” (p. 59). Segundo a autora a “arte pode ser usada como poderoso instrumento para o enriquecimento da prática profissional, meio pelo qual o Assistente Social busca atingir seus objetivos. O assistente social enquanto intelectual deve informar, fomentar a consciência crítica do usuário, possibilitando o questionamento e a reflexão, além da não aceitação passiva das determinações e ideologias que são impostas pela classe dominante, pois estas propiciariam certa acomodação dos indivíduos a permanecerem como espectadores e não como sujeitos sociais, tornando-os bem mais fáceis de serem manipulados (Conceição, 2010, p. 59).”

Como argumentam Prates, (2007) e Conceição (2010) a arte pode englobar o cinema, a arquitetura, o teatro, a pintura, a dança, a poesia, a escultura e a fotografia (através do photovoice). O photovoice é de autoria de Carolina C. Wang, proveniente da Universidade de Michigan e Mary Ann Burris, da Universidade de Londres (1992). Tem como referencial teórico a Educação Crítica de Paulo Freire, as Teorias Feministas e a Fotografia Documental Social. Os seus objetivos são: Encorajar os indivíduos a identificar e a refletir sobre aspectos da sua própria experiência pessoal e comunitária; Promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre aspetos importantes da sua comunidade; Projetar a visão acerca das suas vidas a outros, especialmente poderosos agentes políticos. Os pressupostos do photovoice são: A imagem educa; Cada pessoa é *expert* na sua vida; Os participantes devem ouvir e incluir as populações na construção das medidas que as afectam; A intervenção deve ser positiva e eficaz na captação e revelação das competências (Wang, C., & Burris, M. A. (1997).

A intervenção pelos afetos é uma outra forma de se intervir e, de acordo com Bustos “ a capacidade de sentir e aceitar carinho é essencial para a construção das relações de intimidade” (Bustos, 2001, p.118) e para a construção de relações sociais. Todas estas intervenções criativas permitem aumentar os fatores protetores (é sinónimo de «reduzidor de

risco» no que se refere às características pessoais e ambientais que reduzem o efetivo risco de disfunção cognitiva, emocional e social nas pessoas que estão em situação de alto risco” (Frasquilho, 1996, p.98). Estes são “padrões de adaptação e competência que se prendem com certos atributos, quer das pessoas, quer dos ambientes, quer das situações que veiculam resistência ao risco” e diminuir os fatores de risco, entendidos como “atributos individuais ou situacionais, bem como do contexto ambiental, que aumentavam a probabilidade de ocorrência de certo problema, ou doença” (Frasquilho, 1996, pp. 98-99).

No entanto convém salientar que “o uso da arte, ou qualquer estratégia de exposição, não pode prevalecer sobre o que é essencial, o conteúdo aprofundado e problematizado da mensagem orientada para uma finalidade, ou a exposição perde densidade e substância” (Prates, 2007, p.11), ou seja, é necessário que o Assistente Social conheça o seu público-alvo e compreenda a perspetiva e os conceitos que têm da realidade, para que se concretizem os objetivos profissionais (pintura, música, escultura, dança).

Conceição (2010) ao realizar entrevistas aos Assistentes Sociais para analisar a percepção destes no que se refere à potencialidade de arte em projetos de intervenção profissional, conclui que “a arte é vista como instrumento capaz de trazer estímulo ao potencial criativo e crítico do ser humano, como requalificadora de valores, criadora de novas formas de vida e de realidades”, a arte enquanto “força que se contrapõe à desumanização, enquanto força em oposição à massificação dos homens” e “a arte como meio de operacionalização do acesso e da ampliação dos direitos do cidadão” (Conceição, 2010, pp. 61-62).

Em relação às técnicas de intervenção, utilizadas no modelo psicossocial e relacional aplicados às equipas de rua, destacam-se as entrevistas de diagnóstico (para se perceber que tipo de ajuda necessita, o que pensa da situação atual e que soluções viabilizam?), as técnicas diretas (relacionadas com o apoio e orientação perante sentimentos, tais como, ansiedade, capacidade em controlar por exemplo, a impulsividade, libertação de sentimentos), as técnicas de reflexão e compreensão da situação (que permitam a compreensão do seu comportamento, aspetos da infância e adolescência), (Ranquet, 1996). Os acompanhamentos sociais (decorrentes da necessidade de empoderamento e de supervisão), o trabalho de proximidade, com a deslocação dos técnicos aos espaços de consumo e tráfico de droga e zonas de angariação de dinheiro fácil (festivais, espaços de diversão noturna), (Ferreira, 1997, 2001; Rocha, s/a; Roque, 2011).

Convém referir que para além das características já referenciadas ao longo desta investigação sobre o trabalho desenvolvido pelos interventores em redução de riscos e minimização de danos, a investigadora acrescenta algumas características específicas de funcionamento em equipas de rua e que priorizam o lugar dos sujeitos na intervenção: o horário de funcionamento flexível e prolongado; uma maior liberdade no processo de intervenção, consoante o tempo, a disponibilidade e a motivação do utente (Sousa e Almeida, 2016); a avaliação centrada no utente; a hierarquia horizontal com base no modelo de troca; a abordagem focalizada nas soluções e não nos problemas; o espaço físico com pouca ou nenhuma exibição simbólica de poder (Granja, 2007) e adaptado às circunstâncias e necessidades dos consumidores de substâncias psicoativas, com, por exemplo gabinetes médicos e de enfermagem, gabinete de atendimentos, espaço para programa de troca de seringas, espaço administrativo; o maior desgaste emocional dos técnicos. “O trabalho de rua é talvez o mais importante, o mais intenso e o de maior risco” (Bento e Barreto, 2002, p. 206), incluindo o desbloqueio de procedimentos rígidos (Granja, 2007), a gestão e organização de recursos “numa perspectiva de controlo e da racionalidade de custos, sem cair no economicismo” (Granja, 2007, p.14), assim como a estruturação de problemas e “fundamentação diagnóstico numa perspectiva de programação de atividades articuladas” (Granja, 2007, p. 14) e a prática *relational-based* (Butler *et al.*, 2007).

### c) Modelo Ético-Jurídico, Modelo Médico-Sanitário e Modelo Sociocultural

Perante a constatação do problema social de consumo de substâncias psicoativas em determinado local geográfico (comunidade), tendo em conta as formas de consumo, durabilidade, efeitos contínuos, repetições e consequências, verifica-se a necessidade de se avançar para um programa mais coeso e estruturado. O estudo efetua-se através “da aplicação dos métodos de pesquisas e técnicas de inquéritos” (Vieira, 1969, p.195).

É necessário uma dupla compreensão. A comunidade tem de entender quais os problemas apontados pelo Assistente Social e o Assistente Social tem de entender quais as causas apontadas pela comunidade para tal problema.

Desde o final dos anos 90 que os Assistentes Sociais são capazes de compreender qual o modelo que se aplica ao consumo de substâncias psicoativas e à sua dependência consoante

o estereótipo, a imagem social e a resposta social oferecida (Resa, 2007, p.47). Pode-se constatar que a resposta social e o modelo de intervenção diferenciam-se de acordo com o estereótipo e a imagem social criada pela comunidade, onde as equipas de rua se encontram.

Durante algumas épocas e tradicionalmente, o foco de intervenção era a conduta delituosa e daí os programas de educação para a saúde e a promoção da modificação da conduta antissocial ou dos comportamentos nocivos. Com o passar do tempo, foi-se assistindo a uma progressiva mudança de paradigma, orientada para abordagens mais estruturalistas e que conferem maior relevância às variáveis sociais e ambientais, tais como, género, condição socioeconómica, cultura, etnia, e outras, enquanto importantes mediadores de saúde. Uma terceira vertente tem-se debruçado sobre o impacto que os fatores psicológicos têm no estado de saúde, tais como crenças, expectativas, cognições, representações, avaliações (Bennet & Murphy, 1999; Ogden, 1999).

Qualquer que seja o modelo de intervenção adotado, este deve-se orientar por princípios do humanismo e do pragmatismo, por princípios como o do *outreach* (trabalho de proximidade), do gradualismo, da autonomia, do enraizamento na comunidade, da cidadania, do diálogo, da relação, da negociação, da educação para a saúde, da mudança, da acessibilidade aos serviços de saúde e sociais, bem como da adequação da intervenção à pessoa (Mikkonen, 2007; Carapinha *et al*, 2009; Sicad, 2016 a)).

#### d) Modelo Getting to Outcomes (GTO)

A prevenção de situações de risco assume-se como objetivo central de toda a intervenção social, o que permite reunir condições de implementação e de avaliação de toda a situação da comunidade e estabelecer um plano de intervenção que se ajuste às necessidades sentidas pela mesma (Wandersman *et al.*, 2000). É neste sentido que surge o Modelo *Getting to Outcomes (GTO)*, metodologia centrada na comunidade para vincular a ciência e a prática. O GTO baseia-se em dez questões, completando todas as fases de um processo de ação comunitária. É considerado um guia de atuação para os profissionais com tarefas como o desenvolvimento e a implementação de um programa de intervenção para uma determinada comunidade. No GTO os profissionais devem responder às seguintes questões:

1. Definição do problema de ação.

- Quais são as necessidades e condições básicas da comunidade? e quais são as metas, os atores e os grupos de interesses e a quem vai ser dirigido o programa e os objetivos?

## 2. Eleição do Programa e das boas práticas.

- Quais são os programas disponíveis e que podem ser utilizados para se alcançarem as metas propostas? E que ações se devem tomar para que o programa selecionado se adequa ao contexto comunitário? E que tipo de intervenção privilegiar? Arte, desporto, música, dança?

## 3. Assegurar o plano de ação.

- Que capacidades organizacionais necessitamos para implementar o programa? E qual é o plano deste programa? Como será avaliado o processo de implementação?

## 4. Avaliação dos resultados e planificação do futuro.

- Como funciona o programa? Como serão implementadas as estratégias para melhorar a sua qualidade? Como se poderá assegurar a sua continuidade? (Mendieta *et al*, 2006).

Assim, nas diferentes fases, o Assistente Social desempenha múltiplas tarefas, que de acordo com Sousa (2008) se categorizam em atividades de mobilização e implantação de programas, atividades de supervisão e coordenação de serviços atividades de orientação individual, de grupo, comunitária e institucional e atividades de encaminhamento. Vieira (1969, p. 216) acrescenta o papel desempenhado nos Programas de Educação de Base, “na interpretação das necessidades e problemas sociais, na organização de atividades que correspondem às necessidades e interesses da população, na motivação de atividades culturais, recreativas, sociais e cívicas”, entre outras.

## e) Modelo Transteórico de Mudança ou Modelo da “Roda da Mudança”

No Modelo Transteórico de Mudança ou Modelo da “Roda da Mudança” (Prochaska e DiClemente, 1994, in (Mendieta *et al*, 2006) e no Programa de RRMD tem-se em conta duas estratégias de intervenção cruciais, a entrevista motivacional e a prevenção de recaídas. Os principais objetivos destas estratégias são a criação e a manutenção da motivação e da perceção da realidade e o aumento do compromisso/responsabilização na contratualização. Tendo em conta que a recaída “obedece a una exposición del sujeto a una situación que le provoca emociones intensas, ya sean de tipo disfórico o estresante, o de respuesta

condicionada ante los estímulos asociados al consumo” (Salabert e Tagle (2006, p.279), o utente deve ser acompanhado com entrevistas motivacionais que tiram partido da adversidade, gerindo-a da melhor forma e permitindo que o utente saia mais fortalecido em situações similares. Para trabalhar a prevenção de recaídas é necessário ao Assistente Social conseguir antecipá-las, bem como a outras situações de risco, desenvolver no utente habilidades de enfrentamento, de aumento da autoeficácia, de gestão dos desejos e tentações relacionados com os consumos.

As estratégias de prevenção, são um "conjunto de actividades coherentes y organizadas que persiguen un objectivo concreto en el marco de un programa de prevención”( Resa, 2007, p.57).

As estratégias de prevenção podem ser agrupadas em duas categorias: estratégias de redução da procura, aplicadas aos indivíduos, e estratégias de redução da oferta, incumbência das autoridades, com medidas de controlo da produção e medidas normativas. Dentro destas destacam-se as estratégias de proteção e de controlo que permitem controlar a disponibilidade, o acesso e o consumo de substâncias. É possível, por exemplo, regular a publicidade e os patrocínios, restringir os locais de venda, aumentar os impostos sobre esses produtos, regulamentar uma idade mínima para a compra e o consumo (Resa, 2007, p. 57).

Dentro das estratégias de redução da procura destacam-se:

- Estratégias de influência positiva com as quais se pretende influenciar positivamente o comportamento e as atitudes dos indivíduos, através de campanhas publicitárias que alertam para os efeitos nocivos das substâncias legais e ilegais, para a constituição destas substâncias e para as consequências do seu consumo. São sobretudo estratégias de informação e sensibilização, semelhantes às que se podem observar hoje em dia nos maços de tabaco.

- Estratégias de desenvolvimento de competências sociais e pessoais, também consideradas informativas, mas, acima de tudo, formativas. Pretendem desenvolver o espírito crítico e criar resistência ao grupo de pares e à pressão social, desenvolvendo técnicas de resolução de problemas, tomadas de atitude conscientes e bem informadas.

- Estratégias do meio envolvente, dirigidas aos contextos social, familiar e escolar, associam-se frequentemente a programas preventivos em que instituições com suporte

social desempenham atividades para ocupação de tempos livres de crianças e jovens, atividades ao ar livre, atividades de lazer e desportivas, entre outras (Resa, 2007, pp. 57-59).

### **2.3.1 – Relação de ajuda e instrumentalidade**

Os Assistentes Sociais que exercem as suas funções em equipas de rua, são muitas vezes o último recurso que as estruturas comunitárias têm, são considerados como a salvação de tudo e de todos, obrigados a lidar com as pressões internas, inerentes à própria instituição a que pertencem (entidade promotora), às pressões sociais (estruturas de saúde e estruturas sociais), às pressões dos consumidores de substâncias psicoativas e dos seus familiares. Aos Assistentes Sociais é-lhes atribuída uma grande responsabilidade e pressão social para solucionar situações-problemas complexos (Patrício, 1997; Wieviorka, 1998).

No entanto, são estes mesmos Assistentes Sociais que sentem que o seu trabalho não é suficientemente valorizado. Também cada vez mais é exigido dos profissionais competências técnicas, como conhecimentos sobre substâncias psicoativas e sobre redução de riscos e minimização de danos, competências relacionais, como o discurso motivacional, a disponibilidade mental, a empatia, a perspicácia e a intuição, e também competências burocráticas e administrativas, como elaborar horários de trabalho, definir prioridades de intervenção, contratar técnicos, gerir o orçamento, ou seja, gerir toda a prática burocrática inerente a um projeto de intervenção social (Patrício, 1997; Brinca, 2010).

O Assistencial Social é desafiado à individualização (homogeneização de direitos), mas também a desindividualização (defesa de direitos específicos), tendo em conta uma panóplia de diversidades que podem ser culturais, religiosas, de género e idade (Carvalho e Pinto, 2015, p. 92). Referimo-nos ao *Advocacy*, entendido como defesa dos direitos da pessoa com comportamentos aditivos e dependências, ou nas palavras de Barbosa (2009) “prática de uma intervenção que visa defender os direitos individuais dos utentes, junto dos organismos que lhes oferecem serviços sócio sanitários” (Bermejo, 1998, p. 76).

Convém reforçar a ideia de que a “Advocacia Social difere da defesa realizada por advogados, uma vez que procura incidir a sua análise e atuação em normas jurídicas que possam perpetuar comportamentos prejudiciais para os que não têm voz e para os membros mais vulneráveis da comunidade ou sociedade, que não dispõem de recursos para a manutenção das suas necessidades humanas básicas e das suas famílias, ajudando assim a

mudar aquelas que os afetam negativamente” (Sicad, 2016, p. 53). De acordo com as Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em RRMD (2016 a), pp. 53-54) e tendo em conta as características e objetivos do *Advocacy*, é importante:

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

Desta forma, poderão desenvolver as seguintes competências:

- Ser capaz de promover competências na comunidade para interagir com pessoas com CAD;
- Ser capaz de capacitar as pessoas com CAD no conhecimento dos seus direitos, opções e constrangimentos sociais;
- Ser capaz de advogar o interesse legítimo das pessoas com CAD e minimizar eventuais conflitos de interesse entre elas e as instituições e a comunidade;
- Ser capaz de agir como mediador entre as pessoas com CAD, as instituições e a comunidade.

Os interventores de RRMD são desafiados a desenvolver e aplicar as seguintes atitudes:

- Ter capacidade de escuta e de diálogo com as pessoas, as instituições e a comunidade;
- Desenvolver sensibilidade social e a capacidade de argumentação e de negociação;
- Desenvolver a capacidade de impulsionar mudanças individuais e coletivas;
- Ter a capacidade de atuar com neutralidade e imparcialidade, justiça social e transparência de valores (Sicad, 2016 a) pp. 53-54).

Neste âmbito é importante o estabelecimento de uma relação de ajuda baseada na confiança. Podemos encontrar a definição de relação de ajuda, sendo “uma situação na qual um dos intervenientes procura promover numa outra parte, ou ambas, uma maior precisão, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos latentes internos ao indivíduo. Contudo, esta relação implica a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como pessoa independente, isto é «promover na outra pessoa o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior

capacidade de enfrentar a vida”(Rogers, 2009, p. 63). Como argumenta Bermejo (1998), a relação de ajuda pode ser desenvolvida com diferentes estilos: autoritário, democrático/cooperativo, o paternalista, o empático e participativo.

Tendo em conta a realidade da prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua, e as características/competências na seleção dos interventores em RRMD, parte-se do pressuposto que os estilos que mais se coadunam com esta realidade são:

- Estilo Democrático/Cooperativo na medida em que “também se centra no problema e não na pessoa. Esta atitude procura ser facilitadora, remetendo para esta a alternativa da escolha” (Carvalho, Pinto, 2015, p. 92).

- Estilo Empático e Participativo na medida em que “centra-se na pessoa e a intervenção tem um carácter facilitador. Procura que a pessoa tome consciência de si mesmo e das dificuldades, valorizando os seus sentimentos” (Carvalho, Pinto, 2015, p. 93).

Segundo Bermejo (1998, pp.20-22) este estilo está relacionado com a abordagem holística que por sua vez, está intimamente ligada às dimensões: corporal (o modo como percebemos o nosso corpo na relação de ajuda, ou seja, a linguagem, a interioridade e a comunicação), intelectual (capacidade para compreender o mundo em que vivemos e compreensão de si mesmos, através da intuição, da reflexão, racionalidade), emotiva (reconhecimento dos sentimentos e a sua aceitação), social (equilíbrio das relações sociais, permitindo à pessoa desenvolver diversos papéis sociais, promovendo o sentimento de aceitação e de integração) e espiritual (relação com os valores universais e religiosos, a sua relação com a crença em Deus) como um todo.

O “relacionamento no Serviço Social é uma relação de ajuda profissional, o que implica: Um propósito estabelecido de trabalho;- Um enquadramento temporal limitado;- Uma autoridade e legitimidade de conhecimentos e competências especializados; - Um quadro ético precioso” (Carvalho e Pinto, 2015, p. 94). Foi neste âmbito de atuação que Biesteck (1957) definiu um conjunto de princípios do relacionamento, encarados como determinantes para a relação de ajuda e que ainda fazem sentido nos dias de hoje:

**Quadro 3 - Relacionamento, Necessidades e Princípios**

Relacionamento, necessidades e princípios		
Ordenação	Necessidades do Cliente	Princípios
1	Ser tratado como pessoa única e singular	Individualização
2	Expressar sentimentos negativos ou positivos	Expressão de sentimentos com o objetivo de mudança
3	Ser compreendido	Envolvimento emocional controlado
4	Ser reconhecido como pessoa com dignidade própria	Aceitação
5	Não ser julgado como ser humano	Atitude de não julgamento
6	Fazer as suas próprias escolhas e tomar decisões	Autodeterminação
7	Manter a confidencialidade de dados pessoais	Confidencialidade

**Fonte:** Carvalho, Pinto, (2015, p. 94)

Num primeiro momento, os Assistentes Sociais podem assumir uma posição diretiva, à qual se segue a mediação, a negociação e a contratualização, guiando a sua intervenção pela “óptica psicossocial”, ou seja, privilegiando “carácter activo de las personas com quienes trabaja”. É importante dar prioridade à “acción a largo plazo y se centran no tanto en las tareas reparadoras, asistenciales cuanto en las acciones preventivas y en las impulsoras del bienestar personal y social” (Mendieta *et al*, 2006, p.25),

A centralidade no utente surge como uma necessidade premente no caso da intervenção social com consumidores de substâncias psicoativas, “essencialmente nos domínios externos e relacionais do sujeito, nomeadamente no que respeita às questões de emprego, inserção comunitária e no acompanhamento da pessoa com vista á resolução dos seus problemas e ou das suas limitações” (Ferreira, 2009, p.355). Para dar conta deste objetivo é necessário recriar os instrumentos de Serviço Social para o consumo de substâncias psicoativas em equipas de rua para que se consiga promover relações eficientes e úteis, respeitar os direitos e responsabilidades das comunidades e dos indivíduos, aplicar as técnicas que “estimulam e orientam os indivíduos e os grupos”, abdicando do controlo (Vieira, 1969, p.187).

Ao Assistente Social cabe também garantir que as equipas de rua e as estruturas socio sanitárias sejam espaços universais, de coordenação e multidisciplinares, dependendo também dos apoios financeiros e políticos, entre outros, de que dispõe (Sicad, 2016 a)).

Outra das funções dos Assistentes Sociais que trabalham com consumidores de substâncias psicoativas é proporcionar informação às populações, contribuindo para que “la comunidad asuma como suyos los problemas y soluciones respecto a la problemática derivada del consumo de drogas que en ella se produce, evitando el peligro de estigmatización o marginación” (Resa, 2007, p.47).

A empatia é uma característica dos Assistentes Sociais, em qualquer tipo de serviço (Carvalho e Pinto, 2015, p. 97) mas esta é mais acentuada em equipas de rua (Patrício, 1997) necessita ter, aliás, a necessidade da criação de uma relação de ajuda com os utentes e o estabelecimento de relações de parceira com outras entidades, desde organismos do poder local, a diretores de agrupamentos escolares, a responsáveis por estabelecimentos comerciais diversos, com destaque para os espaços noturnos, assim o exige.

Por fim, a instrução superior e as habilidades e competências técnicas do Assistente Social desempenham um papel extremamente importante na prossecução dos objetivos das equipas de rua, na medida em que a utilização de técnicas, estratégias e instrumentos de intervenção social são cruciais para detetar, prevenir e reparar alguns comportamentos e atitudes (Ferreira, 1997; Conceição, 2010, Goodman, 2009). Neste enquadramento e descrevendo o trabalho do Assistente Social em equipas de rua, é possível definir 4 fases em que o mesmo se desenvolve:

Primeira fase ou fase de avaliação do problema ou descoberta inicial: nesta fase é identificada a natureza do problema, as reais e camufladas preocupações do utente, os objetivos a curto e médio prazo. É nesta fase que atitudes como a compreensão, a empatia, a congruência e a autenticidade consolidam, ou não, uma relação profissional de ajuda.

Segunda fase ou fase de contacto e aproximação: nesta fase procede-se aos atendimentos/ acompanhamentos. O profissional tenta estabelecer uma relação de ajuda, caracterizada pela atitude empática. O que se pretende é ganhar gradualmente a confiança do utente, colocando-o mais à vontade para que partilhe a sua condição. Para criar confiança, o profissional procede a diferentes estratégias, como substituir mesas quadradas por mesas redondas, sentarem-se em sofás durante o atendimento, beber um café

juntamente com o utente, entre outras, adaptando estratégias circunstanciais às características do utente.

Terceira fase ou fase de intervenção, orientação e encaminhamento, exploração em profundidade: nesta fase em que é comunicado ao utente as perceções do Assistente Social e em que se verifica se as mesmas se coadunam com as dele, favorecendo o autodiagnóstico das dificuldades e dos obstáculos. Prepara-se o utente para a ação, testam-se alternativas e constrói-se em conjunto planos de ação e as respetivas alterações. Em suma, na terceira fase estruturam-se as decisões e estimula-se a avaliação e verificação da realidade.

Quarta fase, também entendida como fase de encaminhamento para outros serviços sociais e comunitários: na última fase do processo de ajuda do Assistente Social em equipas de rua encaminha-se o utente para outros serviços ou instituições específicas, quando necessário e numa ótica de complementaridade de serviços e intervenções (Brinca, 2010).

Estas fases são mediadas pelo método de intervenção do Serviço Social que implica um conjunto de procedimentos que passam por identificação de fases, tais como, a determinação do problema social ou pedido; análise da situação; diagnóstico social; elaboração do projeto de intervenção e contrato; efetivação prática das estratégias de intervenção; avaliação dos resultados e finalização da ação (Robertis, 2011, p.78).

Durante a primeira fase (determinação do pedido), é necessário verificar de onde surge o pedido, uma vez que este pode surgir do próprio utente ou de outro serviço tal como centros de saúde, através de referenciação realizada pelo Médico de Família. Ainda nesta fase é necessário clarificar quem faz o pedido, qual o pedido, qual a problemática, qual a intervenção a por em prática e quais são os objetivos a traçar (Robertis, 2011, p.79).

Segue-se a fase da análise da situação que requer a recolha de informação junto do consumidores de substâncias psicoativas relativamente à sua própria situação e também sobre o meio que o envolve (Robertis, 2011, p.79). A terceira fase é o diagnóstico social que requer a construção de uma síntese através dos dados recolhidos durante a fase anterior (Robertis, 2011, p.79).

A fase da elaboração do projeto de intervenção surge através da fase descrita anteriormente, e é nesta fase que se define aquilo que se pretende realizar e como se visa por colocar em prática. Ao longo desta fase é necessário definir objetivos específicos de intervenção (Robertis, 2011, p.80).

Segue-se a fase de implementação do projeto comum que nos diz que o Assistente Social deve optar pela intervenção que vai de encontro aos objetivos que foram anteriormente definidos, tendo em conta as técnicas e estratégias de intervenção. Deste modo a intervenção pode ser direta ou indireta. Quando falamos em intervenção direta significa que os consumidores de substâncias psicoativas está presente, tal como o Assistente Social, durante a mesma e, quando falamos em intervenção indireta significa que o Assistente Social age direcionado para o utente, sendo que este não está presente (Robertis, 2011, p.80).

A avaliação dos resultados é a fase que se segue e pressupõe a análise das mudanças que se verificaram desde o início até ao fim de uma intervenção tendo sempre em conta os objetivos específicos definidos (Robertis, 2011, p.80-81). Por fim, a sétima e última fase é o fim da ação. Esta fase defende que uma intervenção tem um início, um desenvolvimento e um fim (Robertis, 2011, p.81).

Contudo, o fim é um mero formalismo, já que a intervenção em equipas de rua requer temporalidade e, este processo está constantemente a ser colocado em prática.

#### **2.4 – Desafios do Serviço Social na adição e (toxico)dependência**

O Serviço Social como profissão multidisciplinar procura a mudança social. Considerando uma multiplicidade de problemas sociais, que exigem dos profissionais intervenções específicas que promovam a satisfação das necessidades humanas e a capacitação individual ou de grupo para a ação e participação ativa nos percursos de vida próprios. Para uma intervenção social mais personalizada e adequada, é necessário que o Assistente Social esteja sempre atualizado no que se refere à utilização de métodos, técnicas e instrumentos que o auxiliam em toda a intervenção social. A multidisciplinaridade da profissão “implica funções próprias que podem ser classificadas como funções compartilhadas [com técnicos de outras áreas] (...) e as funções específicas” (Rocha, s/d), sendo que estas últimas dependem do sistema organizacional das instituições onde trabalha.

O Assistente Social em equipas de rua, exerce o seu papel de mediador social, onde por vezes a causa do conflito reside numa deficiente ou ausência de comunicação. Aqui, o Assistente Social auxilia, esclarece ou dissipa áreas de conflito ou divergência, concede às partes poder (controlo das decisões sobre as suas próprias vidas), orienta e organiza a

informação de base à tomada de decisão/posição. Partindo de um conflito (indecisão no tipo de tratamento ou indecisão entre o Programa de Manutenção de Metadona e a abstinência, ausência de suporte familiar), a prática mediadora tenta estabelecer o equilíbrio entre as partes em conflito, com vista a algum tipo de mudança, nem que a mudança passe simplesmente, por higiene pessoal, vestuário limpo, regras de sociabilidade, entre outras (Goodman, 2009).

No trabalho diário desenvolvido com consumidores de substâncias psicoativas também recorreremos às etapas da mediação, tais como definição do(s) problema(s) (de forma mútua, desenvolvimento de opções através do *brainstorming*, de categorização de ideias, discussão sobre estereótipos, redefinição de posições ou etapas/metapas (transformá-las em interesses), negociação sobre as soluções encontradas ou previstas, acordo ou contratualização.

O Assistente Social enquanto mediador também é um facilitador de comunicação, avaliador, interventor e especialista, possibilitando o diálogo, abrindo oportunidades de solução, avaliando as forças e fraquezas do consumidor de substâncias psicoativas, da sua família e da própria equipa de rua onde está inserido, informa-se sobre os interesses do seu cliente, faz prognóstico quanto ao impacto nos interesses de não se alcançar o estabelecido ou acordado, tendo em vista a satisfação e o respeito pelos interesses e liberdades individuais (Goodman, 2009; Almeida, 2002).

A mediação pode ser criadora ou renovadora quando suscita laços benéficos entre pessoas ou grupos que não os tinham ou quando permite melhorar os laços já existentes entre as pessoas e os grupos. A mediação pode também ser preventiva, quando antecede um conflito ainda em gestação entre pessoas e grupos e consegue evitar a sua explosão, ou curativa, quando responde a um conflito existente ajudando as pessoas e grupos envolvidos a encontrar uma solução (Almeida, 2002).

O debelar do consumo de substâncias psicoativas categoriza-se em três estádios, identificados pela desintoxicação ou superação da síndrome de abstinência física, a desabituação ou eliminação dos comportamentos e desejos antigos relacionados com o consumo, por último, a incorporação social ou integração plena do indivíduo na comunidade. O aumento da motivação ao longo do trabalho de mudança comportamental implica a aceitação da doença e da recuperação, onde as recaídas são vistas como processos de aprendizagem e não como episódios de tratamento fracassados (Salabert e Tagle, 2006).

São várias as estratégias de intervenção na área do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente:

-Complementaridade de objetivos, onde há a flexibilização e adoção de diferentes itinerários personalizados de intervenção, consoante a personalidade e as vontades manifestadas pelo consumidor de substâncias psicoativas na adesão ao programa de mudança, podendo passar exclusivamente pela RRMD. A complementaridade prevê a inclusão social através da manutenção de condições mínimas de vida, de autossuficiência económica e da criação de espaços de relacionamento pessoal, familiar e social.

Com a inclusão social pretende-se ““poner a disposición de los usuarios las intervenciones, programas y actuaciones favorecedoras de la normalización social y de la incorporación a la vida ciudadana en pleno derecho” (Mendieta *et al*, 2006, p. 284).

Para tal, pode-se recorrer a estratégias pedagógicas e sociais, semelhantes à designada Prática Pedagógica, baseiam-se num processo de ensino-aprendizagem-assimilação, sob uma vertente mais completa e diversificada, possibilitando a captação, aquisição e o desenvolvimento da autonomia pessoal e social, através das habilidades e competências construídas pelo próprio consumidor de substâncias psicoativas (Álvarez e Coto, 2007, p. 158).

Na atualidade e no futuro próximo, a intervenção deve guiar-se por este tipo de estratégias de forma “ayudar a la gente a establecer una relación no problemática con los usos de drogas, enseñándoles a drogarse de una manera saludable, no destructora, en expresión de emociones, en programas de ocio y diversión, habrá que abordar la relación salud mental-consumo de drogas (patología dual), realizar prevención inespecífica en todos los ámbitos, conocer y enseñar nuevos modelos del uso del tiempo, tener en cuenta el tiempo de diversión/trabajo” (Álvarez e Coto, 2007, p.159).

É importante ter em conta uma abordagem integral ao consumidor de substâncias psicoativas, que implica trabalhar, sequencial e transversalmente, várias áreas de atuação, nomeadamente, sanitária, psicossocial, socioeducativa, familiar, formativa e profissional, judicial e de desenvolvimento pessoal.

A intervenção social não é exclusiva dos Assistentes Sociais. Quando se trabalha em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas é essencial definir estratégias

de contato, tais como fazer perguntas abertas, ouvir reflexivamente, fazer afirmações, resumir e extrair informação.

Estas estratégias podem ser evocativas ou focarem-se nos aspetos positivos e negativos do presente comportamento do consumidor de substâncias psicoativas. Pode ajudar recuar ao tempo em que o comportamento do consumidor de substâncias psicoativas criava maiores problemas ou evocar como gostaria que fosse a sua vida, para depois definir objetivos que vão ao encontro dessas aspirações. O uso de paradoxos que permitam contrastar o atual comportamento com o comportamento futuro desejado pode também ser bastante útil. A extração de afirmações motivacionais pretende levar o consumidor de substâncias psicoativas a reconhecer o seu problema, a mostrar alguma preocupação com a sua condição e a expressar alguma intenção de mudança.

Perante as respostas do consumidor de substâncias psicoativas, o Assistente Social deve procurar a sua elaboração e/ou clarificação. Pode ser significativo inverter os papéis, isto é, levar o consumidor de substâncias psicoativas a fazer o papel de conselheiro e o conselheiro a fazer o papel de cliente, apresentando os seus pontos de vista. Utilizar resumos para verificar a veracidade da informação e esperar sempre que o cliente avance de nível. McMurrin e Hollin (1993), referidos em Goodman (2009) referem que o Assistente Social, aquando da aplicação das estratégias do guia de atividades, devem ter em conta o *feedback* pessoal para o consumidor de substâncias psicoativas sobre o seu comportamento, a responsabilidade do consumidor de substâncias psicoativas pelas suas ações, aplicar o aconselhamento sem confrontação, apresentar um leque variado de alternativas, com objetivos possíveis e formas de os atingir, criar uma relação empática, que promova o aumento da autoestima e um estilo positivo centrado no consumidor de substâncias psicoativas e, por fim, permitir ao consumidor de substâncias psicoativas acreditar na mudança, ou seja, promover a eficácia pessoal.

Mouro (2014, p. 44) acrescenta às estratégias já enunciadas as estratégias mediadoras, a estratégia capacitadora, as estratégias mobilizadoras e o *coping* social, caracterizadas da seguinte forma:

- Estratégias Mediadoras – como o nome mediação denota, estas estratégias devem ser utilizadas em situações de conflito, desentendimento ou desinformação, conciliando o consumidor de substâncias psicoativas com a intervenção social.

- Estratégia Capacitadora – aplicada quer por *empowerment* quer por educação para a cidadania, permite “desenvolver as sinergias essenciais à autodeterminação e à construção da cidadania”.

- Estratégias Mobilizadoras – “uso de dinâmicas de grupo como meio não diretivo de desenvolver a ação interventora. São utilizadas não só em contextos de terapia, como também de intervenção comunitária”.

- *Coping* Social – centram-se na “resolução do problema ou na regulação dos estados de sofrimento social. Podem ter um cariz reflexivo e pressupor uma redução de sofrimento social resultante de processos de resiliência à mudança”.

No trabalho desenvolvido com os consumidores de substâncias psicoativas, somos confrontados com a necessidade de introduzir estratégias de intervenção para que o trabalho seja mais apelativo, criativo e dinâmico.

Neste capítulo procurou-se situar o Serviço Social como profissão, no contexto teórico e prático, de modo a destacar alguns pressupostos centrais no debate da prática profissional do Assistente Social na tóxico(dependência) em equipas de rua. Realizou-se um enquadramento histórico do Serviço Social, dando especial destaque às equipas de rua, de forma a compreender os principais fundamentos teóricos, metodológicos e éticos que influenciaram as práticas sociais na atualidade. Abordaram-se alguns modelos de intervenção, a relação de ajuda e sua instrumentalidade, bem como os desafios da intervenção do Serviço Social com consumidores de substâncias psicoativas. No capítulo seguinte, apresenta-se o processo metodológico, ou seja, o caminho percorrido nesta pesquisa.

No capítulo seguinte abordam-se as opções metodológicas, as opções epistemológicas e as estratégias.



## PARTE II – METODOLOGIA

### CAPÍTULO 3 – OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

#### 3.1. Fundamentos da investigação

A presente investigação justifica-se na medida que é inovadora na área do Serviço Social, fundamental e pertinente, dado que a política estatal na área de redução de riscos e minimização de danos, atualmente, direciona-se quer para prevenção de comportamentos de risco, quer para o tratamento.

Estas medidas são consubstanciadas no programa de RRMD, com a atribuição das equipas de rua, em particular as de Serviço Social.

Além da pertinência e urgência da investigação na área da redução de riscos e minimização de danos, o facto de a investigadora ter trabalhado como Assistente Social numa equipa de rua, onde assumiu também a função de coordenação, levou à compreensão da importância da qualificação dos profissionais que se dedicam a estas áreas, nomeadamente no fenómeno do consumo de substâncias psicoativas, constituindo-se como uma ameaça, imprevisível e com efeitos irreparáveis. Esta última observação vai ao encontro de Fortin (1999, p. 48) que refere que os passos para a escolha de um problema de investigação passam por “escolher uma temática que suscite interesse da parte do investigador”.

Contudo, nos casos em que o investigador está implicado também na intervenção, este tem de ter uma maior capacidade de reflexão para que o “observado” não se traduza só numa reflexão da prática mas numa prática refletida e assumida como novo conhecimento. Neste tipo de pesquisa o saber da experiência é determinante mas é importante um certo grau de “afastamento” do investigador em todo este processo, para entender os quadros de referência teórica presentes e ser possível analisar a realidade com um certo grau de distanciamento. Mas o facto de o investigador ser também interventor permite ter uma visão mais clara, aprofundada e efetiva do objeto de estudo. Permite igualmente que os resultados da investigação possam ser utilizados *in loco* para melhorar os processos de intervenção nesta área.

Relativamente às motivações científicas, a investigadora acredita que a investigação possa ser útil como suporte da intervenção, tanto para os alunos, como para os Assistentes Sociais no campo do Serviço Social. A presente investigação tem como objetivo apresentar as visões subjetivas dos Assistentes Sociais que colaboraram nesta investigação, sob o paradigma da intervenção, assente num processo colaborativo, criador de saberes teóricos, metodológicos e instrumentais.

Qualquer investigação é balizada a partir de questões iniciais. Definir uma questão de investigação preliminar que representa a interrogação face ao domínio da questão, considerar os tipos de questão-pivots, determinar o tipo de questão de investigação em relação ao estado dos conhecimentos do domínio escolhido, preceder a uma análise crítica da questão que conduzirá ao seu enunciado final (Fortin, 1999, p.48).

Assim, no âmbito desta tese pretende-se conhecer a especificidade da intervenção do Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas.

Pretendemos evidenciar a intervenção do Serviço Social na área da adição tóxica (dependência) em equipas de rua revelando a sua especificidade, no que diz respeito à dimensão técnico-instrumental em contextos de grande complexidade. São os instrumentos mais participados pelos sujeitos de intervenção e com maior exigência em termos de decisões técnicas (diagnóstico social, entrevistas, visitas domiciliárias, acompanhamentos sociais) e maior temporalidade (de média e de longa duração) que mais contribuem para atingir os objetivos destes programas de minimização de danos levados a cabo por estas equipas e para criar processos de identidade profissional nesta área. São estes que permitem construir um modelo de prática mais participada, criativa/alternativa.

### **3.1.1 - Objeto e objetivos de investigação**

Tendo presente o objeto de estudo desta investigação, os conhecimentos, métodos, técnicas, princípios e valores implícitos na dimensão técnico-instrumental da intervenção do Serviço Social em equipas de rua, definimos como objetivo geral: conhecer a especificidade da intervenção do Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas, identificando modelo (s) de prática profissional. Pretendemos especificamente:

- Identificar o perfil destes profissionais, os percursos e as experiências em equipas de rua;

- Explicar o modo como os profissionais usam os procedimentos e a instrumentalidade da profissão em equipa de rua multidisciplinar e com a população alvo;
- Identificar as estratégias de intervenção utilizadas em equipas de rua, tendo em conta os seus contextos, os recursos disponíveis e a dinâmica de trabalho da equipa;
- Perceber a finalidade de cada instrumento e o seu uso na intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua, identificando modelos de práticas.

### **3.2 - Escolhas epistemológicas e opções metodológicas**

O fundamento epistemológico da pesquisa insere-se num plano descritivo com a utilização da técnica do questionário e da entrevista semi-estruturada.

**Com o estudo descritivo pretende-se descrever as características de uma população, um fenómeno ou experiência para o estudo realizado.**

Na pesquisa descritiva, cabe ao pesquisador fazer o estudo, a análise, o registo e a interpretação dos fatos do mundo físico, sem a manipulação ou interferência dele.

Ele deve apenas descobrir a frequência com que o fenómeno ocorre ou como se estrutura dentro de um determinado sistema, método, processo ou realidade operacional (Gil, 2007, p. 44). Pretendemos estudar a prática dos profissionais de Serviço Social equipas de rua na adição e toxicodependência em Portugal.

O estudo descritivo apresenta propósitos descritivos e explicativos, isto é, pretende-se descrever o fenómeno em seu contexto de mundo real, ou seja, o Serviço Social em equipas de rua de Portugal continental, explicando como ou por que utilizam os instrumentos em Serviço Social e como contribuem para a minimização dos danos.

O estudo descritivo “pode abarcar diferentes orientações epistemológicas, por exemplo, uma orientação relativista ou interpretativista comparada a uma orientação realista” (Yin, 2015, p. 18) ou o paradigma compreensivo e interpretativo. A epistemologia interpretativista (Flick, 2005; Stauss & Corbin, 2008; Weber, 2003 [original 1913]) tem como principal intenção permitir a produção de conhecimento acerca do exercício profissional e dos significados atribuídos pelos Assistentes Sociais, tendo em conta a sua experiência

pessoal e profissional, exercitada através da investigação-ação-participativa ou vice-versa (através da avaliação e supervisão da intervenção) e, acima de tudo, da ação refletida, sobre as subjetividades e significados atribuídos às práticas.

No estudo que pretendemos levar a cabo “procede-se ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade” (Carmo e Ferreira 2008, p.49). A investigação incide sobre a utilização de instrumentos em equipas de rua, por parte dos Assistentes Sociais. Este é um tema inovador, com pouco suporte metodológico ou comparativo em termos de investigações nacionais. Neste âmbito, pretende-se definir um “perfil geral do fenómeno” (Fortin, 1999, p.162).

O método indutivo permite ao investigador partir de uma “situação particular para formular, provisoriamente, um problema de investigação, articular ao menos uma questão geral de investigação e selecionar uma metodologia apropriada” (Freixo, 2009, p. 97). A partir da problematização, segundo uma sequência indutiva, seleciona-se uma situação concreta, formula-se o problema de investigação (provisório, sujeito a reformulações), a questão geral e específicas, segue-se a escolha da estratégia, do método, a amostragem teórica, para assim se proceder à colheita de dados. Ou seja, parte-se de um foco, procede-se à sua reflexão e reformulação, tendo em conta a articulação entre as experiências e conhecimentos pessoais, textos com suporte científico, abordagens teóricas, conceitos pertinentes, até se chegar à análise indutiva e interpretativa dos dados colhidos.

Tendo em linha de conta os objetivos da presente investigação, considera-se que a melhor forma de conhecer, compreender e analisar as práticas dos Assistentes Sociais em equipas de rua (referencial teórico, metodológico e instrumental) é através de uma metodologia interpretativista (Coutinho, 2016, Yin, 2015) que inclua técnicas quantitativas e qualitativas-indutiva. Esta abordagem permite uma melhor compreensão da realidade através da seleção de profissionais no processo de recolha de dados.

Considerando que a análise dos instrumentos utilizados pelas equipas de rua, baluarte do Serviço Social de proximidade, se constitui como objetivo da presente investigação, recorreu-se a uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa (Lessard-Hébert et al, 1994, p. 31; Flick (2005) e Coutinho, 2016, Yin, 2015) que permitisse compreender a intersubjetividade dos agentes envolvidos neste processo nomeadamente os profissionais de Serviço Social.

Os procedimentos metodológicos foram diversificados, desde a pesquisa bibliográfica, à análise documental, ao inquérito exploratório por questionário *online* (Hill e Hill, 2002; Coutinho, 2016, Yin, 2015) à entrevista semi dirigida (Lessard-Hébert et al,1994, p.160).

Posteriormente, procedeu-se à análise estatística das perguntas fechadas do questionário e à análise de conteúdo das perguntas abertas e da entrevista semi-dirigida (Lessard-Hébert et al,1994, p.160).

### 3.3 – Operacionalização do Modelo de Análise

Para analisar a realidade em estudo foi construído um modelo de análise que permitiu situar a pesquisa a realizar em equipas de rua. O modelo de análise permite situar o tipo de estudo a desenvolver e a forma como se irá analisar e discutir os dados obtidos (Carmo e Ferreira, 2008, p. 155). Tendo em conta que pretendemos analisar, a intervenção do Serviço Social em equipas de rua, consideramos que a mesma decorre do perfil e do tipo de adição e toxicod dependência, das políticas públicas, do envolvimento e participação da população alvo, e dos instrumentos utilizados pelos profissionais.

**Quadro 4 - Operacionalização do Modelo de Análise**

Conceito	Dimensões de Análise	Variáveis
	Comportamentos Aditivos e Dependências	Conhecimentos sobre SPA Adição, dependência, doença. Rede de respostas em CAD
		Cuidados de saúde primários – unidades funcionais
Cuidados de saúde especializados		
Programas de consumo e de redução de riscos Número de equipas de rua e caracterizar os seus objetivos e serviços prestados. Política de redução de riscos e minimização de danos		
	Participação da população alvo	Envolvimento dos participantes Grau de participação em equipas de rua

<b>Intervenção dos AS nas equipas de rua</b>	Instrumentalidade do Serviço social	Enquadramento do Serviço Social Definição do Serviço Social: missão, princípios e valores
		Intervenção em equipas de rua: identificar o número de Assistentes Sociais e caraterizar os seus objetivos e serviços prestados
		Metodologias de trabalho do Serviço Social com consumidores de substâncias psicoativas: método, modelos, estratégias e instrumentos de intervenção

**Fonte:** Elaboração própria.

### **3.4 - Técnicas de recolha de dados empíricos**

A operacionalização do modelo de análise permitiu, construir os instrumentos de recolha de dados. Optamos por efetuar num primeiro momento um inquérito exploratório por questionário que permitiu indagar a realidade observada (Hill e Hill, 2002; Coutinho, 2016), e criar linhas de aprofundamento da questão em estudo, através da aplicação de uma entrevista semi-dirigida (Apêndice B).

O questionário foi concebido de forma a obter conhecimentos extensivos sobre o perfil, percurso e experiência profissional dos respondentes, bem como o conhecimento, utilização, e frequência da aplicabilidade dos instrumentos do Serviço Social e estratégias de intervenção. Inclui perguntas fechadas acerca do perfil dos profissionais e perguntas abertas, tipo de intervenção do Serviço Social em equipas de rua (Apêndice A).

O questionário revelou-se a melhor solução para a recolha de dados extensos e em realidades relutantes em serem estudadas.

A aplicação deste instrumento iniciou-se com a apresentação do tema de investigação e dos objetivos do estudo. Numa primeira fase, realizou-se um pré-teste a três Assistentes Sociais com experiência comprovada em equipas de rua, enviado duas semanas antes da aplicação do instrumento. Com o pré-teste avaliou-se a pertinência, adequação e legibilidade das questões colocadas (Fortin, 1999, p. 253).

O questionário era composto por questões de tipologia variada: questões abertas, questões semiabertas e questões fechadas e questões de informação ou biográficas. Este instrumento foi concebido de forma a obter conhecimentos sobre o perfil, percurso e experiência profissional dos respondentes, bem como a sua opinião sobre a prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua em comparação com outras realidades, nomeadamente: procedimentos relacionais e burocráticos, atitudes dos profissionais de Serviço Social das equipas de rua para o estabelecimento de uma relação de ajuda profissional, conhecimento, utilização, e frequência da aplicabilidade dos instrumentos do Serviço Social e estratégias de intervenção.

A fim de prevenir as situações de não-resposta, nalgumas questões optou-se por acrescentar informação adicional, n/r (não-resposta), ou criando categorias que explicassem o tipo de resposta dada, favorecendo a compreensão imediata do conteúdo da pergunta. Esta decisão vai ao encontro das sugestões de Carmo (2008, pp. 155-156) que sugere a redação de “instruções claras e acessíveis e estratégias de reforço”.

Depois de aferido e testado, o instrumento foi enviado às 30 equipas de rua existentes em Portugal Continental. Os inquéritos estiveram disponíveis *online* durante o período de um mês, de 2 de março a 2 de abril de 2016. Obtiveram-se 22 respostas. Oito equipas de rua não responderam ao questionário. Depois de contactadas pessoalmente, as razões apresentadas foram as seguintes: três equipas de rua não tinham Assistente Social; uma não resposta prende-se com motivos relacionados com a política institucional – não autorização em responder ao questionário. As outras quatro não respostas, prendem-se com razões ligadas à avaliação intermédia e final do projeto que coincidiram com o envio dos questionários online, pressão relativamente à salvaguarda do posto de trabalho (renovação ou início de projeto de financiamento) o que fez com que os profissionais não respondessem (estas razões foram apresentadas telefonicamente). Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao programa estatístico versão n.º 22, e análise de conteúdo no que diz respeito às perguntas abertas.

Depois de recolhidos os dados no questionário, foram efetuadas entrevistas semi-dirigidas (Apêndice B). Estas foram planeadas e executadas, enfatizando questões de aprofundamento do objeto de estudo. Privilegiou-se a interação entre entrevistador e entrevistado, concretamente “a influência do entrevistador no entrevistado, as diferenças

que entre elas existem (de género, de idade, sociais e culturais) e a sobreposição de canais de comunicação” (Carmo, 2008, p. 142). As entrevistas incluíam temas como o relato das práticas público vs privado, as influências das práticas face aos serviços prestados pelas equipas de ruas, os fundamentos da relação de ajuda, os registos e os instrumentos, a renovação do conhecimento – formação base e contínua e as estratégias de intervenção contextualizadas.

A seleção dos informantes a entrevistar teve em conta aspetos como: Percurso e experiência profissional significativos em equipas de rua (mais de 5 anos de experiência na área de RRMD); Proximidade/localização/condições de acessibilidade e disponibilidade das equipas de rua. Foram realizadas seis entrevistas as quais foram submetidas a análise de conteúdo temático categorial. O número de entrevistas foi limitado, o que limitou a recolha de dados de uma forma mais extensiva. A razão apresentada para este facto, prende-se com questões de confidencialidade profissional e também à não autorização por parte das coordenações destas equipas da realização da mesma e disponibilidade.

### **3.5 - Procedimentos de análise e interpretação de dados**

Considerando a natureza da investigação proposta, o estudo descritivo, recorreu-se a uma metodologia de base mista, mas onde se combinaram dados quantitativos e qualitativos (Coutinho, 2016; Flick, 2005, Yin, 2015). Com os dados quantitativos pretendeu-se aferir a frequência de aplicação e o conhecimento sobre os instrumentos de Serviço Social em equipas de rua, bem como a descrição sociodemográfica dos Assistentes Sociais, favorecendo a compreensão descritiva e padronizada da realidade em estudo. Os dados foram tratados com o programa SPSS, versão n.º 22 (Marôco, 2014).

Com os dados qualitativos pretendeu-se analisar a experiência subjetiva da aplicação dos instrumentos de Serviço Social em equipas de rua, por parte dos Assistentes Sociais que nelas trabalham, obtendo um conhecimento mais aprofundado das experiências pessoais, das situações e das interações com consumidores de substâncias psicoativas. A análise de conteúdo das perguntas abertas e das entrevistas (Anexo I), entendida como o “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que permite descrever mensagens de forma sistemática, inferindo resultados por via de “operações lógicas, pelas quais se admite uma

proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceites como verdadeiras” (Bardin, 2004, p. 39).

De acordo com as propostas de Bardin (2004), o conteúdo resultante das perguntas abertas do questionário, bem como o conteúdo resultante da transcrição das entrevistas (Anexo I), foi distribuído por categorias, formadas através da seleção de palavras-chave presentes nos discursos, sendo que essas palavras-chave correspondem a “uma unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2004, p. 98). Designado codificação categorial por recorte, este processo permite que os dados sejam “transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2004, 97).

Tendo em conta que os recortes podem ser feitos por tema, palavra, frase, entre outros, na presente análise optou-se por selecionar expressões contidas na pergunta formulada ou no discurso dos inquiridos. Cabe também destacar que as categorias selecionadas respeitam os critérios de exclusividade, pertinência, objetividade, fidedignidade e produtividade, cuja aplicação se recomenda quando se pretende obter resultados que inequivocamente respondam às questões de investigação. Segundo Flick (2005,p. 272), a articulação destas técnicas permite “obter sobre o assunto em estudo um conhecimento mais alargado do que o proporcionado por uma única abordagem (...) [e] validar mutuamente os resultados das duas abordagens”. Os “métodos quantitativos e qualitativos revelam diferentes aspetos da realidade empírica e conseqüentemente devem utilizar-se diferentes técnicas de observação da realidade” (Carmo e Ferreira, 2008, p. 202).

### **3.6 - Universo e amostra**

A constituição da amostra entendida como “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.202), varia de acordo com o instrumento de recolha de dados aplicado. Assim, o questionário foi enviado às trinta equipas de rua identificadas pelo Sicad a operar em Portugal Continental no ano de 2016, a partir de uma amostra aleatória simples (Sarmiento, 2008, p. 25). Para a realização da entrevista semidirigida optou-se pela constituição de uma amostra não probabilística e por conveniência/intencional. Assim, foram efetuadas seis entrevistas a Assistentes Sociais,

tendo em conta alguns critérios, como distância/local e disponibilidade demonstrada. Desta forma e sendo um estudo com características exploratórias, os dados obtidos pelas narrativas dos sujeitos permitem a compreensão em profundidade do objeto de estudo, mas não irão permitir a sua generalização a outros contextos semelhantes de intervenção da prática profissional.

O campo empírico é constituído por Assistentes Sociais que trabalham em equipas de rua e o universo são 30 equipas de rua com 28 profissionais.

Na recolha de dados na pesquisa efetuada, através dos inquéritos por questionário e entrevistas, foram respeitadas as questões de ética e os princípios da confidencialidade e do anonimato dos intervenientes: inquiridos e instituições onde os mesmos exercem funções. Quer as instituições responsáveis por estes programas, quer as equipas de rua, e os entrevistados não são identificados na tese nem a sua localização. Esta, foi uma condição prévia para a realização deste estudo.

## CAPÍTULO 4 – ESPECIFICIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM EQUIPAS DE RUA

### 4.1– Perfil, percursos e experiências profissionais em equipas de rua

O perfil dos profissionais de Serviço Social em equipas de rua (tendo em conta as respostas dos questionários) não foge à regra geral da profissão, pois a maioria é do sexo feminino: 20 dos inquiridos e 2 do sexo masculino. Estes apresentam uma média de idades de 37 anos (com idade máxima de 53 anos e idade mínima de 28 anos), sendo que as faixas etárias com maior percentagem agrupam-se: entre os 31-35 anos (27,3%); entre os 25-30 anos (22,7%); entre os 36-40 anos e os 46-50 anos (4,5%).

Quadro 5 - Idades vs Sexo

Idades	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
25 a 30 anos	22,7%		22,7%
31 a 35 anos	27,3%		27,3%
36 a 40 anos	13,6%	4,5%	18,2%
41 a 45 anos	18,2%		18,2%
46 a 50 anos		4,5%	4,5%
51 a 55 anos	9,1%		9,1%
Total	90,9%	9,1%	100,0%

Fonte: Elaboração pela própria, com base nos dados recolhidos no estudo

Os anos de experiência profissional variam entre 1 ano a 6 anos. A média é de 2,82 anos de experiência profissional. Esta média está conforme o tempo de duração do financiamento dos programas (Cf. Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho). Estes são financiados maioritariamente por 24 meses – quadro 6.

Verifica-se que os Programas com duração de 4 anos têm profissionais com mais anos de experiência.

**Quadro 6 - Tempo de Experiência vs Duração do programa**

Tempo de experiência	Duração do programa quantitativa			Total
	1 ano	2 anos	4 anos	
1		20,0%		20,0%
2	13,3%	6,7%	6,7%	26,7%
3	6,7%	6,7%	6,7%	20,0%
4		20,0%		20,0%
5	6,7%			6,7%
6			6,7%	6,7%
Total	26,7%	53,3%	20,0%	100,0%

Fonte: Elaboração pela própria, com base nos dados recolhidos no estudo

**Quadro 7 - Estabelecimento de Ensino vs Duração do programa**

Estabelecimento de Ensino	Frequência	Percentagem em	Percentage m válida
Instituto Miguel Torga em Coimbra	4	18,2	20,0
Instituto Politécnico de Leiria	2	9,00	10,0
Instituto Superior Serviço Social do Porto	9	40,9	45,0
Universidade Católica Portuguesa - Braga	2	9,1	10,0
Universidade Católica Portuguesa - Lisboa	2	9,1	10,0
Total	20	90,9	100,0
Ausente 99	3	13,6	
Total	22	100,0	

Fonte: Elaboração pela própria, com base nos dados recolhidos no estudo

No quadro 7, podemos verificar que estes profissionais são todos licenciados em Serviço Social, efetuaram a sua formação profissional em vários estabelecimentos de ensino em Portugal: 9 profissionais terminaram a Licenciatura em Serviço Social no Instituto Superior de Serviço Social do Porto (40,9%), 4 no Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra (18,2%)

e 4 inquiridos na Universidade Católica - Faculdade de Ciências Humanas de Lisboa e de Braga (18,2%). Também na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria (9%) conferiram o grau aos 2 restantes inquiridos, e 3 (13,6%) não tem dados sobre o local de formação.

As equipas de rua onde os Assistentes Sociais desenvolvem a sua atividade foram criadas entre os anos de 2000 a 2015. Os projetos onde estes profissionais trabalham foram financiados por várias instituições e programas, nomeadamente Sicad/APDES – Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências e Agência Piaget para o Desenvolvimento, assim como o PORI – Programa Operacional de Respostas Integradas.

O programa de financiamento das equipas de rua mais utilizado é SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) com 58,2% do financiamento, 16,7% o PORI (Programa Operacional de Respostas Integradas) e 8,3% a APDES (Agência Piaget para o Desenvolvimento), cofinanciado pelo Sicad.

**Quadro 8 - Fontes de Financiamento vs Duração do programa**

Fontes de Financiamento	Duração do programa quantitativa			Total
	1 ano	2 anos	4 anos	
Co-financiamento pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e outras Dependências		8,3%		8,3%
PORI		8,3%		8,3%
Programa Operacional de Respostas Integradas	8,3%	8,3%		16,7%
Projeto - Resiliência, Integração, Oportunidade		8,3%		8,3%
Sicad - Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos	16,6%	25,0%	8,3%	58,2%
Sicad e APDES			8,3%	8,3%
Total	25,0%	58,3%	16,7%	100,0%

**Fonte:** Elaboração pela própria, com base nos dados recolhidos no estudo

Normalmente os projetos são financiados por dois anos com renovação por igual período de tempo, desde que o diagnóstico das necessidades assim o justifique (Cf. Portaria n.º

749/2007, de 25 de junho, aprovou o regulamento da atribuição de financiamento público, através do Instituto de Droga e Toxicodependência, a programas e a estruturas sócio sanitárias de RRMD, revogado pela Portaria n.º 27/2013, de 24 de Janeiro e Portaria n.º 1115/2001, de 20 de setembro, que aprovou o regulamento do financiamento das entidades promotoras das equipas de rua, criando os instrumentos de apoio financeiro, revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de junho).

Os programas de financiamento têm relatório de avaliação intercalar ou intermédia ao fim de 12 meses de intervenção e o relatório de avaliação final após os 24 meses (Cf. Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, artigos 13º, 72º, 73º,).

#### **4.2 – A multidisciplinaridade em equipas de rua**

As equipas de rua são constituídas por vários profissionais com diversas formações (Cf. Decreto lei n.º183/2001, de 21 de Junho, artigo 61º), destacando-se os Assistentes Sociais como elemento sempre presente nestas equipas, (excepto as que não responderam ao questionário, pois não temos dados sobre as mesmas), seguindo-se os Enfermeiros e os Psicólogos. A maioria das equipas é multidisciplinar e apresenta a seguinte composição: Assistentes Sociais (onde assumem a função de Coordenadores das equipas de rua), Enfermeiros, Psicólogos, Monitores, Educadores Sociais, Educadores de Pares e Voluntários. Como referimos no enquadramento teórico, a multi e a interdisciplinaridade é visível nestas equipas (Covey,2000; Fazenda, 2002; Zamanillo,2008; Carvalho,2012; Ribeirinho, 2013).

Relativamente à constituição das equipas e, tendo em conta o Decreto-lei n.º 183/2001 de de 21 de Junho, artigo n.º 61, “o responsável técnico por cada programa de equipas de rua deve ser um profissional de área psicossocial. As equipas de rua podem ser motorizadas ou não, devendo integrar pessoas, remuneradas ou não, desde que: a) Que tenham formação técnica adequada; b) Na proporção masculino/feminino e com a média de idades observável no universo de consumidores do respectivo local de atividade”.

De acordo com a Associação Nacional de Intervenientes em Toxicodependência – ANIT Portugal<sup>5</sup> (1993) os “intervenientes em toxicodependência, impulsionado pela necessidade

---

5 “«Quem somos, o que fazemos, que necessidades temos», Levantamento Exploratório de Necessidades e Recursos Formativos no Domínio da Toxicodependência, Associação nacional de Intervenientes em Toxicodependência, ANIT Portugal. Apoio IEFP, Lisboa, 1993”, in Patrício, 1997, p. 279”.

de perceber quais as realidades e carências nesta área”, concluiu-se que a “formação base dos respondentes era em Psicologia (40%), Medicina (30%), e outros profissionais de saúde (Enfermeiros, Técnicos de Serviço Social, Sociólogos e Antropólogos) com 14%. Os Monitores, Professores e Farmacêuticos obtiveram 17%” (Patrício, 1997, p. 279).

Assim, apesar de no nosso estudo surgirem em primeiro lugar os Assistentes Sociais, há outros profissionais em maior número nestas equipas.

Face ao exposto e, tendo em conta a análise das respostas dos Assistentes Sociais, constata-se que a formação base dos técnicos nas equipas de rua é de Serviço Social, de Psicologia e de Enfermagem. As “instituições que operam em toxicodependências, devem caracterizar-se por um funcionamento em equipa multidisciplinar”, porque “um profissional interveniente em toxicodependências trabalha com pessoas doentes, com perdas na sua liberdade e em muitas das suas capacidades, é necessário ter a compreensão do sofrimento do homem, ser bio-psico-sociocultural” (Patrício, 1997, pp. 283-284).

As equipas funcionam por turnos ou por serviços prestados. As que funcionam por turnos são um total de 13, assim constituído:

Em cinco equipas de rua (20%) há 1 turno composto por 2 elementos (20%), sendo que em todos os turnos está presente um Assistente Social. Uma das Equipas onde está integrado um Assistente Social, destaca a importância das equipas mistas, relativamente ao género:

(R8): “No mínimo 2, mistas quanto ao género e sempre com pelo menos 1 técnico superior” sendo que nestas equipas “os turnos são realizados sempre por 2 técnicos, 1 Assistente Social e 1 Enfermeiro ou 1 psicólogo e 1 enfermeiro...”

Cinco Assistentes Sociais (20%) referiram que há dois 2 turnos compostos por 3 elementos (normalmente 1 técnico da área social, 1 técnico da área da saúde e 1 Psicólogo ou Educador de Pares. Entende-se por educação de pares “ o envolvimento de pessoas da mesma classe social, idade, estatuto social ou vivência cultural que se apoiam entre si, informalmente e formalmente, sobre uma variedade de assuntos e preocupações específicas”. Considera-se ainda que “no contexto da utilização das substâncias psicoativas, a educação por pares é talvez o único caminho para chegar e informar muitos utilizadores que não seriam alcançados pelos meios mais tradicionais de «educação». Por outro lado, aceder às subculturas do uso das substâncias psicoativas pode ser muito difícil para

elementos externos aos contextos” (Centre for Harm Reduction do Burnet Institute, cit in Sicad, 2016 a), p. 35).

Três Assistentes Sociais (33,3%) referiram que nas suas equipas de rua há 3 turnos, compostos por com 2 ou 3 elementos, sendo constituídas por Monitor, Coordenador (Assistente Social) e Enfermeira, ou Assistente Social e Psicóloga.

Um Assistente Social considera que a constituição das mesmas não é fixa, sofrendo alterações consoante os dias da semana ou fins de semana.

(R3): “Durante a semana (segunda a sexta) os turnos são feitos por 1 Enfermeiro, 1 Técnico e 1 Educador de Par. Aos fins de semana os turnos são realizados por 1 Enfermeiro e 1 Voluntário”.

Existem outros profissionais de Serviço Social que se organizam pelos serviços prestados.

(R10): “PSOBLE e PTS - 1 Enfermeiro e 1 Educador Social/ Assistente Social ou 1 voluntário; giros de rua – 1 Assistente Social e 1 Enfermeiro ou 1 voluntária, ou 2 Assistentes Sociais; Ponto contato/ balneário social – 1 Assistente Social e 1 voluntária”.

Os Assistentes Sociais de outras quatro equipas de rua organizam-se, distinguindo os horários para trabalho de gabinete e para trabalho de rua:

(R20) “10:30- 12:30- 14:30-15:30 - Intervenção de rua; 9:30-10:30- 15:30-17:30: trabalho de gabinete.”  
(R1) “O trabalho de terreno realiza-se às segundas, quartas e sextas-feiras, das 13:30m às 15:30m, num giro que contempla os principais locais de consumo e / ou afluência de consumidores problemáticos de droga”(R2). “Turnos de Intervenção/Trabalho de rua: Segunda a Sexta 10h00 às 13h30”(R3).“Giros De Rua - 2ª e 4ª feiras 15h30 às 17h; 6ª feira das 20h às 21h30 Ponto contacto/ balneário social - 3ª e 5ª feiras 14h30 às 16h30”(R4).

Quatro dos respondentes, informaram que trabalham aos fins de semana e feriados:

(R1) “Fins de semana e feriados: Sábado 10h30 às 12h30. Noites e sábados com 2 técnicos rotativo.”  
(R2) “Fins de semana e feriados - 10:00 - 11:00.” (R3) “Fins de semana: 10H30/13H; 16H/19H30. Feriados: 10H30/13H.” e (R4) “PSOBLE e PTS - 10h às 12h, todos dias ano excepto dia 25 dezembro e 1 janeiro”.

#### **4.2.1 – Conhecimento específico de Serviço Social**

Como sabemos a formação adquirida na formação base é essencial para a construção da identidade da profissão. A formação base é generalista, não prepara os profissionais para atuarem nestes domínios mais específicos (Patrício, 1997; Ferreira, 2001). Assim, quisemos saber como é que estes profissionais, os Assistentes Sociais, adquiriram conhecimentos sobre a intervenção do Serviço Social nesta área. Em 8 respostas (36%), consideram que conhecimento e os instrumentos do Serviço Social, provêm da formação base, ao nível da Licenciatura. A formação base constitui-se como principal meio de aquisição de

conhecimentos. Porém, a aprendizagem através da experiência adquirida pelos colegas profissão obteve 5 respostas, (22,7%) e a literatura, os artigos científicos foram identificados em 2 respostas (9%).

Os Seminários/Conferências e a Internet tiveram 1 resposta (4,5%). Os restantes 6 Assistentes Sociais (27,3%) não responderam.

Na atualidade, (...) “o plano de estudos de Serviço Social não deve continuar a ser generalista tendo em conta a diversidade e complexidade dos problemas sociais e o tempo de duração da sua formação.” O mesmo autor reconhece “que há um conjunto de ferramentas e instrumentos técnicos que têm de ser comuns na formação em Serviço Social de forma a criar unidade e identidade profissional” (Ferreira, 2009, pp. 365-366).

O “Assistente Social com a sua formação de base, mas sem diferenciação especializada numa área de competência, não será um terapeuta especializado em toxicodependência. Mas tem formação suficiente para poder entender os diferentes parâmetros da problemática da droga, das pessoas em causa, da sua psicologia, dos aspetos familiares, do grupo, do local onde residem, etc., tal como outros profissionais da área das ciências sociais”, daí a importância das equipas inter e multidisciplinares em equipas de rua (João, 1997, p.45).

Tendo por base as respostas dos Assistentes Sociais conclui-se que para além da Licenciatura, a profissão de Serviço Social, constrói-se através de experiência adquirida pelos colegas de profissão. Ou seja, a formação é adquirida através da prática e da experiência”.

#### **4.3 – O processo de intervenção do Serviço Social em equipas de rua**

De acordo com o Decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho, mais precisamente o artigo 60º, que diz respeito ao funcionamento das equipas de rua, estas podem: a) “Divulgar utensílios e programas de redução de riscos; b) Fornecer informação no âmbito das dependências; c) Interagir com os consumidores face a situações de risco; d) Promover o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco; e) Intervir nos primeiros socorros face a situações de emergência ou de negligência; f) Substituir seringas, de acordo com a lei”. Os Assistentes Sociais em equipas de rua “colocam o seu exercício profissional ao serviço dum estratégia de controlo e higienização social para prevenir a SIDA e evitar a

disseminação de outras doenças infecciosas (hepatites B, C e tuberculose) ” (Barbosa, 2011, p. 76).

Questionados sobre o processo de intervenção em equipas de rua, isto é, o que fazem efetivamente os respondentes neste âmbito, foram identificados vários procedimentos técnicos tais como: distribuição de material (saúde e social), serviços de apoio psicossocial, cuidados de enfermagem, apoio social e outros serviços prestados. Vejamos em pormenor cada um destes procedimentos.

#### a) Distribuição de Material – Saúde e Social

A distribuição de material pelos consumidores de substâncias psicoativas é a resposta mais frequente, 17 respostas (7,7%). A este nível surge a distribuição de material-kit de consumo asséptico, (constituído por seringa, recipiente, filtro, ácido cítrico, água esterilizada e toalhetes de limpeza) e entrega dos preservativos masculinos e femininos, lubrificantes, distribuição de prata ou estanho, de mortalhas e filtros para o consumo de haxixe.

Para além do programa troca de seringas (13 respostas, ou seja, 7,7%), identificaram a distribuição de bens alimentícios (13 respostas, ou seja, 7,7%) como pão, bolos, iogurtes, fruta, leite, ou seja, pequenos *snacks*, muitas vezes cedidos por entidades parceiras ou pela comunidade, como pastelarias, hipermercados e Banco Alimentar e “distribuição de roupa e calçado”, “distribuição de material de higiene” (utensílios e produtos para desfazer a barba e tomar banho, por exemplo), com 2 respostas.

Vejamos alguns exemplos de atividades a este nível:

(R1): “Distribuição Papel Prata; Disponibilização de métodos contraceptivos.”

(R3): “Apoio Alimentar e Distribuição de roupa/calçado.”

(R5): “Programa troca de seringas, administração metadona”. “Disponibilização/troca de material de injeção.”

(R10): “Fornecer materiais de RR (Kit consumo endovenoso e estanho; Preservativos Masculinos e femininos, Lubrificantes)”.

(R20): “Troca e distribuição de material (kit’s PTS / pratas / filtros para consumo haxixe / mortalhas / contentores para transporte de seringas usadas / preservativos.”

#### b) Apoio Psicossocial

Para além da distribuição de material diverso, também se verifica que em 5 equipas de rua (através das respostas dos Assistentes Sociais, ou seja, 20%), são identificados vários

tipos de serviços de apoio psicossocial, que incluem uma diversidade de ações tais como: apoio social, psicológico, jurídico, e de enfermagem. Vejamos algumas das respostas obtidas:

(R12): “Apoio Social, Apoio Psicológico, Enfermagem, Cuidados de Saúde: Educação para a Saúde, práticas de consumo de menor risco, práticas sexuais de menor risco. Acompanhamento aos serviços de saúde, motivação para diminuição dos riscos”.

O apoio psicossocial efetuado em equipas de rua revela algumas especificidades, nomeadamente: destaca-se o apoio social, o apoio psicológico, e os atendimentos sociais; atendimentos de 2º nível (acompanhamentos) e 3º nível (encaminhamentos especializados) e ações de educação para a saúde. Também os encaminhamentos realizados pelos membros da equipa de rua podem e devem ser realizados através de um contacto prévio, telefónico, por escrito ou presencial, com as estruturas sociais (por exemplo, Segurança Social, Equipa de Tratamento) e de saúde para que, em conjunto com os técnicos da equipa de rua, se possam estudar hipóteses de resposta às necessidades do consumidor de substâncias psicoativas. De lembrar que, tanto os encaminhamentos como os acompanhamentos deverão ser utilizados como meios de facilitação da participação do consumidores de substâncias psicoativas no meio envolvente. Por isso é importante que os profissionais avaliem a capacidade ou incapacidade do consumidor de substâncias psicoativas executar a tarefa autonomamente, combatendo a vergonha, o medo e a discriminação que possam sentir. Vejamos alguns exemplos identificados pelos respondentes a este nível:

(R10): “Encaminhamento para tratamento”.

(R13): “Entrevista motivacional”.

(R14): “Acompanhamento psicossocial”.

(R6): “Acompanhamento social”.

(R8): “Acompanhamento aos serviços de saúde, motivação”.

(R22): “Ações de educação para a saúde”.

(R17): “Atendimento psicossocial, apoio psicológico, encaminhamentos, transportes e acompanhamento/mediação para consultas, atendimento jurídico”.

(R4): “Sensibilização e informação rigorosa sobre as infeções pelo VIH e Hepatites B e C”.

### c) Cuidados de Enfermagem

Relativamente aos cuidados de enfermagem, onde também podemos incluir os cuidados de saúde, estes, são identificados por 7 Assistentes Sociais, (14,3 %), estando incluídos nesses cuidados, os curativos, o alívio dos sinais dolorosos de consumo e de violência física, tais como hematomas e escoriações. Os rastreios de VIH/SIDA, tuberculose, hepatites b e c, o programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (PSOBLE), isto é, administração de metadona, através do programa de manutenção de metadona.

A monitorização ou avaliação da saúde inclui procedimentos como exames médicos ou análises clínicas ou os cuidados de higiene, mais precisamente a utilização por parte dos consumidores de substâncias psicoativas dos balneários e lavandaria, a terapêutica medicamentosa, com promoção da adesão e gestão da mesma, a vacinação e o transporte para consultas ou realização de exames médicos. Vejamos alguns exemplos identificados pelos respondentes:

(R2): “Disponibilização de métodos contraceptivos; cuidados básicos de saúde.”

(R3): “Monitorização da saúde, gabinete de apoio (alimentação, higiene pessoal)”.

(R5): “Rastreios de VIH e tuberculose, acompanhamento a estruturas de saúde ou sociais”.

(R9): “Cuidados de Saúde (atendimento, avaliação e cuidados de enfermagem / promoção de rastreios, outras análises clínicas e vacinação / terapêutica medicamentosa e promoção da sua adesão e gestão”.

(R12): “Exigência de avaliação clínica global da população-alvo em casos de pedido para tratamento / Programa de Substituição opiácea”.

Três Assistentes Sociais identificaram também a distribuição de métodos contraceptivos, promovendo a redução de riscos e a diminuição das infeções sexualmente transmissíveis, o que corresponde a 33,3%. Estes correspondem a:

(R1): “Distribuição de material informativo sobre IST's”. (R3): “Preservativos Masculinos e femininos, Lubrificantes”. (R10): “Pedagogia para práticas de consumo de menor risco.”

### d) Apoio Social

No que diz respeito ao Apoio Social, este concretiza-se através da realização de entrevistas motivacionais para o tratamento, encaminhamento para tratamento e apoio alimentar, roupa e artigos de higiene, encaminhamentos para o gabinete de apoio e acompanhamento social.

Hinson Langford *et al.* (1997) e Campton *et al.*, (2005) definem quatro principais atributos do apoio social, sendo eles:

a) O apoio emocional, como por exemplo, prestar cuidados, onde se inclui a empatia, o amor e a confiança. “O apoio emocional leva os outros a sentirem-se seguros, a expressar sentimentos e a discutir acontecimentos de grande carga emocional no contexto de uma ou mais relações sociais”;

b) O apoio instrumental, que por sua vez está relacionado com os bens tangíveis, serviços ou ajuda financeira;

c) O apoio informacional que se destina a prestar informação ao outro, através de conhecimentos e de competências para a rede;

d) A consideração positiva que significa facilitar o autoconhecimento, focar-se na procura da solução e não somente na resolução do problema.

O Apoio Social é também solicitado, principalmente para a procura de ajuda em alojamento, centros de abrigo, quarto, para realização de entrevistas motivacionais, para a motivação para o tratamento e para o delineamento do projeto de vida, para mediação familiar e para articulação com a família dos consumidores de substâncias psicoativas, o que corresponde ao apoio instrumental, informacional e consideração positiva (Hinson Langford *et al.* (1997, pp. 95 - 100; Campton *et al.*, 2005, pp. 59-77).

Vejamos algumas respostas identificadas pelos respondentes a este nível:

(R1): “Apoio Alimentar e Distribuição de roupa/calçado.

(R2): “Acompanhamento aos serviços de saúde, motivação para diminuição dos riscos”.

(R3): “Motivação para diminuição do consumo ou evolução da forma de consumo, motivação para tratamento”.

(R5): “Questões de índole administrativo e burocrático (pedidos de apoios sociais, encaminhamento para estruturas de alojamento (centros, quarto), articulação com a família quando possível”.

(R7): “Atendimento social e co-construção de projetos de vida”.

(R8): “Mediação familiar / encaminhamentos e acompanhamentos às respostas da rede”.

(R12): “Trabalho motivacional em prol da integração dos indivíduos em Programa de Substituição opiácea”.

(R14): “Tratamento por Antagonista”.

(R18): “Sensibilização para tratamentos em unidade de desabitação e tratamentos de desintoxicação”.

#### e) Outros Serviços Prestados

Dentro dos outros serviços prestados, incluem-se as ações de informação e de sensibilização e distribuição de material Informativo, como as mais frequentes e, as ações de educação para a saúde, encaminhamentos para o gabinete de apoio, formação, dinamização de seminários, *workshops*, as visitas domiciliárias/institucionais, apoio psicológico, apoio jurídico, como menos frequentes. Vejamos cada um dos serviços prestados, identificados em pormenor:

As ações de informação e de sensibilização são indicadas por 6 profissionais de Serviço Social e revelam algumas semelhanças, nomeadamente: são atividades que envolvem a comunidade e a família, assim como técnicos da área social e da saúde. Centram-se sobretudo na prevenção de *overdoses*, na educação de pares e na cidadania, no aconselhamento sobre a RRMD, nos aspetos negativos da evolução do consumo e a motivação para a sua diminuição como se depreende com o seguinte exemplo:

(R16): “Informação e Sensibilização (ações de informação e sensibilização, elaboração de pequenos manuais de RRMD)”.

Também se depreende que estas ações são desenvolvidas em vários contextos: escolar, recreativo, de diversão noturna e em bairros sociais. Com três respostas (33,3%) temos a intervenção em locais diversos, contextos recreativos, escolares, bairros sociais e diversão noturna. Verifica-se com 3 respostas as ações de sensibilização em meio escolar o que corresponde, nomeadamente:

(R11): “Ações de sensibilização nas escolas, diversões noturnas, workshops, desenvolvimento de atividades com o apoio das várias valências”.

(R1): “Ações de sensibilização em contexto escolar, ações de educação para o consumo em contexto recreativo.

(R2): Apoio às famílias, visitas domiciliárias”.

(R3): Ações de sensibilização e atividades comunitárias junto dos vários atores da comunidade local e das entidades da rede sócio-sanitária”.

Para além das atividades e serviços prestados, 1 respondente identifica ainda a promoção de ações de acompanhamento, inserido nos atendimentos de 2º nível, com o objetivo de acompanhar os consumidores de substâncias psicoativas ao balneário social, lavandaria, e aos serviços da rede formal presentes na comunidade, por exemplo:

(R19): “Acompanhamento às estruturas da rede sócio sanitária e de registo civil”.

- Distribuição de material Informativo:

A distribuição de material informativo prende-se com material que se apresenta na forma de *flyers* e pequenos manuais sobre redução riscos e minimização de danos alguns exemplos incluem:

(R3): “Informação e formação (distribuição de materiais informativos de RRMD e divulgação dos serviços), entre outros. Foram desenvolvidas ou estão planeadas os seguintes serviços / atividades: Ações de sensibilização para técnicos das entidades parceiras e rede sócio-sanitária”.

(R7): “Desenvolvemos ações de sensibilização em escolas do concelho e em Bairros Sociais. Intervimos em locais de diversão noturna, realizando testes rápidos de VIH, distribuindo informação sobre comportamentos de risco (infecções sexualmente transmissíveis), consumos de substância”.

- As ações de educação para a saúde:

No que diz respeito à categoria educação para a saúde, 4 Assistentes Sociais identificaram, mais especificamente, as ações de sensibilização para os cuidados de saúde, salientando-se a importância dos rastreios, a transmissão de informação sobre as doenças infecciosas, a identificação das práticas de risco e a promoção para a mudança nesse campo e a pedagogia para o consumo, numa lógica de redução de riscos e minimização de danos, designadamente em temas como:

(E10): “Educar para a saúde (cuidados de saúde, rastreios, doenças infecciosas, pedagogia para práticas de consumo de menor risco, etc...)”.

(E13): “Identificar práticas de risco e promover a sua mudança (percebendo o que dificulta a mudança desse comportamento)”.

(E1): “Promover a educação pelos Pares; Fazer prevenção de overdose; Divulgar pontos de entrega de material de consumo: promovendo a procura ativa destes materiais”.

(E21): “Educação para a cidadania”.

- Encaminhamentos para o gabinete de apoio:

De acordo com 6 Assistentes Sociais, os encaminhamentos para o gabinete de apoio destinam-se para a realização de entrevistas, para apoio em termos de alimentação, higiene, ou seja, garantia da satisfação das necessidades básicas, como por exemplo:

(E9): “Gabinete de apoio (alimentação, higiene pessoal)”.

- Formação:

No que diz respeito à formação 3 Assistentes Sociais afirmaram que é uma aposta de intervenção incluindo:

(E21): “Formação direcionada para Educadores de Pares.”

(E16): “Ações de formação de educadores de pares”.

(E17): “Ações várias de advocacia junto dos técnicos das entidades da rede e da comunidade em geral.”

- Dinamização de seminários:

Relativamente à dinamização de seminários sobre redução de riscos e minimização de danos verificamos que 1 deles foi identificado e destina-se a apresentar os resultados obtidos da prossecução dos objetivos da equipa de rua em:

(E22): “Seminários/encontros técnicos.”

(E12): “Temos previsto, para o presente ano um Seminário onde pretendemos apresentar os resultados obtidos. Não desenvolvemos portanto outras atividades”.

- *Workshops*:

Os *workshops* destinados à comunidade em geral e têm como objetivo fornecer informação sobre as substâncias psicoativas e RRMD e gestão de consumos (2 respostas) em:

(E3): “Workshops sobre Substâncias Psicoativas / Gestão de consumos junto da população-alvo (Pessoas Utilizadoras de Drogas - PUD)”.

(E5): “Workshops sobre substâncias psicoativas”.

- As visitas domiciliárias/institucionais:

As visitas domiciliárias verificam-se somente numa resposta (1 resposta). Para além de todas as atividades descritas, temos as:

(E7): “visitas a Estabelecimento Prisional; quando detidos, visitas hospitalares, visitas a Comunidades Terapêuticas, atividades de animação (pouco apreciadas pela população)”.

- Giros de rua:

Os giros de rua (1 resposta) em zonas urbanas/rurais, são realizados de forma a efetuar novos contatos, e de proporcionar acompanhamento e encaminhamento dos casos (1 resposta) nomeadamente:

(E17): “levantamento e diagnóstico do contexto de diversão noturna local.”

(E2): “Acompanhamos Profissionais do Sexo (em apartamentos e rua), distribuindo preservativos, gel lubrificante e informação diversa”.

- Acompanhamentos:

O acompanhamento da população-alvo, obteve uma resposta, e é concretizado com o objetivo de:

(E5): “contactar, mapear e manter uma rede local de referência; Acompanhar sempre que apropriado a população – alvo aos serviços”.

- Partilha de informação:

Relativamente à partilha de informação, verifica-se com 1 resposta que uma equipa de rua utiliza:

(E20): “Plataforma interativa, através de fóruns, debates, e partilha de informação sobre as diferentes substâncias psicoativas; os Contextos Recreativos Noturnos (sensibilização para a diminuição dos comportamentos de risco na sexualidade e no consumo de substâncias psicoativas; distribuição de material de prevenção, material informativo e preservativos; implementação de álcool teste).”

f) Apoio psicológico

O apoio psicológico identificado por 5 Assistentes Sociais, verifica-se na modalidade de prestação de:

(E7): “Apoio psicológico”.

(E9): “Suporte emocional e motivacional”.

(E11): “Acompanhamento Psicológico”.

g) Apoio jurídico

O apoio jurídico identificado por 1 um Assistente Social, (*advocacy*, acompanhamento de questões jurídicas e de carácter administrativo) é exercido por advogados nomeados ou instituições parceiras que prestam o serviço, para garantir condições de acessibilidade e concretização dos direitos humanos:

(R16): “...apoio no tratamento de questões jurídicas (contando com uma advogada da instituição ou com os advogados nomeados)...”

As atividades realizadas e identificadas pelos respondentes em equipas de rua são complexas. Destas atividades destacam-se como as mais frequentes, as de contato direto com os consumidores, nomeadamente a distribuição de material, o apoio psicossocial e os cuidados de enfermagem e o apoio social”, daí, a relação existente entre a

multidisciplinaridade/constituição das equipas de rua e o funcionamento das mesmas: distribuição de serviços/atividades relacionadas.

Tendo em conta a análise das respostas dos questionários e a informação presente no estado da arte, depreende-se que as práticas dos Assistentes Sociais, identificadas por Ferreira (1997, pp. 51-57) estão conforme as identificadas, nomeadamente: o apoio psicossocial, acompanhamento social, mediação e visita domiciliária.

Conclui-se que, “as práticas do Serviço Social hoje, com incidência também no campo da toxicoddependência, desenvolvem-se segundo o princípio da interdisciplinaridade, pressupondo o acompanhamento, a intervenção e a supervisão, baseadas na articulação/cooperação e da rede/parceria” (Ferreira, 1997, pp. 51-57).

Assim, “um dos grandes objetivos do Serviço Social é também a avaliação e o encaminhamento das situações. (...) O Serviço Social continua a servir de suporte de manutenção e de apoio às famílias e de ligação aos Serviços e Instituições” (João, 1997, p. 48).

#### 4.4 – Áreas de intervenção das equipas de rua

As áreas prioritárias de intervenção das equipas de rua inquiridas são as zonas urbanas, em 57,1%, equivalente à percentagem de respostas dados pelos respondentes, possivelmente pelo impacto na saúde pública que se faz sentir mais intensamente nas áreas densamente povoadas. Seguem-se os locais de consumo e tráfico de substâncias psicoativas, com 35,7% das respostas e a intervenção nos bairros sociais com 7,1% dos resultados – quadro 9.

**Quadro 9 - Áreas de Intervenção vs Características da Intervenção**

Como caracteriza a intervenção	Área de intervenção		
	Zona urbana	Bairros sociais	Locais de tráfico e de consumo
“Equipa de rua prima-se pelo trabalho de proximidade, trabalho técnico mas menos formal, serviço gratuito para utilizadores e pela confidencialidade da informação”.	X		
Gratuita, de fácil acesso e bastante informal.	X		

Intervenção de proximidade informal e de confiança, de fácil acesso tendo em conta os anos de trabalho no terreno.	X		
Intervenção de proximidade/outreach, gratuito, de fácil acesso e	X		
Próxima, Pragmática	X		
Proximidade, informal, relações de empatia e confiança.	X		
Trata-se de uma abordagem informal, empática, de respeito para com o outro e confidencial.	X		
É uma intervenção de mais fácil acesso do que noutros contextos, na medida em que, existe uma maior proximidade, visto estarmos todos os dias com o consumidor de substâncias psicoativas”.		X	
“Relação de proximidade; confidencial; atitude de não julgamento”.			X
"Absolutamente necessária porque consegue chegar a uma população que só se encontra nos "pontos estratégicos" identificados pela Equipa de Rua. Informal e sem preconceitos. Trabalha com a população discriminada e rejeitada pela comunidade no geral".			X
"É sobretudo uma abordagem de proximidade por isso a intervenção é realizada na rua e de preferência nos locais de consumo de forma Informal, confidencial.			X
“Confidencial, terapêutica, empática, informativa, linguagem descodificada”			X

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado dos dados do questionário.

De acordo com Bless *et al.*, (1995), a escolha das cidades (zonas urbanas) como principais zonas de intervenção das equipas de rua dedicadas ao Serviço Social com consumidores de substâncias psicoativas pode justificar-se pela aplicação de um critério de visibilidade.

Assim, os autores referidos assumem que o contexto principal de consumo de substâncias psicoativas pode ser classificado em três níveis:

- Cena aberta concentrada: concentrações permanentes de grandes dimensões de consumidores de substâncias psicoativas numa zona crítica, frequentemente na zona central da cidade, perceptível ao público em geral e às autoridades;
- Cena aberta dispersa: pequenas concentrações de consumidores de substâncias psicoativas em vários locais da zona urbana, desde o centro da cidade, às zonas residenciais degradadas, regulares, mas variáveis de acordo com o momento do dia;
- Cena oculta: não há concentrações visíveis de consumidores de substâncias psicoativas. No entanto, há conhecimento público de que naquela zona geográfica há

tráfico e consumo de substâncias psicoativas, evidente só para residentes e através de utensílios de consumo abandonados na via pública.

A intervenção nestes locais é:

(R12): "absolutamente necessária, porque consegue chegar a uma população que só se encontra nos "pontos estratégicos" identificados pela Equipa de Rua", sendo esta uma intervenção."

(R13): "realizada na rua e de preferência nos locais de consumo de forma informal, confidencial".

(R15): "É uma intervenção de mais fácil acesso do que noutros contextos, na medida em que, existe uma maior proximidade, visto estarmos todos os dias com os utentes".

A finalidade de cada intervenção revela os motivos pela qual se privilegiam as áreas urbanas. Em primeiro lugar é sobretudo por haver dispersão de consumidores pela cidade, sendo que o local de consumo e de tráfico de substâncias segue o segundo lugar, justificado também pela necessidade de proximidade que este tipo de trabalho implica, pela realidade visível da região, por ser o local onde se encontram mais consumidores de substâncias psicoativas, constituindo-se como população de intervenção direta das equipas de rua, sendo também áreas com maior número de pessoas a necessitar de aconselhamento e apoio necessário para haver intervenção centrada na RRMD.

Verifica-se também que os respondentes caracterizam a intervenção em equipas de rua como mais informal, de proximidade, confidencial, atitude de não julgamento, relação empática e de confiança, gratuita, de fácil acesso e atitude de respeito.

Vejamos alguns excertos da caracterização desta intervenção:

(R1): "Informal e sem preconceitos; confidencial; terapêutica, empática, informativa, linguagem descodificada, pois a Equipa de rua prima-se pelo trabalho de proximidade, trabalho técnico mas menos formal, serviço gratuito para utilizadores e pela confidencialidade da informação".

(R3): "Próxima, pragmática; relações de empatia e confiança, onde a abordagem informal, empática, de respeito para com o outro e confidencial e permite uma atitude de não julgamento".

#### **4.5 – Uso e conhecimento dos instrumentos e técnicas em Serviço Social**

Quando questionados sobre a informação disponível dos instrumentos de Serviço Social, 8 Assistentes Sociais consideraram-na insuficiente e 6 Assistentes Sociais consideraram-na suficiente, os restantes não respondem. Os que respondem positivamente consideram que:

(R20): "há evidências científicas e diferentes instrumentos até de outras áreas de saber, que funcionam na prática do serviço social, que deve trabalhar multidisciplinarmente".

Contudo, apesar de os instrumentos existirem os mesmos *não são adaptados* à intervenção das equipas de rua, e por isso relataram a necessidade de atualização e de divulgação dos mesmos, e a falta de disponibilidade dos técnicos de rua para os utilizarem, nomeadamente quanto:

(R17): “bibliografia que existe, já não é recente, verificando-se por isso necessidade de atualização e de divulgação dos instrumentos já criados, testados e aprovados”.

(R7): “no meu entender não são considerados como instrumentos científicos e são utilizados com pouco rigor e ao critério de cada profissional. Considero que é fundamental que se invista mais na investigação sobre todas as temáticas que abrangem a intervenção do serviço social que me parece ainda pouco desenvolvida em Portugal, bem como que se crie mais plataformas de comunicação e divulgação dos estudos realizados. Na área da RRMD estas questões raramente se discutem e os instrumentos não estão adaptados a este tipo de intervenção. Há pouca informação e tempo para os técnicos utilizarem os instrumentos.”

Este ponto de vista revela a pouca consideração científica que o Serviço Social apresenta neste tipo de equipas. As outras disciplinas tomam a dianteira ao apresentarem os seus instrumentos cientificamente validados na área de intervenção com consumidores de substâncias psicoativas, tais como os psicólogos e os enfermeiros.

Esta associação vem no seguimento da afirmação de Zanetti (1992, s/p) quando afirma que “o Assistente Social deve ter clara a importância dos elementos técnicos operativos que compõem sua intervenção. Elaborar relatórios, pareceres, realizar entrevistas, visitas domiciliárias, investigação planeamento com grupo e comunidades são elementos constitutivos do processo de trabalho. É preciso qualificar esse processo, dando consistência a esses instrumentos”, contrariando a tendência a que Miotto e Lima (2009) se referem, quando afirmam que: “observa-se que, na ânsia de qualificar as suas ações, o Assistente Social acaba procurando formação em outras áreas profissionais, o que, muitas vezes, o leva a aderir epidermicamente a determinados modelos teóricos sem conseguir estabelecer diálogos entre eles e o conhecimento da área do Serviço Social. Isso parece levar ao empobrecimento da profissão em determinados sectores, especialmente àqueles que atendem as demandas tradicionais do Serviço Social” ou como indicou Netto (1996), “na execução terminal das políticas sociais” (Zanetti, 1992, p.30).

#### **4.5.1 – O Instrumental da intervenção em Serviço Social**

Entende-se por instrumental “um conjunto articulado de instrumentos e técnicas que formam uma unidade orgânica indissociável e que articulados a outros elementos efetivam a

ação profissional” (Santos, 2005, p.4). A mesma autora considera os instrumentos como “os potencializadores das intencionalidades teórico-políticas para a efetivação da ação. São recursos utilizados para a viabilização das técnicas (Santos, 2005, p. 4).

Antes de identificarmos os instrumentos mais utilizados pelos Assistentes Sociais em equipas de rua, convém referir que “as conceções operativas do Serviço Social e o repertório tradicional de instrumentos e técnicas foram legitimadas historicamente nas práticas da profissão ou nos projetos profissionais” (Santos, 2005, p. 4). Ou seja, hoje em dia, em função das novas demandas colocadas aos Assistentes Sociais, não obstante, tendo em conta a valorização dos “elementos importantes da nossa tradição cultural e intelectual”, foram surgindo novos instrumentos e técnicas, provenientes da conjuntura sócio-política e económica, das necessidades apresentadas pelo público-alvo” (Santos, 2005, p.5) e das necessidades sentidas pelos Assistentes Sociais face a especificidade do seu campo de atuação.

A abordagem aos instrumentos de intervenção do Serviço Social no local de trabalho, em equipas de rua, foi identificada em 12 Assistentes Sociais. Dois dos profissionais informaram que não são abordados e, as restantes não responderam.

Preferencialmente, os diálogos sobre os instrumentos, realizam-se com os colegas de profissão (8 respostas) ou o coordenador de equipa (7 respostas) e só esporadicamente com outros profissionais (1 resposta) ou com o diretor técnico (1 resposta). Considera-se relevante também aferir o número e o tipo de instrumentos que os Assistentes Sociais em equipas de rua conhecem.

No trabalho de proximidade e na metodologia de RRMD os profissionais de Serviço Social privilegiam os instrumentos diretos e indiretos descritos no capítulo 2 do enquadramento teórico, sendo então expectável que sejam esses os mais conhecidos dos Assistentes Sociais – quadro 10.

Através do quadro 10, identifica-se um conjunto de instrumentos que são específicos do Serviço Social, nomeadamente: diagnóstico social, informação social, relatório social e as visitas domiciliárias.

**Quadro 10 - Instrumentos**

<b>Instrumentos</b>	<b>Quantificação equipas de rua</b>	<b>% atribuída a cada equipa de rua</b>
Diagnóstico Social (pré-diagnóstico)	7	12,3%
Informações Sociais	6	10,53%
Diários de Campo	6	10,53%
Outros Instrumentos	5	8,77%
Livros de Ocorrência e de Registo	5	8,77%
Entrevistas	5	8,77%
Mapa de Rede Pessoal e Social	4	7,01%
Visitas Domiciliárias	3	5,26%
Relatórios Sociais	3	5,26%
Inquérito por Questionário	3	5,26%
Genograma	2	3,51%
Ecomapa	2	3,51%
Visitas Institucionais	1	1,75%
Roadmapa	1	1,75%
Dinâmicas de Grupo	1	1,75%
Atas	1	1,75%
Focus Group	1	1,75%
Anamnese	1	1,75%

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado dos dados do questionário.

Os Assistentes Sociais identificam com maior frequência os instrumentos de ação indireta tais como: diagnóstico social (7 respostas), as informações sociais (6 respostas), os diários de campo (6 respostas), os outros instrumentos (5 respostas) e os livros de ocorrências/registo (5 respostas). Estes instrumentos permitem sistematizar e racionalizar a intervenção nomeadamente a elaboração do diagnóstico social, o diário de campo e os livros de ocorrência.

A “avaliação diagnóstica é uma competência indispensável na prática quotidiana do Assistente Social, pois constitui um dos atos profissionais mais constantes. Esta realidade foi,

também, constatada, num estudo, no qual identificou a elaboração de diagnóstico/definição de problemas como um dos oito atos profissionais mais regulares e repetidos na atividade profissional dos Assistentes Sociais” segundo esta autora (Granja, 2008, p.285).

A maioria dos Assistentes Sociais respondentes não identifica o diagnóstico social, como um dos instrumentos que faz parte da identidade do Serviço Social, pois em 22 respostas (100%) 15 profissionais (59%) não o identificaram como determinante na intervenção que realizam. Esta é uma questão preocupante já que o diagnóstico (avaliação das necessidades e das competências) é uma parte essencial do método de intervenção em Serviço Social (Richmond, 1950; García e Bracho, 2008; Robertis, 2011; Sousa e Almeida, 2016).

Por outro lado, o diagnóstico é mais do que um instrumento, é um processo contínuo de análise, não se reduz a um instrumento prático. A relevância da avaliação diagnóstica e da recolha de informação para identificação dos problemas tem movido vários autores a tratar especificamente este assunto como comprova a literatura (Crispe *et al*, 2003; Baldwin and Walker, 2005; Whittington, 2007; Milner and O’Byrne, 2009; Beckett, 2010; Martin, (2010; Parker and Bradley, 2010).

Nesta linha de análise as respostas dadas pelos Assistentes Sociais, podem ser explicadas também desta forma. Contudo quem o faz, considera que o Diagnóstico Social é muito importante para analisar as situações e definir áreas prioritárias e áreas privilegiadas na intervenção em equipas de rua:

Assim o diagnóstico permite:

(R18):“ aprofundar e elaborar o diagnóstico social do individuo com base na sua relação com o fenómeno e o meio: Caracterização Sociodemográfica Caracterização dos consumos (local, via, frequência, substância). Percurso de Vida (anamnese). Níveis de Inclusão (ex. Experiencia profissional, retaguarda familiar, escolarizado, saudável, etc..) Níveis de exclusão (ex. situação de doença, rutura familiar, baixa escolaridade, etc..).”

É através do Diagnóstico Social

(R21): “ que nos vamos apoiar para o desenvolvimento da intervenção com o utente. Cada caso é um caso e sem o conhecimento da pessoa, da realidade, do meio, do meio familiar, social é impossível que a intervenção seja feita e muito menos com sucesso.”

Para uma equipa de rua o diagnóstico social é o instrumento mais importante para uma base de trabalho:

(R17): “No trabalho com os utilizadores de drogas, como com qualquer outro utente, considero o diagnóstico social o instrumento mais importante para uma base de trabalho”.

Mas para além do diagnóstico é importante mobilizar um conjunto de instrumentos complementares tais como,

(R16): “Visitas Domiciliárias. Diários de Campo. Mapa de rede Pessoal e Social: Pois apenas com estes instrumentos conseguimos estabelecer uma efetiva e correta intervenção com o indivíduo.”

Através do diagnóstico social consegue-se ter mais conhecimento sobre a realidade onde se atua, permitindo delinear um plano de intervenção que vá ao encontro ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos consumidores de substâncias psicoativas, de forma a atingir os objetivos propostos. Mas para além deste instrumento é importante mobilizar um conjunto de outros instrumentos que permitem desenvolver uma intervenção mais sustentada. Assim,

(R11): “os instrumentos cruciais para a prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua que intervêm junto das pessoas Utilizadoras de Drogas, são o Diagnóstico Social, as Informações Sociais, os Diários de Campo e os Processos Individuais de Acompanhamento, visto estes serem os instrumentos mais usados na prática quotidiana e que permitem o registo das informações que refletem o conhecimento sobre a realidade social do individuo e/ou seu agregado, a compreensão da sua condição e modo de vida, a identificação das suas necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e oportunidades, bem como o estabelecimento do plano de intervenção, onde se compreendem as atividades desenvolvidas ou a desenvolver para a resolução da situação/problema, que visam o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida das Pessoas Utilizadoras de Drogas.”

(R3): “Diagnóstico Social, Entrevistas: Permite a recolha de informação necessária para uma intervenção mais adequada e precisa, de maneira a atingir os objetivos definidos.”

Outro tipo de procedimento técnico identificado, tais como as informações sociais, os diários de campo, foi identificado por 6 Assistentes Sociais.

A observação direta (1 resposta, incluída nos “outros instrumentos” com 5 respostas), referindo que a

(R4): “Observação direta do utilizador de drogas no seu contexto natural de vida: rotinas, relacionamentos interpessoais, relação com Pares, estilo de vida, limitações potencialidades e motivações”.

Os processos individuais de acompanhamento (1 resposta, incluída nos “outros instrumentos”):

(R9): (...) “permitem o registo das informações que refletem o conhecimento sobre a realidade social do individuo e/ou seu agregado, a compreensão da sua condição e modo de vida, a identificação das suas necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e oportunidades, bem como o estabelecimento do plano de intervenção, onde se compreendem as atividades desenvolvidas ou a desenvolver para a resolução da situação/problema, que visam o bem estar e a melhoria da qualidade de vida das pessoas utilizadoras de drogas”.

Com 5 respostas, são identificadas as entrevistas individualizadas com o cliente, uma vez que,

(R6): “permitem a recolha de informação necessária para uma intervenção mais adequada e precisa, de maneira a atingir os objetivos definidos”, o livro de ocorrências e de registos.

Com 4 respostas, é identificado o mapa de rede pessoal e social, e com 3 respostas, as visitas domiciliárias, os relatórios sociais e inquéritos por questionário. O genograma e o ecomapa representam 2 respostas. As visitas institucionais, o road mapa, as dinâmicas de grupo, as atas, o focus group, e a anamnese obtiveram apenas 1 resposta cada.

Com 1 unidade de registo surge o genograma. Este permite:

(R14): “o conhecimento da pessoa, da realidade, do meio, do meio familiar, social é impossível que a intervenção seja feita e muito menos com sucesso”.

Para além dos instrumentos definidos há equipas que criam instrumentos de registo específicos, para dar resposta às necessidades sentidas. Por exemplo,

(R8): “Na minha equipa criámos instrumentos para dar resposta às necessidades de organização de informação, entre eles o registo de utente e registo do giro (entre outros). Não foi criado nenhum específico para o assistente social”.

(R16): “Os diários de campo e registo de ocorrências, por se tratar de registo diário e porque permite a toda a equipa estar a par das situações.”

#### **4.5.2 – Frequência na utilização dos instrumentos**

A frequência de utilização dos Instrumentos varia entre diariamente, sempre que necessário, semanalmente e mensalmente.

Diariamente 10 Assistentes Sociais utilizam os instrumentos de diagnóstico social, entrevistas, diários de campo e outros instrumentos (processo de utente e registo do giro).

Sempre que necessário: 7 Assistentes Sociais utilizam os instrumentos sempre que necessário, incluindo o diagnóstico social, pré-diagnóstico, genograma, entrevistas, informações sociais, relatórios sociais, inquéritos por questionário, mapa de rede pessoal e social.

Vejamos os exemplos identificados por estas equipas:

(R1): “Diagnóstico social, genograma, entrevistas, informações sociais, relatórios sociais, Inquéritos por questionário - quando necessário”.

(R5): “Diagnóstico Social, sempre que necessário atualizar”.

(R7): “Mapa de rede pessoal e social sempre que necessário atualizar”.

(R8): “Informação Social - sempre que fazemos uma intervenção mais complexa, sempre que haja um atendimento mais formal, ou que seja solicitados por outros serviços”.

(R13): “Diagnóstico Social / Informações Sociais - Semanalmente e/ou quando necessário, “Sempre na entrada de casa utente na Unidade Móvel e sempre que a situação do mesmo for modificando: Pré-Diagnóstico do indivíduo, observação direta do utilizador de drogas no seu contexto natural de vida: rotinas, relacionamentos interpessoais, relação com Pares, estilo de vida, limitações potencialidades e motivações. Aprofundar e elaborar o diagnóstico social do individuo com base na sua relação com o fenómeno e o meio: Caracterização Sociodemográfica Caracterização dos consumos (local, via, frequência, substância) Percurso de Vida (anamnese) Níveis de Inclusão (ex. Experiencia profissional, retaguarda familiar, escolarizado”.

(R15): “Diagnóstico Social e Entrevistas: Sempre que necessário. Na sinalização de novos casos”.

(R17): “(...) o diagnóstico social e as informações sociais apenas são realizados quando necessários...”

Três Assistentes Sociais referem utilizar os instrumentos semanalmente (diagnóstico social, informações sociais, livros de ocorrência e visitas domiciliárias), tais como:

(R16): “Diagnóstico Social / Informações Sociais – Semanalmente”.

(R18): “Livro de Ocorrência diário e visitas domiciliárias uma ou duas vezes semanalmente e apenas a alguns utentes”.

(R20): “Registo de utente – semanalmente”.

De referir que a informação social é utilizada sempre que se faz uma intervenção mais complexa, envolvendo, por exemplo, um atendimento mais formal, ou quando é solicitada por outros serviços.

Mensalmente: 1 equipa de rua referiu que utiliza as visitas domiciliárias mensalmente:

(R21): “Visitas Domiciliárias mensalmente”.

Verifica-se que na intervenção em equipas de rua, são utilizados um conjunto de instrumentos, de preferência, os que remetem para a sistematização de informação e registos dos casos acompanhados.

#### **4.5.3 - Prática profissional organizada e planeada**

Na atualidade, são várias as instituições que utilizam o sistema informático para efetuarem registos, ou até plataformas digitais para, de acordo com os dados obtidos, fazerem o genograma do indivíduo e da sua família. De acordo com Carvalho e Pinto (2014, p. 256) “a utilização de novas tecnologias” (tais como, sistema informático, que permite registar todo o tipo de informação biográfica e historial dos consumos dos utentes das equipas de rua, o genograma e o ecomapa) “é um instrumento interessante para as

administrações, porque facilita uma rápida difusão da informação aos cidadãos e profissionais, trazendo maior diversidade e qualidade à gestão da investigação/planeamento social, possibilitando a orientação das políticas sociais e permitindo a troca de informação de modo homogéneo” .Mas “a entrada de novas tecnologias de informação e de comunicação na prática de trabalho dos Assistentes Sociais tem sérias implicações no modo como o Serviço Social atua, operando cada vez menos no terreno do «social» e muito mais no terreno da «informação». Questiona assim as implicações que tal mudança poderá trazer para a própria natureza do Serviço Social, sobretudo, para os aspetos relacionais da prática do Serviço Social” (Parton, 2008, p.255), bem como em termos de confidencialidade e sigilo profissional.

Ao analisarmos os dados, constatamos que os Assistentes Sociais, consideram que utilizam os instrumentos para aumentar a eficácia e eficiência da intervenção, e os outros 50% para quantificar, explicar e refletir sobre o trabalho desenvolvido. Especificamente:

(R10): “instrumentos são utilizados para quantificar e explicar o trabalho desenvolvido pelas equipas nomeadamente a prática do Serviço Social”.

O uso dos instrumentos pelo Assistente Social numa equipa de rua é utilizado para:

a) quantificar e explicar o trabalho desenvolvido:

(R11): É fundamental utilizar instrumentos que permitam quantificar e explicar o trabalho desenvolvido pelas equipas nomeadamente a prática do Serviço Social.

b) E como meio de aumentar a eficácia e a eficiência da intervenção.

(R13):” Sim, é a única forma de aumentar a eficácia e eficiência de intervenção”

Três (3) Assistentes Sociais consideram importante a prática profissional ser organizada e planeada recorrendo à instrumentalidade e dão exemplos:

(R1): “a prática profissional dos Assistentes Sociais deve ser, na sua globalidade, elaborada de uma forma planeada e organizada, com recurso à instrumentalidade, o que permite e confina funcionalidade às ações profissionais e intervenção com a população alvo”.

(R2): “Deve haver uma linha orientadora mas que não deve ser estanque, isto porque as situações são variáveis (cada situação é única). Contudo, devem existir instrumentos físicos para registo de informação com campos abertos”.

(R3): “Como a população é muito flutuante nem sempre é possível o registo de informação mais detalhada. No entanto, quando o utente é acompanhado em continuidade é possível recolher registos e organizar informação”.

Outros profissionais referem que o planeamento da prática profissional dos Assistentes Sociais centra-se mais na articulação intrainstitucional, enquanto a organização está ligada ao uso dos instrumentos. Assim:

(R5): “deve ser organizada e para tal contamos com: registo de campo; fichas de caracterização dos utentes; registo de ocorrências; diagnósticos sociais; O planeamento dirá mais respeito à articulação intra institucional.”

Os Assistentes Sociais também se referem à necessidade de planear a intervenção para dessa forma, personalizar a intervenção ao consumidor de substâncias psicoativas e à sua realidade.

(R7): “não há outra forma de intervir, na minha opinião. É necessário planear a intervenção, direcionada para cada individuo e ajustada à sua realidade.”

Outros Assistentes Sociais integrados em equipas de rua concordam que a intervenção deve ser planeada e organizada, no entanto, nem sempre é possível, dadas as situações de imprevisibilidade tanto das rotas de tráfico como de consumo.

Só um Assistente Social assume que a prática profissional planeada e organizada, sendo esta uma mais-valia para a intervenção, porém, também considera que face à instabilidade que caracteriza a realidade, os Assistentes Sociais devem ter autonomia para poderem responder de acordo com a situação problema apresentada e devem apelar à criatividade e ao improviso.

(R9): “tudo deve ser planeado e organizado. No entanto, é difícil prever as situações. Os Técnicos têm de ter autonomia, para dar resposta aos acontecimentos”.

(R10): “De facto o ideal a prática profissional do Assistente Social deve ser planeada e organizada, no entanto a sua intervenção em muitos momentos é improvisada devendo o Assistente Social ser criativo tendo em conta que a população alvo ser uma população volátil.”

Mas a utilização “do instrumento e da técnica não é inibidora ou potencializadora da intervenção profissional e que não é o uso de instrumentos e técnicas que levam à eficiência e à eficácia da intervenção profissional, pois eles não funcionam a partir de um caminho a ser seguido, chegando a um determinado fim” (Santos, 2005, p.7). Percebe-se que “ao lidar com consciências humanas e não objetos concretos, os resultados são modificados, também, pelas diferentes subjetividades presentes. Estas são fundamentais para os resultados pretendidos, mais do que o simples emprego de técnicas” (Santos, 2005, p. 7).

No entanto e de acordo com os respondentes, é este planeamento que consolida a autonomia dos profissionais de Serviço Social em equipas de rua.

Qualquer prática profissional é desafiada a usar métodos e estratégias de ação baseadas em métodos do planeamento (Guerra, 2002). Os Assistentes Sociais integrados em equipas de rua, consideram que para melhorar intervenção (prática profissional organizada e planificada), utilizam o diagnóstico social como forma de planeamento, com 3 respostas, uma vez que permite avaliar a intervenção, recolher informação pertinente e útil, argumentam que:

(E10): “A prática dos AS deve ser organizada e baseada em instrumentos de registo e avaliação de modo a orientar a intervenção, a recolha de informação pertinente e construção de diagnóstico”.

(E11): “Através de fichas diversas, como por exemplo Diagnóstico Social; Informação Psicossocial, Diários de Campo; Fichas Diárias, etc”.

(E12): “Deverá para tal utilizar de instrumentos que possibilitem a recolha de informação útil e o diagnóstico social.”

Como ilustra Guerra (2002) e Robertis (2011) a metodologia do planeamento privilegia o Diagnóstico como processo contínuo do conhecimento, que permite desenvolver a intervenção sustentadas teoricamente.

Quando questionados sobre quais as áreas privilegiadas nos diagnósticos sociais, oito (8) Assistentes Sociais consideraram o historial dos consumos, os dados biográficos e as condições habitacionais assim como o agregado e as relações familiares.

**Quadro 11 - Áreas privilegiadas no diagnóstico social**

<b>Áreas Privilegiadas</b>	<b>N.º de profissionais Assistentes Sociais em equipas de rua</b>
Historial de consumos	8
Agregado e relações familiares	5
Dados biográficos	5
Condições habitacionais	5
Experiência profissional	3
Todas as áreas *	3
Caracterização sociodemográfica	2
Percurso escolar	2
Estado de saúde	1

Níveis de inclusão e níveis de exclusão	1
---	---

Fonte: Elaborado pela própria.

Consideramos que as áreas privilegiadas na elaboração do diagnóstico social são variadas, mas, existe um certo padrão que é necessário evidenciar: “ato de recolha de informação para identificação dos problemas é uma das funções atribuídas por profissionais de outras áreas aos Assistentes Sociais” (Granja 2008, pp.291-300).

De acordo com a análise do quadro 11 e tendo em conta o maior número de respostas, constatamos que na elaboração do diagnóstico social, os respondentes privilegiam o historial de consumos (8 resposta, 36,4%), o agregado e relações familiares (5 respostas, 22,7%), os dados biográficos (5 respostas, 22,7%) e as condições habitacionais (5 respostas, 22,7%).

Três (3) profissionais de Serviço Social (o que equivale a 33,3%) referenciaram a experiência profissional e informaram que utilizam,

(R14):“todas as áreas porque são intrínsecas à elaboração de um diagnóstico social que deve conter a história/percurso de vida, factores de inclusão e factores de exclusão e a expectativas relativas ao futuro”.

Os indicadores de caracterização sociodemográfica e o percurso escolar (áreas privilegiadas no diagnóstico social) obtiveram 2 respostas, enquanto o estado de saúde e os níveis de inclusão e de exclusão obtiveram somente 1 resposta.

#### 4.5.4 - O uso do diagnóstico social

O diagnóstico social é um processo muito importante para a tomada de decisões dos Assistentes Sociais na medida em que inclui informação diversa, comportando as diferentes perspetivas e abordagem ao problema e às possíveis soluções. É um processo interativo e por isso dinâmico, entre Assistente Social, o consumidor de substâncias psicoativas, os familiares, conhecidos, amigos, vizinhos e companheiros. É um processo etiológico, “pois procura as causas do problema, sua origem nas várias situações passadas e presentes e na experiência do cliente” (Vieira, 1988, p.71), sendo por isso necessário que inclua dados objetivos, também designados externos ou ambientais, integrando componentes sociais, económicas, habitacionais e culturais da situação, e dados subjetivos, internos ou

emocionais, como os comportamentos, as atitudes e as respostas psicológicas do cliente por referência a essas componentes situacionais, tal como se pode comprovar com as respostas dadas pelos respondentes.

Na elaboração do diagnóstico social, as finalidades estas estão relacionadas com a caracterização da população alvo.

(R3): “a finalidade é sempre conhecer o melhor possível o indivíduo com quem estamos a trabalhar, as suas potencialidades, os seus problemas”.

Pois só assim, poderão,

(R7): “ ter uma visão holística do indivíduo e da sua situação”.

(R10): “para caracterização anual da população e para perceber em que áreas intervir”.

A justificação para a realização do diagnóstico é dada por (5 respondentes) sendo que uns assumem que:

(R11): “estas são as áreas que vão fundamentar o próprio instrumento”,

ou são as áreas

(R12): “para delinear um plano de intervenção adequado ao indivíduo.

Também assumem que

(R14): “para fazer/desenhar o acompanhamento com base num diagnóstico”

e que este,

(R15): “permite identificar as forças e as fraquezas (fatores de risco e fatores de proteção) de forma a definir prioridades na intervenção”.

A eficiência das respostas é considerada vital para a intervenção:

(R8): “para poder identificar as necessidades e construir com o utente um plano de ação e projeto de vida”,

ou para

(R16): “ mudar atitudes nos consumidores, visando consumos com menores riscos para a saúde”.

E para (R17): “corresponder aos pedidos de ajuda”.

A mudança nas atitudes dos consumidores de substâncias psicoativas é identificada só por um inquirido (1 resposta).

O uso do diagnóstico tem como,

(R20): "... objectivo de mudar atitudes nos consumidores, visando consumos com menores riscos para a saúde".

Segundo Carvalho (2016) "o diagnóstico social requer uma avaliação racional, interpretativa, indutiva e dedutiva. A intervenção evidencia a abordagem sistémica e ecológica e considera não só os fatores de risco (problemas) mas os fatores protetores (capacidades), pois são estes que podem ser potenciados para compreender a realidade social onde atua, e definir estratégias de atuação e desenvolver as melhores práticas profissionais" (Carvalho, 2016, p. 20).

No diagnóstico social é necessário ter em conta "o contexto global, como a comunidade e as políticas adotadas para o seu bem-estar, a área em que se presta serviço social, o tipo de instituição em que se trabalha, atribuições, funções e competências, a capacidade, os conhecimentos, as destrezas e as técnicas do Assistente Social, o utente e o tipo de pedido de ajuda que efetuou" (Robertis, 2011, p. 145).

Outra questão não menos relevante e premente no momento inicial do diagnóstico social é a análise dos recursos de que a instituição dispõe para dar resposta às necessidades sentidas pelo consumidor de substâncias psicoativas. Assim, há que ter em conta "a localização e as características geográficas, os equipamentos e infraestruturas disponíveis, os diferentes sistemas de proteção social aplicáveis, as parcerias institucionais pertinentes e a colaboração expectável por parte da comunidade geral" (García e Romero, 2008, p.155).

Para elaborar o diagnóstico social é necessário um conjunto técnicas (Vieira, 1988) tais como:

Técnicas que levam à conscientização: empregues na fase da constatação e compreensão do problema; têm como objetivo promover a perceção, a interpretação e o esclarecimento da situação-problema, com todos os seus aspetos positivos e negativos.

Técnicas que levam à ação: técnicas de apoio, de incentivo, de mobilização e de orientação, que têm por objetivo restabelecer e fortalecer a autoconfiança do consumidor de substâncias psicoativas, levando-o a verbalizar os seus medos e inseguranças, reduzindo as tensões e as ansiedades. Utiliza-se frequentemente a discussão lógica com o intuito de refletir conjuntamente a problemática, encorajando, estimulando, motivando e aceitando o consumidor de substâncias psicoativas.

Técnicas que levam à organização da ação: compostas por técnicas que permitem a utilização dos recursos do meio. Também se enquadram nesta categoria as técnicas de limitações, que permitem alertar o consumidor de substâncias psicoativas de até onde poderá ir de acordo com as leis, normas, funções da instituição) e as técnicas de uso da autoridade profissional.

É no conjunto e na inter-relação destas técnicas que os profissionais destas equipas elaboram o diagnóstico social.

#### **4.5.5 - O uso da entrevista de ajuda**

Há várias entrevistas em Serviço Social. A entrevista de diagnóstico e a entrevista de ajuda. Esta situação confunde-se frequentemente com a relação de ajuda. Contudo, aqui questionamos os profissionais acerca do uso da entrevista de ajuda.

Verificamos que a sua aplicabilidade é efetuada por 10 Assistentes Sociais. A adoção por este instrumento prende-se com o entendimento das subjetividades dos consumidores de substâncias psicoativas, quantidade e qualidade de informação, criação de uma relação empática e de confiança, liberdade de expressão e autoavaliação.

A entrevista de ajuda é utilizada para:

(R3): “recolher a subjetividade da resposta”.

(R4): “Tendo em conta o nosso âmbito de intervenção, as questões que se colocam não são de cariz obrigatório, portanto o objetivo é que o utente se sinta confortável a dar as informações que considere importantes”.

(R5): A entrevista “permite abordar temas que não constam no guião da entrevista e consequentemente obter outras informações pertinentes para o processo de intervenção”.

(R6): “Nesta área é importante manter questões abertas nas entrevistas de modo a criar uma relação empática e paulatina com o utilizador de modo a conseguirmos a sua confiança”.

(R10): “De maneira a que o utente possa falar livremente sobre as questões e assim conhece-lo melhor e aumentar a relação de confiança”.

(R11): “Pretendo perceber as expectativas que o utente possui em relação à sua vida”.

(R13): “Potencia uma maior abertura na relação comunicacional estabelecida entre o profissional e o individuo, permitindo um espaço para que o individuo identifique e avalie em conjunto com o profissional a situação/problema, expondo as suas necessidades e as potencialidades para a sua resolução”.

(R15): “Permite liberdade de expressão”.

Mas em contextos de grande complexidade, como é o caso da intervenção em equipas de rua na área das substâncias psicoativas e, tendo em conta que o centramento do trabalho é a proximidade.

(R17): “O contacto é feito preferencialmente em contexto de rua é importante respeitarmos o espaço do utilizador, o seu tempo e disponibilidade”.

(R18): Por vezes é mais fácil utilizar instrumentos mais objetivos, com questões fechadas.

Pois estas,

(R18): “São mais facilmente apreendidas por quem está a responder e mais fáceis de serem tratados os dados”.

Também o uso de perguntas semifechadas pois,

(R18): “ (...) não limita a resposta, mas também permite respostas mais direcionadas”.

Tendo em conta a análise das respostas obtidas nos questionário, conclui-se que a entrevista de ajuda é um meio para a construção de uma relação de confiança, envolvimento e participação do consumidor de substâncias psicoativas no processo, mas também motivação para o tratamento, ou para redução de riscos e minimização de danos.

Na entrevista de ajuda é importante ter em consideração alguns fatores facilitadores da comunicação, nomeadamente, assegurar a privacidade e confidencialidade do consumidor de substâncias psicoativas e ter em conta o espaço onde a entrevista irá decorrer. De acordo com Mucchielli (1978, p. 33), a entrevista não deve ser realizada num local qualquer, sendo “o local favorável aquele que melhor permita a escuta (sem ruídos parasitas externos, nem interferências, nem telefone, nem passagem de gente estranha à entrevista, nem interrupções bruscas que dão ao entrevistado a impressão de que ele é demais ali”. Durante a entrevista deve-se dar informações e apoio, mas sem criar dependências. Deve-se praticar a escuta ativa, em que “um bom entrevistador ouve muito e fala pouco”. e observar o que não é dito, mostrar disponibilidade mental, cumprimentar o consumidor de substâncias psicoativas, manter o contacto visual e, se possível, tratá-lo pelo nome (Lewgoy e Silveira, 2007, p.233).

As entrevistas de ajuda organizam-se em diferentes momentos ou fases, designadas de formas diversas pelos diferentes autores. Assim, Caparrós (1992, p. 54) divide a entrevista em preparação, fases e habilidades para entrevistar e Lewgoy e Silveira (2007) subdividem-

na em planeamento, execução e registo, e García (2008, p. 115) refere a “fase de enlace y presentación, fase de desarrollo, fase final y de enlace”.

No caso das equipas de rua, a entrevista de ajuda deve ser preparada e tem de se ter em conta o espaço onde a mesma se irá realizar, no contexto físico ou móvel, por exemplo, em carrinhas das equipas de rua, num lugar público ou domicílio do utente. Caso seja no espaço físico da instituição é importante providenciar um espaço acolhedor e restrito e garantir que a disposição de mesas e cadeiras é ótima e que não existem objetos de distração. Quando a entrevista se realiza no domicílio do utente, é necessário escolher uma hora em que não se provoquem constrangimentos. No caso dos locais públicos, procura-se um local sossegado para que a entrevista prossiga os objetivos. Ainda na fase de preparação, é importante que o Assistente Social elabore o guião da entrevista, antecipe sentimentos, reações e respostas, definindo os assuntos a abordar.

Na fase de realização da entrevista, o Assistente Social apresenta-se, referindo o nome e a função na instituição, levando o utente a apresentar-se também, sentar-se ao mesmo nível do utente e inclinar-se para a frente, falar numa linguagem acessível, despojada de termos técnicos, praticar a escuta ativa (“a escuta ativa é uma escuta atenta, envolvida e participada” em que a/o Assistente Social dá o tempo necessário para que os utentes se possam expressar. O Assistente Social pode orientar quando o discurso se desorganiza, e pode estimular a comunicação através da linguagem não verbal (Costa, 2014, p.339) e resistir às distrações, para assim poder prestar maior atenção ao *feedback*. As reações e atitudes espontâneas do entrevistador devem ser controladas, principalmente quando as mesmas conduzem a uma classificação da pessoa acolhida, à vontade de encurtar ou distender a entrevista e ao estabelecimento de paralelos com a sua experiência pessoal.

Tendo em conta o exposto, facilmente se compreende que existem competências que são requeridas aos profissionais (Assistentes Sociais) para a construção de uma relação de ajuda.

Rogers (2009) refere-se a competências pessoais, identificando por exemplo, a inteligência emocional, a autenticidade ou congruência, consideração positiva incondicional, acolhimento caloroso e aceitação, empatia, sensibilidade e a receptividade. Todas estas competências são colocadas em prática através da entrevista, promovendo o desenvolvimento de uma relação de ajuda.

#### 4.5.6 - O uso das visitas domiciliárias: tipos de registo e finalidades

Relativamente às visitas domiciliárias verifica-se que estas não são muito frequentes em equipas de rua.

A razão apresentada é a seguinte:

(R17): “não realizamos visitas domiciliárias com frequência, se por algum motivo for necessário, utilizamos o registo do giro (tem espaço para questões como: utentes contactados, tipo de apoio, outras informações)”.

Contudo, os profissionais que realizam visitas domiciliárias,

(R18): “recorrem à observação direta e às conversas informais com os utentes, na tentativa de registar as suas necessidades e vulnerabilidades”,

e ao

(R19): “registo da visita que servirá para perceber a capacidade de organização individual do utente e serve também para perceber em que condições se encontra o alojamento do próprio”,

assim é necessário,

(R20): “registar toda a observação que foi feita”.

As equipas de rua onde os Assistentes Sociais realizam visitas domiciliárias utilizam preferencialmente o registo de acompanhamento (11 equipas de rua) e registo do giro (1 equipa de rua), assim:

(R20): “o registo de acompanhamento permite registar a recolha de dados observados no meio natural de vida do individuo e/ou agregado familiar”.

(R21): “Utilizo o registo de acompanhamento para registar tudo o que foi observado e de que forma essa mesma visita poderá ajudar no processo de mudança do individuo”.

(R22): “Parece-me ser o melhor instrumento de recolha de elementos relativos ao espaço doméstico.”

(R11): “Registo aberto de observação que vai contribuir para o diagnóstico e para o desenho da intervenção”.

(R10): “Nas visitas domiciliárias recorreremos à observação direta e às conversas informais com os utentes, na tentativa de registar as suas necessidades e vulnerabilidades.”

(R9): “Utilizo o registo de acompanhamento para registar tudo o que foi observado e de que forma essa mesma visita poderá ajudar no processo de mudança do individuo.”

(R8): “O registo da visita servirá para perceber a capacidade de organização individual do utente e serve também para perceber em que condições se encontram em relação a o alojamento do próprio”.

A visita domiciliária é identificada por alguns autores (Ferreira, 2011; Amaro, 2015; Pena, 2015;) como o instrumento de intervenção do Assistente Social.

À semelhança do que ocorre com a aplicação de muitos outros instrumentos de ação social, quando o Assistente Social realiza visitas domiciliárias assume uma atitude empática, sendo “capaz de escutar o outro, captar a mensagem e compreendê-la na sua exata dimensão” (Santos, 1998, p.19).

O Assistente Social tem também de deixar claro porque realiza as visitas, quais os motivos, finalidades e objetivos destas. As visitas domiciliárias também funcionam como instrumentos de recolha de dados, como instrumentos de controlo, em que se verifica se determinadas regras e procedimentos estão a ser cumpridos, e como instrumento de aproximação e de ajuda, na medida em que a família de apercebe da disponibilidade do técnico (Santos, 1998).

Durante a visita domiciliária procede-se ao registo de informação, tendo pedido autorização aos utentes e familiares para o realizar. O registo é feito por escrito, em pequenas observações ou no preenchimento de uma grelha de indicadores, ou seja, uma *check-list*. Para tal “um bloco de notas, uma prancheta e caneta para apontar algumas observações são o suficiente para que o registo seja realizado, sem colocar em segundo plano a relação humana estabelecida” (Amaro, 2015, p.78). No fim da visita, normalmente já nas instalações da instituição, proceder-se à redação de um relatório de visita.

Como se verificou e de acordo com os autores supracitados, os Assistentes Sociais em equipas de rua também registam as visitas domiciliárias, recorrendo a instrumentos de registo específicos, nomeadamente o registo de acompanhamento e o registo do giro, também com o objetivo de recolher dados que possibilitem o delinear de projetos de intervenção.

#### **4.5.7 - Informação social e relatório social: uso, diferenças e finalidades**

O Relatório Social “é um dos instrumentos mais utilizados na intervenção social, sobretudo como resultado da análises diagnósticas e de perícias técnicas (Carvalho e Pinto, 2015, p.105). Tem como objetivos: dar a conhecer a existência e as características de uma situação social determinada; fornecer informações para que os profissionais formem uma

opinião/tomem decisões em função dessa informação; obter e promover o acesso a recursos sociais; e facilitar informação a outros profissionais (Carvalho e Pinto, 2015, p. 105).

Relativamente à existência de diferenças entre a informação social e o relatório social, um inquirido não considera haver diferenças entre ambas:

(R11): “Não distingo diferenças entre ambos”.

Outro profissional de rua considera que:

(R5): “é muito raro apresentarem um relatório social”.

De salientar que as diferenças entre ambos residem sobretudo no seu conteúdo sucinto versus pormenorizado, atualidade versus evolução da trajetória de vida, e parecer do técnico que os elabora. Contudo neste item é de salientar o baixo índice de respostas dadas pelo que podemos inferir o pouco uso deste tipo de instrumentos na intervenção em equipas de rua.

No quadro 12 apresentamos as diferenças entre as características e as finalidades da informação social e do relatório social.

**Quadro 12 - Características, Finalidades da Informação Social e do Relatório Social**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores de resposta</b>	<b>N.º</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Informação social	Caraterísticas	Conteúdo sucinto	4	(R1): “A informação social é mais sucinta, normalmente só a utilizamos quando existe essa necessidade para encaminhamentos”  (R6): “A informação social é algo mais informal, onde temos a informação resumida do utente.  (R6): “Documento também enviado a outras entidades mas não tão exaustivo e contendo apenas a informação necessária do que se quer informar”
		Atualidade	2	(R8): “É mais concisa e dirigida para o momento presente”
	Finalidades	Sinalização e encaminhamentos de consumidores de substâncias psicoativas para	2	(R9): “Serve para concretizar o encaminhamento, para que a instituição de destino perceba a finalidade do encaminhamento enquadrada num determinado plano de acompanhamento”  (R10): “Utilizada normalmente para a sinalização /

		estruturas sociais e de saúde		encaminhamento do indivíduo para as entidades da rede socio-sanitária”.
Relatório social	Características	Apresentação descritiva e interpretativa pormenorizada	2	(R12): “Por relatório social prevê-se uma abordagem das diferentes áreas, referência aos instrumentos de recolha de informação, análise criteriosa, fundamentação, estratégias a seguir, ações interventivas, etc”. “Relatório social é um documento mais estruturado, designado por itens, ambos permitem uma análise da vida social do sujeito em diferentes áreas ou contextos”. (R16): “O relatório social implica uma informação mais detalhada, inclusive do percurso de vida do utente”. (R17): “Relatório social tem informação mais completa e longitudinal”.
		Parecer técnico	1	(R18): “Relatório social fornece informações e avalia a situação do utente (apreciação da situação)”.
		Documento formal	1	(R19): “Documento formal composto pela apresentação descritiva e interpretativa da situação ou indivíduo, normalmente dirigido a outras entidades”. (R20): “Relatório social que se refere a algo mais formal, institucional”.
		Total:	12	

Fonte: Elaborado pela própria, tendo em conta os dados do estudo.

Os profissionais de Serviço Social quando elaboram um relatório social fazem-no de uma forma formal (documento formal), tendo em conta o parecer do técnico que o realiza. Porém, “há várias formas de realizar um relatório social”. No caso português não existe ainda uma regra geral para o fazer, por isso, cada instituição e área de atuação adotam diferentes procedimentos” (Carvalho e Pinto, 2015, p. 105).

Para Rodríguez *et al* (2009) e Hernandez (2006), o Relatório Social dever seguir estas regras:

- a) Cabeçalho (onde se inclui a instituição que emitiu o relatório e a entidade que o vai receber), data de realização, assunto ou o motivo do relatório.
- b) Modo de obtenção dos dados e da informação que vai ser relatada;

- c) Identificação da pessoa de referência e da unidade de convivência (dados biográficos) vínculos de parentesco (caraterização através do genograma), caraterização habitacional, profissional, escolar, entre outros dados.
- d) Situação de saúde, situação socioeconómica e laboral, situação formativa/educativa e cultural.
- e) Dinâmica familiar e o núcleo de convivência (através por exemplo, da utilização do ecomapa de família).
- f) Parecer técnico ou análise técnica do profissional, no qual o mesmo faz uma síntese analítica da problemática, das necessidades e dos pontos fortes; realiza o diagnóstico, o prognóstico, a análise da situação sintética da situação e o objetivo da análise; identifica os recursos internos da família, do núcleo de convivência e da comunidade (Carvalho e Pinto, 2015, p. 106).

Todas estas regras correspondem ao que os respondentes identificaram como “apresentação descritiva e interpretativa pormenorizada”.

Qualquer Relatório Social tem de incluir uma proposta de intervenção, ou seja, as propostas de medidas a serem levadas a cabo e as alternativas às mesmas, a avaliação do processo, o seguimento e a duração, a orientação final e os compromissos entre as partes. No final, integrar o nome do autor – profissional que realizou o relatório – categoria profissional e a instituição (Carvalho e pinto, 2015, p. 106).

De acordo com o Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomaos en Trabajo Social y Asistentes Sociales (1985, p. 47) em García e Bracho (2008, p. 578) entende-se por Informação Social "uma síntese explicativa sobre uma determinada situação, realizada pelo Assistente Social, como resultado do estudo, avaliação e aconselhamento para alcançar um determinado objetivo". Os seus objetivos são os seguintes:

- a) Dar a conhecer a existência e caraterísticas de uma determinada situação social com o propósito de a melhorar ou modificar;
- b) Conter informação para a avaliação profissional;
- c) Obter recursos sociais já existentes;
- d) Facilitar informação a outro Assistente Social.

Perante os dados recolhidos nos questionários, estes objetivos vão ao encontro do que os respondentes responderam em termos de características da Informação Social, relativamente ao seu conteúdo sucinto e atual, permitindo sinalizar e encaminhar consumidores de substâncias psicoativas para estruturas sociais e de saúde, previsto nas alíneas supracitadas.

#### **4.5.8 - Outros instrumentos específicos do Serviço Social**

Relativamente à questão de saber sobre a existência de instrumentos específicos do Serviço Social, 9 Assistentes Sociais referiram que utilizam, e 5 Assistentes Sociais referiram que não utilizam, e que existem outros instrumentos específicos do Serviço Social. Os restantes não responderam.

Os que consideram que existem, identificam novamente o diagnóstico social:

(R3): “... diagnóstico social dos utentes é um instrumento específico do Serviço Social”.

(R4): “Um dos mais utilizados é o diagnóstico social as informações e relatório sociais, visitas domiciliárias.”

E continuam considerando que,

(R5): “Existem instrumentos específicos do Serviço Social, sendo aqueles que são utilizados apenas pelos profissionais de Serviço Social e que efetivam a sua ação profissional, dos quais se destacam o Diagnóstico Social, o Relatório Social e os Processos Individuais de Acompanhamento Social.”

Assim como,

(R6): “Escala de avaliação de vulnerabilidade, embora também considere que não são muitos divulgados e utilizados.”

Os Assistentes Sociais que consideram não existir instrumentos específicos, justificam com a existência de instrumentos transversais.

(R8): “a multidisciplinaridade da abordagem em equipas de rua cria instrumentos transversais a vários saberes, não sendo utilizado um instrumento específico (único) do serviço social, pois na sua prática profissional, os instrumentos que utilizo (pareceres técnicos, informações sociais, mediação...), não considero serem específicos do Serviço Social”.

Estes profissionais, apesar deste tipo de pensamento ainda identificam o saber científico e técnico do Serviço Social.

(R10): “Existe o saber técnico da prática de Serviço Social (em evidencia científica) - metodologias e técnicas de diagnóstico e acompanhamento, que devem ser utilizadas”.

As “ferramentas técnicas do Serviço Social” são: “atendimento social, acompanhamento social sistemático, visita domiciliária, entrevista, observação, informação social, relatório

social, caracterização sociofamiliar, supervisão, perícia social, plano individual de readaptação, acordo de promoção e proteção, plano individual educativo, avaliação de caso, escalas e tecnologias da informação e comunicação” (Ferreira, 2009, pp. 364-365). De acordo com o autor supracitado e tendo em conta as respostas dos respondentes, conclui-se que os instrumentos mais identificados e utilizados pelos Assistentes Sociais em equipas de rua, em parte, coincidem com os instrumentos que Ferreira (2009) identifica como fazendo parte do acervo técnico e instrumental do Serviço Social: informação social, entrevistas, visitas domiciliárias, relatórios sociais, para além de identificarem o diagnóstico social como sendo instrumento específico do Assistente Social.

No entanto, constata-se uma inquietação no que diz respeito à especificidade dos instrumentos e técnicas por parte da profissão. É nesta lógica de pensamento que Santos (2004) se refere ao acervo dos instrumentos e técnicas, afirmando que algumas das técnicas “não são, necessariamente, específicos do Serviço Social. Os instrumentos pertencem às ciências sociais e humanas, como por exemplo, o questionário, as entrevistas, o focus group, entre outras. Há, contudo uma especificidade no uso desses instrumentos pelo Serviço Social, a qual precisa de ser definida, pensada e trabalhada pelo conjunto da teoria – a começar na formação profissional – a partir dos seus objetivos, de seus princípios, de seus objetos, de suas demandas e de sua direção social. Trabalhar estas particularidades se faz necessário no sentido de construir um acervo mínimo de referência a ser garantido no ensino dos instrumentos e técnicas” (Santos, 2004, pp. 236-237).

Por sua vez, “face à diversidade de contextos de intervenção e multiplicidade de necessidades e problemas a avaliar, optou-se por incluir outros instrumentos que se podem aplicar em vários contextos e a diversas situações sociais. Tais ferramentas não são exclusivas ao Serviço Social, nem este detém jurisdição sobre as mesmas” (Sousa e D’Almeida, 2016, p. 72): Genograma, Ecomapa, Mapa de Rede Pessoal e Social, Culturagrama (aspectos culturais com relevância para a avaliação), Escala de Gigón (avaliação do índice de risco social dos idosos, por exemplo), Fluxograma (perceção cronológica dos eventos mais significantes dos indivíduos e das famílias), e a Análise SWOT (ferramenta de diagnóstico estratégico) (Sousa e D’Almeida, 2016, p. 72).

#### 4.6 – Lugar dos instrumentos nas estratégias do Serviço Social

As estratégias utilizadas pelos Assistentes Sociais são como “meios para que sejam conseguidos os fins pretendidos ao nível do plano de intervenção profissional; estas tanto podem fazer parte integrante do mesmo, como podem ir sendo definidas de acordo com a evolução da execução do mesmo” (Mouro, 2014, pp. 43-44).

Existem três estratégias básicas na redução de riscos e minimização de danos, sendo elas “a educação, o aumento da oferta de medidas e procedimentos de redução de danos na sociedade e as alterações em termos de legislação” (Marlatt *et al.*, 2004, p.417). Esta abordagem, “obtendo de forma continuada pequenos resultados e a melhoria da condição geral do indivíduo, caminha no sentido de um bem-estar e qualidade de saúde, podendo ser uma alternativa mais efetiva do que as abordagens tradicionais que, baseadas exclusivamente na redução de ofertas de substâncias, têm privilegiado metas consideradas por muitos como utópicas”(Marlatt *et al.*, 2004, p. 417). Relativamente à aplicabilidade dos instrumentos como estratégia de intervenção, a tendência dos Assistentes Sociais é a de que aplicam os instrumentos como estratégias de intervenção (11 respostas é a de que aplicam os instrumentos como estratégias de intervenção, os restantes 11 não responderam).

Os que consideram que aplicam os instrumentos como estratégias referem que os usam para melhorar a intervenção:

(R1):“melhorar o planeamento da intervenção”,

sendo estes os meios essenciais para que,

(R3): “anualmente” possam “ter dados para enviar às entidades financiadoras, os instrumentos utilizados, permitem obter esses dados”.

Apesar disso,

(R4): “contempla uma estratégia de intervenção porque permite direcionar a intervenção com as Pessoas Utilizadoras de Drogas”.

(R5): “na medida que orientam a intervenção e facilitam a recolha de informação”.

Ainda mais se estes instrumentos forem utilizados,

(R6):“de uma forma integrada”.

Pois,

(R8): “permite uma organização e um método”.

Um Assistente Social, considera que

(R10): “sem o uso correto destes instrumentos não seria possível criar um plano de intervenção direcionado ao utente”.

Pois,

(R11): “todos os instrumentos são utilizados de acordo com a situação e adaptáveis com vista a delineação da intervenção (plano de acompanhamento)”.

(R18): “Logo não existiria uma estratégia capaz de sustentar uma relação de ajuda”.

No entanto, 1 Assistente Social afirma que não é considerada uma estratégia global, porque estas estratégias,

(R12): “foram criadas internamente pela equipa, em que se separou as diferentes áreas de intervenção e se adaptou os instrumentos para que cada um, de acordo com os seus conhecimentos, preenchesse os dados para que se desse uma resposta biopsicossocial ao indivíduo”.

Marlatt *et al* (2004, p. 417) acrescenta que “existe um número bem maior de estratégias disponíveis e aplicáveis do que apenas a promoção do uso individual de seringas ou as terapêuticas de substituição opiácea como, por exemplo, as intervenções com vista a garantir a pureza ou a concentração da substância utilizada ou as condições para que este uso se faça com higiene e assistência”, ou mesmo utilização dos instrumentos como estratégias de intervenção.

Os instrumentos específicos do Serviço Social que foram identificados como ação estratégica são os seguintes:

Seis Assistentes Sociais consideram o aconselhamento e encaminhamento como estratégia de intervenção.

(R14): “aconselhamento para o consumo doenças infecto, etc”.

(R15): “Aconselhamento Breve”.

Entende-se por intervenção breve, onde se inclui o aconselhamento breve, “um grupo de intervenções que partilha, em termos gerais, características comuns: curta duração ou baixa intensidade e cujo custo de implementação é menor que o custo de intervenções de tratamento convencionais. Os estudos realizados nos últimos 25 anos sobre intervenções breves em diversos contextos e com a participação de diversos profissionais demonstraram a eficácia deste tipo de intervenção tanto a nível da redução como na cessação do consumo

de uma substância, ou ainda enquanto instrumento valiosos para o encaminhamento de pessoas com dependência de substâncias para tratamento especializado (Borges, 2004, p. 325).

Mas também identificam estratégias de mediação, informação, encaminhamento e acompanhamento para estruturas sociais e de saúde sobretudo para,

(R17): “promover e garantir o acesso à informação e serviços.”

Quatro Assistentes Sociais consideram o *Advocacy* e *Empowerment*.

(R19): “na prática profissional com pessoas utilizadoras de drogas é fundamental a adoção de estratégias de intervenção como a advocacia e a mediação (...)”

(R21): “Advocacia, ações de cidadania e empowerment”.

no sentido de que,

(R22): “trabalhamos todas as problemáticas apresentadas pelo utente (jurídico, saúde, familiar)”.

(R17): “(...) apoiando-o a potenciar os seus fatores inclusivos”.

Três Assistentes Sociais consideram a mediação e o acompanhamento que é efetuado referindo que:

(R6): “muitas vezes é necessário fazer mediação e acompanhamentos aos vários locais, onde os utentes podem obter, por exemplo, respostas sociais, na medida em que muitos deles não entendem o que lhes é solicitado e tudo lhes provoca muita complicação, não sabem as etapas que têm que seguir, etc”.

Cinco profissionais de Serviço Social destacam o *advocacy* e a mediação, por exemplo:

(R8): “ (...) na prática profissional com pessoas utilizadoras de drogas é fundamental a adoção de estratégias de intervenção como a advocacia e a mediação.”

(R14): “muitas vezes é necessário fazer mediação e acompanhamentos aos vários locais”.

O *Advocacy* “tem como característica a defesa dos direitos de todas as pessoas que são vítimas de exclusão ou de discriminação por parte da sociedade, das entidades públicas e governamentais, pelas instituições públicas ou privadas e muitas vezes pelos próprios pares. Serve-se da teoria antidiscriminatória para desenvolver uma atitude profissional centrada na defesa da cidadania por parte dos que são socialmente segregados.” (Mouro, 2014, p.43). O *advocacy* está relacionado com o empowerment, na medida em que “investe na capacitação como meio de integração social (Mouro, 2014, p. 43)”, através de uma função capacitadora e pedagógica.

As estratégias mediadoras identificadas pelos respondentes e identificadas no capítulo 2, caracterizam-se “pelo papel conciliador de conflitos interpessoais e de concertação de atitudes sociais”. São utilizadas quando por exemplo, “a desinformação condiciona a convergência de interesses quer para a redução de danos sociais, quer para o sofrimento social” (Mouro, 2014, p. 44), daí a necessidade de se fazerem acompanhamentos sociais, para que os consumidores de substâncias psicoativas fiquem mais elucidados sobre a informação que lhe é transmitida. Daí, a estratégia capacitadora aliada a processos de *empowerment*, de consciencialização política e até ideológica, através de uma prática pedagógica (Brinca, 2010, Mouro, 2014).

Um profissional de Serviço Social identificou também,

(R8): “um pouco de Coaching”

O Coaching baseia-se na “teoria da comunicação para desenvolver o exercício do aconselhamento social. O objetivo central passa por criar um processo de trabalho que associa acompanhamento com aconselhamento e tutorização. Utiliza o relacionamento como dispositivo para, sem ferir os aspetos éticos, refletir com a pessoa sobre os seus problemas ou situações vivenciadas, tendo como finalidade encontrar estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas ou manifestas” (Mouro, 2014, p. 43).

Uma outra equipa de rua (onde se inclui o Assistente Social) enunciou as estratégias mais ligadas à comunicação e ao estabelecimento de relação de ajuda profissional:

(R4): empatia; Comunicação Informal; Conhecer a linguagem utilizada pela população-alvo; Bom observador dos detalhes do terreno; Confidencialidade; Saber comunicar com os media; Advocacy; Documentar o trabalho realizado; Desenvolver/colaborar com a investigação. Trabalho em equipa; Conhecer bem a política de drogas; “Comunicação Informal; Conhecer a linguagem utilizada pela população-alvo”.

Tendo em conta a análise das respostas dadas aos questionários, bem como o enquadramento teórico sobre as estratégias de intervenção, percebe-se que as práticas profissionais e os seus propósitos (controlo, regulação, integração e inclusão), conjugada com o conhecimento, metodologias, métodos, técnica que o Assistente Social possui, faz com que as estratégias de intervenção social assumam características mais mediadoras, capacitadoras, mobilizadoras e de *cooping* social (Mouro, 2014, p. 44), de acordo com o público-alvo sobre o qual se dirige a ação profissional. Não obstante, tem que se atribuir

importância à dimensão relacional e comunicacional (habilidades comunicacionais) que tanto caracteriza a intervenção dos Assistentes Sociais.

#### **4.7 – Compreender o(s) Modelo(s) de Prática(s) do Serviço Social em equipas de rua**

Com os resultados exploratórios dos questionários podemos entender globalmente a intervenção do Serviço Social em equipas de rua e avançar com algumas hipóteses explicativas. Antes de mais os dados apresentados demonstram que o perfil dos respondentes é maioritariamente do sexo feminino, em faixas etária de jovens adultos e com experiência profissional de acordo com a duração dos programas que são financiados nesta área, até 2 anos. O financiamento destes programas provém do Sector Estado, Sicad mas também de instituições não lucrativas.

As equipas são multidisciplinares assumindo os Assistentes Sociais funções de coordenação em alguns casos. As equipas funcionam por turnos ou por serviços prestados e têm em conta as relações de género quanto à sua composição (homens/mulheres). Os turnos variam entre 1 a 3 e também consoante os serviços prestados. Algumas equipas funcionam em horários alargados de dia, noite e fim de semana. Assim verifica-se que nem todas as equipas de rua têm este tipo de horário.

Quanto ao uso do conhecimento verifica-se que este foi maioritariamente adquirido na formação base na licenciatura. Mas o que é identificado como essencial é o que foi adquirido através da experiência prática e de literatura específica da área - a teoria em uso (Mouro, 2014).

Os profissionais consideram que as equipas de rua realizam uma série de atividades que se traduzem em distribuição de material de saúde e social, serviços de apoio psicossocial, cuidados de enfermagem, apoio social e outros serviços prestados, sendo que a distribuição de material de saúde e social é a mais frequente.

Concomitantemente prestam outros serviços tais como a organização de ações de informação e de sensibilização e distribuição de material informativo, sendo estas as mais frequentes e as ações de educação para a saúde, encaminhamentos para o gabinete de apoio, formação, dinamização de seminários, *workshops*, as visitas domiciliárias/institucionais, apoio psicológico, apoio jurídico como menos frequentes.

No decurso desse processo de acompanhamento de casos sociais em equipas de rua é relevante que toda a informação recolhida, as diligências efetuadas, as resoluções tomadas e os resultados das ações fiquem convenientemente registados. O contacto privilegiado com o consumidor de substâncias psicoativas pode ser operacionalizado através de um relacionamento de ajuda profissional, ou interação constante entre Assistente Social e cliente/utente.

A efetivação de uma relação de ajuda profissional pode ser realizada através de entrevistas, contactos telefónicos, atendimentos, ou serviços que a equipa de rua presta, tais como: distribuição de material (kit de material asséptico, preservativos, pequena refeição/snacks, material de higiene, roupas ou outro material asséptico, cuidados de saúde (primeiros socorros, cuidados de higiene, cuidados de enfermagem, programa de substituição de baixo limiar de exigência, pesquisa de metabólicos, rastreios, terapêutica medicamentosa, avaliação médica, vacinação, consulta psiquiátrica) verificou-se que os mais identificados foram o encaminhamento para estruturas de saúde, balneário/lavandaria para cuidados de higiene, transporte para consultas e exames médicos. É de salientar que nenhuma equipa de rua identificou a consulta psiquiátrica.

Relativamente ao apoio psicossocial, este pode ser realizado sob diversas áreas: triagem, apoio social e psicológico, avaliação psicossocial e aconselhamento, encaminhamento e acompanhamento, intervenção em situação de crise e apoio jurídico, lavandaria, atividades ocupacionais, reuniões de grupo entre outras (Formulário de Candidatura, RRMD, 2015)

É de realçar que o apoio social continua a ser requerido no sentido de apoio nas prestações sociais, articulação com a família (mediação familiar), procura de alojamento, centro de abrigo, entrevistas motivacionais para tratamento em PSO ou RRMD, delineamento de projetos de vida.

As equipas de rua desenvolvem um trabalho multidisciplinar e em rede com os agentes da comunidade envolvente, nomeadamente: assistente social, técnico de educação, de saúde, grupo de pares, pais/famílias, agentes das forças de segurança, auxiliares da ação educativa, monitores ou comunidade em geral, em diversos contextos de implementação (serviços de saúde, contexto judicial ou prisional, espaços noturnos de lazer, meios de comunicação social, rua, meio familiar, ensino secundário/superior, contextos recreativos, bairro sócio economicamente degradado, espaços recreativos/lazer, locais/zonas

problemáticas de tráfico e de consumo, zona residencial, locais/zonas de prostituição), ações de informação e de sensibilização e *workshops* em RRMD e substâncias psicoativas e formação de pares, para além de organizarem seminários para divulgação dos resultados obtidos, em prol dos objetivos das equipas de rua, assim como a criação de plataformas digitais interativas de forma a proporcionar a partilha, debate de informação.

Em equipas de rua é patente a importância dos registos, pois é através destes que profissionais, analisam a sua atuação nas mais diversas situações com o utente e, também na sua própria evolução enquanto profissional. Os registos são ainda essenciais do ponto de vista da avaliação contínua bem como do ponto de vista da avaliação final, sendo uma das grandes preocupações das equipas de rua, principalmente na realização dos relatórios intermédios e finais (de acordo com a renovação ou o *términus* dos projetos de financiamento).

De forma a melhor entender a análise dos dados, foi elaborado um quadro síntese, onde foram identificados duas tendências de Prática(s) patentes nos discursos dos respondentes – quadro 13.

**Quadro 13 - Tendências de Prática Tecnicista/Pragmatista vs Assistencialista/Humanista**

<b>Variáveis</b>	<b>Tendência Tecnicista/Pragmatista</b>	<b>Tendência Assistencialista/Humanista</b>
<b>Foco da intervenção</b>	Registos para Relatórios de Avaliação Intercalares e Finais e serviços prestados	Efetivação da Relação de Ajuda Profissional e qualidade dos serviços prestados
<b>Dados</b>	Quantitativos	Qualitativos
<b>Aplicação dos Instrumentos</b>	Por necessidade profissional e ordens de Direção Técnica	Por necessidade e experiência profissional
<b>Adequação dos Instrumentos</b>	Adequado	Inadequado (necessidades de organização e qualificação de informação)
<b>Utilização do Diagnóstico Social</b>	Finalidade Descritiva	Finalidade Descritiva e Dialética
<b>Instrumentos de Registo e de Avaliação</b>	Instrumentos de Registo e de Avaliação dos Dados (quantificar o trabalho desenvolvido)	Instrumentos de Registo e de Avaliação do Utente (qualificar o trabalho desenvolvido)

<b>Zonas de Intervenção</b>	Urbana (locais de consumo e de tráfico e Bairros Sociais)	Urbana (locais de consumo e tráfico e Bairros sociais) e Rural
<b>Prática Profissional</b>	Mais metódica	Mais improvisada e criativa

**Fonte:** Elaborado pela própria, tendo em conta os dados do estudo.

As tendências de práticas identificadas remetem para o saber ou a teoria em uso (que decorre do saber e conhecimento específico e prático do Serviço Social (Mouro, 2014).

A primeira tendência mais objetiva, centra-se nos dados quantitativos e nos registos, assim como no financiamento dos projetos, seguindo o Formulário de Candidatura ao pormenor, bem como as diretrizes para a realização dos relatórios intercalares e finais, e que aplicam os instrumentos para recolherem os dados objetivos e quantificáveis, de forma a justificarem a continuidade ou renovação dos projetos de intervenção e por razões/necessidades profissionais (ordens da direção técnica). Estes profissionais intervêm mais nas zonas urbanas e locais de tráfico e de consumo. A prática profissional segue as diretrizes da Instituição.

Podemos inserir a tendência Técnico/Pragmatista no perfil científico-burocrático já identificado por Amaro (2015, p. 116).

Vejamos alguns exemplos ilustrados nos relatos dos respondentes:

(R12): “Anualmente temos de ter dados para enviar às entidades financiadoras, os instrumentos utilizados, permitem obter esses dados.”

(R10): “Sim, na medida que orientam a intervenção e facilitam a recolha de informação.”

(R7): “Temos previsto, para o presente ano um Seminário onde pretendemos apresentar os resultados obtidos. Não desenvolvemos portanto outras atividades”.

(R5): “Sim. Depende do que queremos avaliar. Os instrumentos devem ser construídos em função dos resultados que pretendemos avaliar. No entanto, muitas vezes não é possível sequer passar um questionário. Se o nosso trabalho se baseia na confidencialidade, devemos respeitar se não quiserem facultar dados.”

Nesta perspetiva ou tendência existe uma enorme dificuldade em perceber qual a função do Assistente Social, qual o seu espaço de ação, quais as estratégias a utilizar. O Assistente Social é um membro da equipa que responde a uma quantidade e diversidade de solicitações, respondendo de forma imediata e técnica.

A outra tendência de Prática identificado de Assistencialista/Humanista centra-se em características mais “subjetivas”, e preocupa-se mais com a efetivação da relação de ajuda, e com as habilidades comunicacionais e relacionais e, consideram que os instrumentos não são adaptados à realidade das equipas de rua e, que existe pouco tempo para os utilizarem. Há quem vá mais além, afirmando que:

(R20): “na área de RRMD, estas questões raramente se discutem!!”

Alguns respondentes deste modelo afirmam mesmo que alguns dos instrumentos são utilizados ao critério de cada profissional e com pouco rigor. Vejamos alguns exemplos:

(R5): “Tal como já respondi anteriormente, considero fundamental a utilização destes instrumentos para delinear uma eficaz intervenção com os indivíduos”.

(R4): “Todos os instrumentos são utilizados de acordo com a situação e adaptáveis com vista a delineação da intervenção (plano de acompanhamento”.)

(R17): “As equipas de rua também são “uma entrega de afectos”, quantas pessoas se preocupam com estes Seres?”

Este tipo de tendência de prática dá ênfase à efetivação da relação de ajuda profissional e utilizam mais os instrumentos por necessidades e experiência profissional, também como estratégias de intervenção, de forma a qualificar as intervenções e a concretizar os objetivos da RRMD. Daí que considerem que os instrumentos existentes são inadequados à intervenção das equipas de rua, e criam eles próprios outros devido às necessidades de organização e qualificação da informação. Note-se que este modelo também se preocupa com a quantificação da informação, no entanto, dá mais prevalência à gestão de casos de forma comunicacional. Intervém não só em zonas urbanas e de consumo e tráfico, como também em zonas rurais, daí, o seu carácter de “improvisado e criativo”.

A tendência Humanista/Assistencialista está ligado ao cariz clássico do Serviço Social. As solicitações são no âmbito de apoio a carências económicas e sociais. Em termos de abordagens, metodologias e instrumentos de trabalho, ainda há características evidentes com os Modelos Clássicos de Serviço Social. Podemos entender a tendência de prática Assistencialista/Humanista no perfil científico-humanista: Assistente Social, já identificado por Amaro (2015, p. 118).

Em suma, consideramos que a tendência Tecnícista/Pragmatista tem mais impacto na intervenção.

Ao analisarmos o discurso dos respondentes, verifica-se que a tendência tecnicista e pragmatista está presente, está relacionada com a necessidade de justificar a pertinência dos projetos, no entanto, intrinsecamente, percebe-se que gostariam de poder interagir mais com os utentes e não só os “números”.

A informação é insuficiente e a forma de a superar é a de criar mais plataformas de comunicação de forma a divulgar os estudos realizados.

A criação de instrumentos, no decurso do trabalho vão ser objeto de aperfeiçoamento e melhorias (1 equipa de rua criou instrumentos de registo específicos para fazer face às necessidades sentidas: registo do utente e o registo do giro).

Quando observamos o Formulário de Candidatura de RRMD (2015) apercebemo-nos que os únicos instrumentos de trabalho indicados para a efetivação da avaliação do projeto, são a ficha de caracterização e a ficha de avaliação do utente, para além dos diários de campo *(Para além das fichas de caracterização e de avaliação do utente, indique quais os outros instrumentos a utilizar na avaliação do Projeto, caso existam?)*.

Logo, não é de estranhar que os instrumentos mais conhecidos e utilizados em equipas de rua sejam os diagnósticos sociais, diários de campo, informação social, os livros de ocorrência e de registos, outros instrumentos, tais como: pré-diagnóstico, observação direta, processo individual de acompanhamento, fichas de caracterização e de avaliação (Anexo III, Anexo IV) de contato de terrenos, relatórios clínicos e as entrevistas.

Ao longo deste capítulo abordou-se a especificidade da intervenção do Serviço Social em equipas de rua, mais precisamente o perfil, percursos e experiência profissional, a multidisciplinaridade e o conhecimento e uso dos instrumentos e técnicas em Serviço Social. Também se identificaram duas tendências de práticas do Serviço Social em equipas de rua.

No capítulo seguinte irá ser apresentada a organização e especificidade das práticas dos Assistentes Sociais, tendo em conta o percurso e experiências profissionais em equipas de rua, a importância da avaliação e da intervenção, assim como as competências pessoais e profissionais na intervenção em equipas de rua.



## **CAPÍTULO 5 – ORGANIZAÇÃO E ESPECIFICIDADE DAS PRÁTICAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS**

Neste capítulo procede-se à análise dos dados qualitativos recolhidos através das entrevistas e ao aprofundamento das questões levantadas no capítulo anterior. À semelhança das opções tomadas para a apresentação dos dados dos questionários, reserva-se a problematização do seu conteúdo para a discussão e análise dos resultados. Para garantir o anonimato dos entrevistados, o emissor das unidades de registo é identificado pela letra E, seguida do número de entrevista.

### **5.1 – Os entrevistados, percursos e experiências profissionais**

O perfil dos Assistentes Sociais que responderam à entrevista, tem como média de idades os 37,5 anos (com idade máxima de 53 anos e idade mínima de 32 anos). Quanto ao sexo, 5 dos respondentes são do sexo feminino 1 do sexo masculino. Relativamente à experiência profissional, todos os entrevistados revelam ter experiência profissional em comportamentos aditivos e dependências.

### **5.2 – Prática profissional do Serviço Social em equipas de rua - especificidades**

No que diz respeito à prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua procurou-se entender as especificidades e as diferenças face a outras práticas profissionais no contexto das equipas de rua. Os profissionais afirmaram que a intervenção em equipas de rua é diferente de outras práticas profissionais que conhecem. Mas também assumiram a semelhança deste tipo de intervenção do Serviço Social com outras práticas, sobretudo a identificação com o quadro de referência dos direitos humanos.

Quanto às especificidades podemos identificar:

“E1: A prática do Assistente Social na rua, no contexto de rua, nada tem a ver quer com aquilo que nós aprendemos e trazemos do meio académico, pois não saímos de lá com preparação para este tipo de intervenção, a que se faz na rua. Esta tem muito poucas semelhanças em termos de intervenção com a prática da abordagem tradicional do Serviço Social.”

As diferenças consubstanciam-se em:

“E2: No tipo de relação com quem trabalhamos, nos riscos que corremos, no trabalho que é desenvolvido, (...) muito mais desconstruído e de uma forma muito menos formal do que em qualquer contexto de gabinete. Aqui temos de estar sempre numa postura muito mais livre de preconceitos, livre de horários, livre do que quer que seja para poder também estar um bocadinho disponível para esta população, que, por si só, não é uma população fácil.”

Por exemplo, o modo como os profissionais de Serviço Social se apresentam e exercem o seu poder assim como, a relação que estabelecem com os utentes:

E3: “(...) Bastante diferente, até porque, pela experiência pessoal, primeiro, não nos apresentamos como técnicos superiores, faz logo diferença.” E4: “Distingue-se no sentido em que nós queremos ser uma abordagem diferente, de proximidade, para preparar o indivíduo para ele ser capaz de aderir a uma coisa que é diferente de nós, que é formal, mas nós somos aqui um meio-termo, também não somos, desculpa-me o termo, legalize it, não é?”

Entende-se que os Assistentes Sociais em equipas de rua têm em consideração são desafiados “a criar uma relação de confiança” (Healy, 2001) de forma a promover a empatia e a identificação positiva por parte dos utentes ou neste caso, consumidores de substâncias psicoativas. Os técnicos de equipas de rua são desafiados a seguir as seguintes recomendações:

**Quadro 14 – Recomendações para a criação de uma relação de confiança**

<p>Evitar símbolos de categorias e de poder, adotando formas de vestir e de se expressar adequadas, de forma a permitir mais abertura e facilitar a redução das diferenças de poder (Fook, 1993)</p>	<p>“Los trabajadores procuren dejar de lado los signos de categoría y autoridad que los diferencien del cliente, (...) evitando utilizar la jerga profesional” (Healy, 2001, p.44)</p>
<p>Partilha de conhecimentos, tarefas, aprendizagem mútua em todas as fases do processo de intervenção social</p>	<p>“la distribución desigual de destrezas está inevitablemente correlacionada con la distribución desigual del poder” (Phillips, 1991, referido em Healy, 2001, p.44).</p>
<p>Valorização da experiência de vida e conhecimento do utente</p>	<p>“(…) “la experiencia vivida por el cliente, sobre todo su experiencia de la opresión, se considera como una fuente rica de construcción de conocimientos y de activismo. (...) este conocimiento se contemple como una fuente más válida de información que el saber técnico o científico del profesional” (Stoecker e Bonacich, 1992, referidos em Healy, 2001, p.45).</p>
<p>Visão holística da situação problema do utente, ou seja, a experiência de vida do utente poderá espelhar a forma como vê a sua própria vida e suas pretensões futuras.</p>	<p>“(…) la revaloración de la experiencia vivida del cliente refleja que la posición de la persona en la estructura social determina de manera fundamental su visión de la misma” (Healy, 2001,</p>

<i>Epistemologia do ponto de vista</i> (Harding, 1987, referido em Healy, 2001, p. 45).	p.45).
Contratualização, princípio de autodeterminação e de partilha de informação.	“(…) Maximizar la información que se facilite al cliente y en desarrollar unos mecanismos a través de los cuales el cliente pueda cuestionar al trabajador” (Healy, 2001, p.46).

**Fonte:** elaborado pela própria, adaptado de Healy, 2001.

Outras das especificidades que os profissionais e Serviço Social identificam, diz respeito ao quadro axiológico da profissão.

“E5: Em ambos os contextos é fundamental atuar com base na defesa dos direitos e deveres dos utilizadores de drogas e/ou outros, estabelecer uma relação de empatia e gerir conflitos.”

Tendo em conta o enquadramento dos direitos humanos, as especificidades baseiam-se no tipo de relação profissional, na forma de abordagem, na flexibilidade de horários, ne também na disponibilidade para a intervenção.

Outra especificidade baseia-se na relação de ajuda, no esbatimento da dimensão do controle da profissão e no respeito pelos direitos humanos.

Como argumenta Amaro (2015) é possível identificar três esferas próprias e específicas do Serviço Social: “a de mediação, a do acesso e a da relação”. Neste caso, “a especificidade do Assistente Social reside, então, no facto deste se apresentar como um profissional da relação, de cujo processo de trabalho a relação é elemento fundamental; com capacidade de pensamento complexo e, portanto, de enquadrar globalmente os fenómenos mas engendrar respostas locais adaptadas aos indivíduos em concreto envolvidos nas situações; e de posicionar como um facilitador do acesso a direitos, informações, recursos, etc (Amaro, 2015, p. 156).

No que diz respeito aos procedimentos da prática profissional em equipas de rua, estes profissionais recusam todo o tipo de managerialialismo (Amaro, 2015), ou gestão de recursos burocráticos, são menos formais e centram-se em aspetos mais relacionais do que racionais. Por exemplo há uma grande proximidade com os sujeitos de intervenção, como refere uma entrevistada:

E1: “... é só uma particularidade, os aniversários, que ela (base de informação) vai-nos dando conta dos aniversários, do mês, e das análises clínicas, que estão desatualizadas.

Essa proximidade pode descurar o uso de procedimentos de intervenção tradicionais tais como o diagnóstico social ou outro tipo de registo para a formalização do processo.

E1: “por exemplo, do diagnóstico social, instrumento tão badalado, e não sendo um instrumento exclusivo do Serviço Social ou até de génese do Serviço Social, mas, em contexto de rua, não faz qualquer tipo de sentido a utilização do diagnóstico social.

E2: Dificilmente eu posso fazer, um agendamento, uma marcação, como qualquer técnico, meu colega, faz noutra instituição qualquer. Nós não temos a porta fechada, nós estamos abertos... eles são tão acessíveis a nós a toda a hora”.

E3: “Portanto, há sempre uma disponibilidade imediata e pronta do técnico de rua.”

A intervenção de rua baseia-se na informalidade dos processos pois o objetivo é criar uma relação com os sujeitos de intervenção – os consumidores de substâncias psicoativas. Como referem duas entrevistadas:

E4: “A prática na rua é muito informal, é uma prática muito de criar relação com aqueles indivíduos, que estão cansados da formalidade dos serviços e que por isso é que estão afastados deles. Por exemplo Uma Assistente Social que está na Segurança Social não aceita dar um apoio àquele indivíduo se ele estiver a consumir, eu consigo, porque eu percebo que, apesar dos consumos, a minha proximidade me permite fazer a gestão económica com ele. Ele recebe o apoio da Segurança Social e eu tenho de o fazer perceber que uma parte é para garantir as suas necessidades básicas, de alojamento, alimentação, e o resto ele faz com o dinheiro dele aquilo que ele entende e eu não tenho nada a ver com isso, pronto.”

E6: “Os serviços prestados pelas equipas de rua exigem maior flexibilidade e adaptabilidade ao contexto, são geralmente associações ou IPSS com uma menor carga burocrática, o que não pressupõe menor rigor ou registo de evidências.”

Esta especificidade como argumenta Payne (2002) é dada pelo cliente e pela sua problemática, pelas suas necessidades, pelo contexto onde se desenvolve a intervenção profissional. E apesar de parecer que a especificidade do Serviço Social provém só da especificidade do cliente esta também é influenciada pelo tipo de instituição e pelas competências, saber, dos profissionais que realizam a intervenção em equipas de rua. Contudo, nestes casos a problemática, o contexto e a população-alvo são também determinantes.

As especificidades do Serviço Social, remetem para cinco tipo de funções: “as funções relacionais, de acompanhamento, assistenciais e políticas, para as quais concorre uma função de natureza diferente pautada pela reflexividade e pela dimensão técnico-operativa” (Amaro, 2015, 156). Neste sentido destacam-se o acolhimento, a relação de ajuda, os acompanhamentos, a construção do projeto de vida e contratualização da intervenção, seja uma intervenção de “assistência aos mais vulneráveis e, por fim, ao nível da influência nas

estruturas, da conceção de políticas, da clarificação dos diferentes projetos societários e da conscientização dos destinatários” (Amaro, 2015, p. 156).

Mas o interessante é que apesar de haver especificidades do Serviço Social nesta área, elas são relativas pois estão balizadas pela finalidade da intervenção que é estabelecer um processo terapêutico com o sujeito de intervenção – o consumidor de substâncias psicoativas – e minimizar os danos, através da relação de ajuda, do delineamento dos projetos de vida, e da negociação.

E5: “O trabalho de proximidade preconiza uma intervenção no contexto do individuo e dai mais informal, a relação não deixa de ser terapêutica.”

O processo terapêutico, mais centrado no comportamento do sujeito do que na mudança de atitudes do meio pode ser também reflexivo e criativo. A especificidade da intervenção é a informalidade, o estabelecimento da relação de ajuda profissional, o agir em função dos princípios os direitos humanos e da justiça social.

### **5.3 – Relação Vs Racionalidade: a importância dos registos**

Como já referimos, apesar da intervenção em equipas de rua ser mais informal e relacional, os registos da intervenção ganham neste tipo de intervenção de rua, uma racionalidade importante, pois são eles que permitem que os projetos sejam avaliados e financiados. Parece haver aqui uma ambivalência e um conflito entre a informalidade (relação de ajuda) e o formal (burocracia e as regras). Contudo os registos e a sistematização de dados que são recolhidos na intervenção de rua são importantes para conhecer a história e os percursos dos consumidores de substâncias psicoativas, para promoverem a reflexão sobre os casos na equipa, para delimitar o tipo de intervenção e para definir quais as estratégias de intervenção a priorizar. Sendo assim, estas duas dimensões não se excluem, mas complementam-se.

Assim quando questionados sobre a importância do registo os entrevistados consideraram que é importante registarem as informações por motivos de gestão diária, de reflexão da prática profissional, para complementar o diagnóstico social, para facilitar a passagem de informação e para justificar a continuidade do projeto de financiamento.

E1: “Enviam-se dados para justificar os financiamentos claramente, claramente. Até pelo tipo de números, de números de... de itens que são pedidos nos formulários, quer dizer, o que se avalia ali, se se olhar muito bem para aquilo, é a qualidade de vida do utente?” E3: “eu vou ser claro nesta situação, o que

eu acho é que o registo era o que menos interessava, o problema aqui é, como tudo, se nós não registarmos não trabalhámos.”

E apesar do trabalho burocrático do registo ser visto como “uma perda de tempo” a sua função é determinante para a eficácia do programa e para a sua continuidade e aprovação. Este tipo de procedimento, é revelador da dimensão de “controlo” das políticas sociais atuais, orientadas por recursos escassos. Em contextos de grande complexidade, como é o caso da área do consumo de substâncias psicoativas, é importante refletir sobre a sua eficácia, eficiência e orientação ideológica das políticas neste contexto, questionando a quem serve este tipo de políticas? Ao estado? Aos profissionais? Ou aos consumidores de substâncias psicoativas?

De acordo com o Sicad (2016) “a importância do registo de dados em qualquer intervenção é bastante significativa e inscreve-se no princípio das boas práticas profissionais e na promoção do estatuto científico das metodologias utilizadas em RRMD. Da sua prática resulta, pois, o entendimento pormenorizado do processo singular e evolutivo da pessoa, não só na perspetiva das intervenções e dos métodos utilizados, como também das consequentes dinâmicas de acompanhamento interdisciplinar e de diagnóstico psicossocial” (Sicad, 2016 a),p. 26).

#### **5.4 - Sistematizar o conhecimento – reflexão em equipa**

Os Assistentes Sociais presentes em equipas de rua consideram, que os registos são importantes, mas o consenso reside não na importância do que os dados traduzem, em termos quantitativos, mas sim na qualificação das intervenções.

E1: “Portanto, o que nos pedem é para coligir dados, nós coligimos e enviamos e depois esses dados deviam ser devidamente trabalhados e remetidos a cada equipa”.

E2: “Acho que é importante para nós, para a nossa, também, gestão diária, porque passa aqui muita gente, nós estamos em turnos, as coisas, as informações baralham-se muito, por este mediatismo que nós permitimos”.

E4: “Nós temos uma capa de rua, e essa capa de rua é constituída por um registo de serviços que prestamos ao utente na rua, as trocas de materiais, os atendimentos sociais, o apoio psicológico, a educação de pares, se falamos de educação para a saúde, se falamos de práticas de consumo, se fizemos algum encaminhamento, temos uma folha de registo diário em que registamos tudo o que fazemos com os indivíduos.”

E5: “É importante o registo de informação e a existência de instrumentos de trabalho que facilitem esse registo. Primeiro porque é em si uma forma de refletir e dar sentido à história de vida/ projeto de vida do

indivíduo. Permite auxiliar o diagnóstico e avaliar a situação. Segundo pela passagem de informação entre equipa. Segundo pela passagem de informação entre equipa”.

E6: “É importante o registo de informação e a existência de instrumentos de trabalho que facilitem esse registo.”

Ao analisar a informação proveniente dos entrevistados constatamos que “as instituições sociais [estão] cada vez mais preocupadas com a avaliação de resultados e com os desígnios do *managerialismo*, na sequência, aliás de um processo de burocratização das práticas” (Amaro, 2015, p. 116), quando, também se deveriam preocupar em recuperar “alguns aspetos de conceção passadas do Serviço Social, designadamente, a dimensão artística e relacional de que não se deve abdicar”, através por exemplo, do modelo psicossocial e relacional na intervenção pela arte.

## 5.5 - Frequência dos registos e importância da avaliação

Os entrevistados efetuam registos diariamente e utilizam os seguintes instrumentos: folha de registo diária e diários de campo. Os registos diários incluem um pouco de tudo:

“E1: “Registamos tudo, todas as atividades (...) A quantas consultas foi, os processos jurídicos a que foi. Está sempre aberto, quer aqui quer lá em baixo, está em todos os computadores da casa”.

E4: “(...) Folha de registo diário em que registamos tudo o que fazemos com os indivíduos (...) Vamos fazendo um diário de campo para perceber dinâmicas sociais do fenómeno”

O registo semanal é identificado por dois respondentes que utilizam o genograma semanalmente. Por exemplo,

E5: “Genograma – utilizo pontualmente quando é necessário perceber a situação familiar do indivíduo – semanalmente”.

Os registos mensais são identificados por um dos respondentes, que utiliza o Mapa de Rede Pessoal e Social, por exemplo:

E5: “Mapa de rede – utilizo pontualmente quando é necessário identificar os atores/ agentes importantes e de suporte do indivíduo - mensalmente”.

O tipo de registo utilizado é na sua maioria a base de informação em formato digital (diagnóstico social) sendo utilizada por 4 dos entrevistados, por exemplo:

“E1: “(...) Registo de informação em que conseguimos ver tudo desde que a equipa existe”.

Como sabemos atualmente as tecnologias de informação e de comunicação, com bases de dados estandardizadas permitem registar a intervenção incluindo o perfil dos sujeitos de intervenção, os indicadores de risco, os contactos e as diligências efetuadas. Este tipo de procedimento que é comum em todas as profissões pode por uma lado ser um meio para evidenciar o trabalho efetuada em equipa mas por outro lado pode deixar menos horas para o contacto direto com os sujeitos de intervenção.

Nestas equipas de rua incluem-se igualmente a ficha de troca de material PTS (programa de troca de seringas) e outros (listas nominativas), utilizadas por 4 entrevistados, por exemplo:

“E6: “(...) são criadas grelhas de registo para dar resposta aos indicadores mensais solicitados pelo Sicad, como por ex.: lista de utentes com apoio alimentar, lista de utentes em cuidados de higiene, etc.”.

O outro instrumento utilizado é a ficha de caracterização, identificada pelos entrevistados.

A ficha serve para:

E2: “ (...) quando o utente chega, nós devemos fazer-lhe uma ficha de caracterização”.

Esta ficha é o rosto do processo Individual do Utente e é utilizado por um entrevistado.

Contudo nem todos a valorizam, pois só um entrevistado a identificou.

E5: “Processo individual do utente – onde é registado todos os dados, entrevistas, atividades e informações sobre o utente – diariamente”.

Por último os diários de campo e as fichas de registos diários são utilizados pelos entrevistados, nestes contextos, por exemplo:

“E4: “(...) Temos um diário de campo, que é onde vamos registando observações que nós fazemos... que vamos verificando no terreno, “Verificamos um novo indivíduo a deambular, a tentar arrumar carros no sítio X, Y, Z.”.

E4: “(...) registo de serviços que prestamos ao utente na rua, as trocas de materiais, os atendimentos sociais, o apoio psicológico, a educação de pares, se falamos de educação para a saúde, se falamos de práticas de consumo, se fizemos algum encaminhamento”.

Outros instrumentos de intervenção menos usados e identificados pelos entrevistados são a informação social, o genograma e o mapa de rede pessoal e social, por exemplo:

“E1: “Temos a informação social, porque às vezes é precisa para pedido de medicação, administração de medicação que é uma coisa que nós fazemos aqui”.

E5: “Genograma – utilizo pontualmente quando é necessário perceber a situação familiar do indivíduo – semanalmente”, assim como o Mapa e Rede Pessoal e Social: E5: “Mapa de rede – utilizo pontualmente quando é necessário identificar os atores/ agentes importantes e de suporte do indivíduo - mensalmente”.

Do que foi referido, parece existir uma ambivalência entre a intervenção próxima do consumidor de substâncias psicoativas, foco na proximidade e na relação, e a burocracia e os instrumentos necessários para a execução dos programas de minimização de danos e a evidência da intervenção dos profissionais nesta área, quando aos atos efetuados em cada sujeito de intervenção.

Podemos inferir que os entrevistados percebem o processo relacional como mais profícuo na intervenção e na relação com o utente, mas no contexto organizacional, a dimensão organizativa dos processos e dos instrumentos de registo tem igualmente um peso substantivo.

Quanto à importância da avaliação da intervenção, os entrevistados consideram que a avaliação é adequada, por exemplo consideram que o trabalho de avaliação está bastante estruturado.

“E3: “Eu penso que neste momento, para o trabalho que nós fazemos a nível de equipa de rua até está bastante estruturado (organizado)”.

Apesar de a avaliação ser considerada estruturada ele é vista como desadequada por dois entrevistados pelo que seria importante que o Sicad criasse instrumentos uniformes para as equipas aplicarem e avaliarem as suas práticas.

“E1: “(...) O Sicad deveria criar instrumentos para uniformizar os critérios”.

E2: os instrumentos de avaliação “não são adaptadas a cada um de nós. Penso que qualquer projeto tem uma ficha. Não sei se depois terá pequenas adaptações, mas eu penso que não, que é a ficha deles (Sicad)”.

Assim, podemos inferir que os processos de avaliação nem sempre são uniformes em todas as equipas.

## **5.6 - Instrumentos de trabalho e formas de os disseminar**

Os entrevistados consideram que há necessidade de conhecimento dos instrumentos do Serviço Social, sobretudo os que remetem para as novas tecnologias. Alguns exemplos podem ser enunciados:

E5: “Sim, de preferência que utilizem as novas tecnologias”.

E6: “(...) Considero importante conhecer sempre outras formas de avaliar o trabalho desenvolvido”.

Mas se os instrumentos são bem-vindos e não há necessidade de conhecer mais instrumentos, pois na verdade o que há são instrumentos de registo a mais.

E3: “Eu acho que às vezes até temos instrumentos a mais. Eu penso que neste momento até temos (...) para o trabalho que nós fazemos a nível de equipa de rua até está bastante estruturado”.

E4: “No diagnóstico social eu já tenho, incluído o genograma, a anamnese e o percurso de vida”.

Os meios para adquirir esses conhecimentos são de vária ordem: pode ser através de colegas de profissão ou através da experiência profissional.

Os entrevistados afirmaram que os colegas de profissão são um recurso ao nível dos instrumentos:

E1: “Foi um psicólogo, colega nosso de trabalho que trabalhava aqui”.

E6: “Foram criados pela equipa e adaptados ao longo do tempo”.

Por outro lado, identificaram a experiência profissional como sendo uma mais-valia na intervenção:

“E1: “Experiência de vida”, ações de formação”.

“E5: “Ações de formação que frequentei”.

E o Ensino Superior:

“E4: “Foi através da faculdade. Fui eu que trouxe os instrumentos... Eu quando cheguei à equipa de rua, à primeira equipa de rua para onde fui trabalhar (...) não havia diagnóstico social”.

### **5.6.1 – A influência da formação base na utilização dos instrumentos**

Relativamente à questão sobre a influência que a formação académica adquiriu na aplicabilidade dos instrumentos, 3 entrevistados referiram que teve alguma influência.

Vejamos o exemplo:

E6: “A minha formação influência não só na criação e adaptação destes materiais mas também na forma como se desenvolve toda a prática de intervenção com esta população”.

Apesar da importância da formação académica outros entrevistados não valorizam tanto este tipo de formação inicial referindo mesmo que esta, não teve nenhuma influência.

“E1: “(...) experiência de vida”. Também do interesse e vontade de cada profissional ”.

E5: “Acho que depende do interesse/ vontade de cada um para a utilização dos instrumentos”.

Podemos inferir que a formação inicial, sendo generalista pode não promover nos profissionais o uso do conhecimento adquirido no exercício profissional (Ferreira, 2001). Em vez disso, valorizam a experiência prática neste domínio que os desafia a criar estratégias e instrumentos úteis para a intervenção. O que talvez queiram referir é que a formação académica é generalista e não especializada.

### 5.6.2 - Estratégias de intervenção – procedimentos técnicos

No seguimento do enquadramento teórico apresentado verifica-se uma proliferação de estratégias de intervenção em equipas de rua, tendo-se encontrado unidades de registo relativas a 12 subcategorias ou estratégias, nomeadamente: adaptação do discurso, o convívio social, o atendimento, a relação de confiança, a observação, a *metodologia indoor e outdoor*, a entrevista motivacional, a escuta ativa, o *photovoice*, a *advocacy* e as ações de informação e de sensibilização.

- O acompanhamento cujas características se centra sobretudo na área da saúde e social:

E5: “ (...) acompanhamento a serviços de saúde e serviços sociais”.

- A adaptação do discurso (motivacional) é determinante na intervenção de rua.

E4: “a gente adapta a linguagem à linguagem de rua muitas vezes para eles nos perceberem, linguagem com significado para eles, que é uma coisa que a Segurança Social não adapta, “Diga-me lá a sua capacitação”, percebes? Ok. Adaptar a linguagem”.

- O convívio social.

E1: “(...) implica muitas vezes horas de conversa, horas de, por exemplo, de ir ao café, pagar um café, fumar um cigarro com eles lá fora, não é, esfumaçar como a gente costuma dizer, “Vamos até lá fora. Para que é que havemos de estar aqui no gabinete? Vamos lá fora fumar um cigarro”, não é. “Vamos ao café, olha, eu pago-te um café.” Porque eles não têm café”.

- O atendimento breve ou processual que são definidos como:

E2: “atendimentos onde surgem todas as situações, por exemplo, de entrega de correspondência, um recado, ou que eu dou ou que eles me dão a mim, situações (...) muito rápidas, (...) Tudo aquilo que envolve outro contacto, uma mediação nossa, uma articulação, uma coisa... um encaminhamento, isso aí, já consideramos processual”.

- A relação de confiança é essencial junto dos sujeitos de intervenção.

E1: “(...) Quando eu pergunto o nome, do PTS, eu explico porquê, não é? E4: “A transparência com eles funciona muito bem”.

- A observação participante não é tão valorizada mas, identificada como:

E3: “O que uma pessoa vai fazer também é um bocado uma observação participante”.

- Metodologia *indoor e outdoor*.

E4: “(...) Nós temos 2 pontos fixos de paragem, que é uma zona central onde eles estão a arrumar carros e uma zona mais afastada que é onde os consumidores de álcool estão parados a beber até cair para o lado (...) Os utentes que não querem ser vistos na nossa carrinha (...) nós temos o telefone para irmos ter com quem não quer ser visto nos locais habituais”.

- A entrevista motivacional.

E1: “(...) A equipa toda já teve formação em entrevista motivacional”.

- A escuta ativa é essencial neste tipo de intervenção.

E5: “Para além das mais clássicas escuta-ativa”.

- O *photovoice*.

E5: “ (...) tentamos implementar estratégias assentes na participação dos sujeitos como o photovoice, uma metodologia de investigação-ação que visa promover a participação e reflexão dos indivíduos sobre aspetos da sua vida”.

- O advocacy é essencial centrarmo-nos:

E5: “Numa lógica de advocacy e de promoção dos direitos e auto-estima dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade”.

- As ações de informação e sensibilização são muito relevantes.

E4: “Quando faço dinâmicas de grupo é a pedido deles e não são bem dinâmicas de grupo, são sessões de informação e sensibilização que eu faço em contexto de gabinete, para, por exemplo, aparece uma nova doença como, por exemplo apareceu no outro dia a morte por botulismo na Europa, em pessoas que injetavam drogas, eu convido-os, simpaticamente, a virem ao meu gabinete lanchar e ouvir uma palestra de sensibilização sobre uma doença que anda aí, informá-los, no fundo, e distribuir flyers sobre isso, pronto”.

As estratégias apresentadas remetem para o uso de técnicas diferenciadas de acordo com os contextos e de acordo com o público-alvo. As estratégias identificadas pelos entrevistados coincidem com as estratégias desenvolvidas ao longo do capítulo 2, nomeadamente as estratégias ligadas às habilidades comunicativas e relacionais, entrevista motivacional, metodologia *face to face* e/ou metodologia *indoor e outdoor*, atendimentos e acompanhamentos.

## 5.7 – Competências pessoais e profissionais dos Assistentes Sociais em equipas de rua

Os profissionais de Serviço Social desenvolvem atividades profissionais em equipas de rua, para além de formação teórica, metodológica e técnica têm de ter competências profissionais e alguns “atributos pessoais” ou competências pessoais. A ideia de que os Assistentes Sociais que trabalham em equipas de rua têm características adaptadas ao contexto em que irão trabalhar, como foi defendido no capítulo 2 da presente investigação e presente no Anexo III, vê-se assim apoiada no discurso dos próprios Assistentes Sociais. As atitudes de aceitação/tolerância, a paciência, o gosto pelo contexto de trabalho, as habilidades comunicativas e a empatia são os atributos mais valorizados pelos seis entrevistados. Os entrevistados enunciam as seguintes capacidades para exercer a profissão nesta área, assim por ordem de resposta surgem:

### - A aceitação:

E1: “(...) atitude de não julgamento ... o preconceito”.

E2: “(...) como se fossemos um livro em branco, aberto, e abertos a tudo aquilo que nos vai chegando e que... sem fazer grandes juízos de valor, grandes preconceitos”.

### - A paciência/resiliência:

E1: (...) “uma atitude de tempo, dar-lhes tempo (...) Sim, porque precisamos de andar com eles ao colo, às vezes muito tempo, até eles começarem a andar por eles”.

E2: “ (...) temos de saber lidar um bocadinho com as frustrações e com a tolerância à frustração que é muito difícil porque vamos apanhar muitos altos e baixos, vamos fazer muitas expectativas relativamente...”

### - O gosto pelo trabalho de rua:

E1: “Não se consegue estar neste registo sem paixão, porque se não a pessoa fica completamente esgotada”.

E3: “ (...) Nunca me consegui imaginar a trabalhar noutra área que não o contexto de equipa de rua, portanto, isto se calhar faz parte de mim”.

### - As habilidades comunicativas:

E3: “Acima de tudo é boa capacidade de comunicação”.

E4: “(...) quando a relação de confiança está estabelecida, é preciso começares a ter uma atitude de assertividade (...)”.

### - A empatia:

E1: “(...) Empatia e identificação mesmo. Sensações, o tédio, o vazio existencial, o... perceber isto também, não é? Não é só do que se lê nos livros é senti-lo. Eu acho que todos nós o sentimos e não devemos ter vergonha de o partilhar”.

- A flexibilidade:

E3: “(...) Há sempre uma disponibilidade imediata e pronta do técnico de rua (...) E disponibilidade, claro”.

- A capacidade de negociação:

E1: “Tudo o que eles têm de fazer implica uma negociação morosa, que não é a negociação do gabinete médico, não é a negociação do serviço de tratamento, não é a negociação do serviço de reinserção, não é? Não tem nada a ver”.

- A informalidade:

E2: (...) “ter uma ligação menos formal...”

- A confiança:

E4. “(...) é importante (...) tentares criar uma relação de confiança, porque são indivíduos que não confiam já nos serviços formais, porque já foram mal tratados, porque já foram estigmatizados, porque já foram expulsos, porque uma data de coisas”.

- O pragmatismo:

E4: (...) “tem de ser uma pessoa pragmática, uma pessoa muito pragmática porque as situações com que nós nos defrontamos na rua são, normalmente, situações urgentes, extremadas, e o pragmatismo é o nosso maior aliado, não estar a complicar, com muitos diagnósticos”.

As competências identificadas remetem não só para atributos pessoais, mas para competências profissionais essenciais ao exercício profissional, tais como, competências relacionais, emocionais, de mediação, de resiliência para fazer face às adversidades. Estas competências identificadas pelos entrevistados coincidem com as competências presentes no Anexo II, principalmente as competências de compromisso, de intervenção e de apoio à pessoa.

## **5.8 – Especificidades da intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua**

Os Assistentes Sociais consideram importante obter conhecimento sobre o processo e os instrumentos de intervenção em Serviço Social e utilizam esse conhecimento como meio preferencial para a sua aquisição a partilha de informação com colegas de profissão. De

destacar também que 3 dos entrevistados considera que a formação de base influencia a aplicação de instrumentos de Serviço Social.

Assim, além da apresentação do “tipo de instrumentos” referidos pelos entrevistados (informação social, genograma e mapa de rede pessoal e social), analisou-se a adequação dos mesmos à prática dos Assistentes Sociais em equipas de rua, considerando estes, que os instrumentos são adequados.

Percebe-se quais os instrumentos que estes entrevistados mais utilizam: diagnóstico social, diários de campo, folha de registo diários. No entanto, revelam conhecimento e utilização do genograma e mapa de rede pessoal e social.

Nas entrevistas foi possível compreender que as avaliações intercalares e as candidaturas aos programas de financiamento são considerados pelos Assistentes Sociais tarefas árduas, que podem levar a relegar para segundo plano, temporariamente, a qualidade e diversidade de serviços prestados aos consumidores de substâncias psicoativas. Assim, os indivíduos entrevistados sugerem o abandono de critérios considerados demasiado rígidos:

(E1): “O que acontece muitas vezes também é que nós quando fazemos as candidaturas, definimos os nossos objetivos, traçamos as nossas metas, não é, e depois, quando vêm os formulários de candidatura para fazer a avaliação da candidatura, alteram as regras a meio do jogo, mudam os formulários a meio, não é, e portanto, aquilo que vai a candidatura não é, depois, nós fazemos a recolha dos indicadores de acordo com aquilo que vamos a candidatura e depois, os formulários que vêm pedem-nos informações que nós..., de dados que nós não temos registados e que obriga depois a andar a fazer, a contar, a ver processos que nós tentamos, cada vez mais, evitar os processos papel, não é, digitalizamos e metemos no computador, mas portanto obriga-nos na mesma a estar a fazer contagens manuais de pauzinhos para aqui, para aqui, para acolá. (Eh pá,) e perdem-se... depois, quando vem a altura do relatório, fecha-se tudo, quase que não há utentes, porque tem de se estar um mês a fazer aquilo. E, portanto, é importante fazer relatórios, não tem é que ser assim, não é?”

Ainda segundo esta entrevistada,

E1: “percebe-se que quem está a fazer as políticas sociais a nível do Sicad para equipas de rua, quem faz os manuais, quem faz as recolhas de indicadores, os formulários para estas coisas todas, não tem noção do que é o terreno, porque a forma, cada vez mais burocratizada, os dados cada vez mais esmiuçados que nos são pedidos, eu sei que eles são úteis, eu sei que eles são importantes até para ajudar os próprios utentes, não é, a questão é que é tanta a coisa, é tanta a informação que nos é pedida, que perde-se completamente de vista que o interesse...”

Nestas equipas a prestação serviços de proximidade e de RRMD implica uma grande disponibilidade mental:

E2: “Aqui temos de estar sempre numa postura muito mais livre de preconceitos, livre de horários”.

O tempo e a disponibilidade surge aqui como uma variável importante por parte das equipas de rua, preceito teórico este validado pelas respostas dos entrevistados que trabalham em equipas mistas de 2 a 3 turnos.

(E4): “De segunda a sexta, neste momento. Sim, das 9:30 da manhã às 9 da noite”.

(E3): (...) “ e disponíveis para aconselhamentos a qualquer hora”.

(E4): “E depois temos o telemóvel ligado constantemente”.

Os serviços de avaliação de práticas de risco são serviços prestados no âmbito da intervenção em RRMD e que nas instituições em estudo se centram nos cuidados de enfermagem e de higiene e nos rastreios clínicos. A dimensão cuidado de saúde compreende, por sua vez, toda a atuação que vai desde a disponibilização de serviços na área de saúde, cuidados de enfermagem e médicos, tratamento de lesões e feridas e educação para a saúde. Daí que seja extremamente importante que as instalações físicas das equipas de rua bem como as suas rotas/percursos/giros estejam bem localizados, perto das zonas de tráfico e consumo de substâncias psicoativas, com horários flexíveis e adaptados às necessidades dos utentes, prescindido parcialmente das marcações.

(E1): “ (...) temos aqueles protocolos, que fazemos testes, os rastreios rápidos, agora vamos celebrar protocolo com o GAT, Grupo de Ativistas da Terapêutica, e vamos ter também os testes de VIH, Sífilis e Hepatites, portanto, como já disse... a tuberculose, consulta de deteção pulmonar, vem também, exatamente, porque eles não vão lá acima e é muito complicado, então, duas vezes por ano eles colocam aqui a carrinha à frente e fazem.

Além da implementação de uma política de RRMD, os cuidados de saúde prestados pelas equipas de rua permitem incrementar a qualidade de vida do utente, ao mesmo tempo que contribuem para uma maior consciencialização dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas, sendo vistos também como serviços de sensibilização e informação. Com o intuito de dar resposta à grande diversidade de solicitações, todas as equipas de rua realizam uma avaliação básica de necessidades de saúde, efetuada através da recolha de informação relativa à história dos consumidores de substâncias psicoativas, em relação ao consumo, a tratamentos, a práticas de risco, a rastreios efetuados, a exames físicos, e das práticas de risco relacionadas pelo consumo de substâncias psicoativas e práticas sexuais de risco. Com os resultados das avaliações e com a prática reflexiva os Assistentes Sociais estarão mais aptos para agir em situação de crise (agudas e críticas, por exemplo, distúrbios emocionais, episódios de paranoia ou depressivos), em situação de intoxicação ou *overdose*,

no tratamento das lesões inerentes ao consumo de substâncias psicoativas e nos encaminhamentos para as diferentes estruturas de saúde (Sicad, 2016 a, p. 52).

A avaliação das necessidades dos utentes é prática comum também na definição dos serviços de apoio psicossocial. Depois da avaliação, os aconselhamentos em relação às soluções de resposta existentes na comunidade tornam-se mais adequados. Os acompanhamentos inseridos no apoio psicossocial continuam a ser encarados pelos Assistentes Sociais como uma forma de melhorar a qualidade de vida dos consumidores de substâncias psicoativas e de aumentar a eficácia e a eficiência dos atendimentos/acompanhamentos:

(E3): “Este tipo de intervenção permite estabelecer uma relação de proximidade com populações que frequentemente não acedem a estruturas mais formais. Neste sentido, é também importante atuar como estruturas mediadoras, facilitando o acesso a outras estruturas especializadas.”

(E5) “Os acompanhamentos são os melhores momentos do dia... nós quando acompanhamos alguém a uma consulta, para além de garantirmos a presença da pessoa, também garantimos alguma eficiência na consulta em si.”

O aconselhamento aplica-se em situações de vida particulares, não havendo por isso lugar a uma avaliação prévia. No entanto, os Assistentes Sociais que responderam ao questionário e às entrevistas, reconhecem que o aconselhamento é normalmente requerido para apoiar na resolução de:

- problemas judiciais relacionados com o consumo de drogas, por exemplo, obtenção de advogado de defesa em caso de julgamento, ou relacionados com as dinâmicas familiares, como divórcios, custódias, pensões de alimentos, etc.
- problemas habitacionais, por exemplo, para conseguir acomodação temporária num apartamento da Segurança Social, ou um albergue noturno.
- problemas financeiros que podem requerer a atribuição de benefícios sociais, apoio na gestão orçamental e de dívidas e apoios financeiros diversos
- problemas procedimentais como desconhecimento de técnicas de procura de emprego ou incapacidade de obter ou recuperar documentação pessoal, por exemplo.

Os serviços de sensibilização e educação incluem as campanhas publicitárias, a distribuição de flyers, as ações em escolas e locais de diversão noturna, que visam consciencializar consumidores de substâncias psicoativas e potenciais consumidores em relação aos riscos em que incorrem, veiculando sempre um discurso promotor da cidadania,

a fim de evitar a estigmatização dos consumidores de substâncias psicoativas. O serviço descrito por E4 também se enquadra nas ações de informação e de sensibilização:

E4: “sessões de informação e sensibilização que eu faço em contexto de gabinete, para, por exemplo, aparece uma nova doença como, por exemplo apareceu no outro dia a morte por botulismo na Europa, em pessoas que injetavam drogas, eu convido-os, simpaticamente, a virem ao meu gabinete lanchar e ouvir uma palestra de sensibilização sobre uma doença que anda aí, informá-los, no fundo, e distribuir flyers sobre isso, pronto.

Aos entrevistados foi dada a possibilidade de referirem outros serviços prestados pela equipa de rua em que trabalham e que não coincidem, total ou parcialmente, com as categorias até agora definidas. Assim, destacam formação de educadores de pares, descrito no Capítulo 2.

Considerados elementos fundamentais das equipas de rua, os entrevistados lamentam que as questões orçamentais, concretamente a falta de verbas, levem à pouca incorporação dos educadores de pares:

E3: “Tivemos aqui duas pessoas que foram integrando, passaram por um processo, de um processo de utentes, que foram integrados na própria estrutura da equipa, passaram a ter papéis como monitores e auxiliares e um deles, a função mesmo, que era o T, que esteve connosco, era um educador de pares, e portanto, era aproximação também pela experiência”.

(E4): “A educação pelos pares é ser uma pessoa que já viveu aquela situação, ser ela a ensinar quem está na rua a injetar-se corretamente. Que tem muito mais credibilidade do que um técnico e tem uma linguagem que se adapta muito mais. Portanto, enquanto educação tem um impacto muito maior ser dito por um par, que já passou por aquilo e que depois teve formação para saber como educar, adapta a linguagem, já viveu a situação (...). Tem um conhecimento completamente diferente, que eu e tu nunca vamos alcançar, porque nunca vivemos aquilo, não temos a vivência... Muitas vezes, levamos com respostas do género “Está a falar mas nunca passou por isto”.

No domínio das estratégias, os encaminhamentos, inseridos nos atendimentos de segundo ou terceiro nível, são subdivididos em atendimentos breves (com duração de 5 a 10 minutos) e atendimentos processuais:

(E2): Nós fazemos uma distinção interna, em que consideramos que atendimentos breves são todas as situações, por exemplo, de entrega de correspondência, um recado, ou que eu dou ou que eles me dão a mim, situações assim muito concretas, muito rápidas, eu entrego” (...) Entrega de um RSI, por exemplo, pronto, esse género de coisas que são breves. Tudo aquilo que envolve outro contacto, uma mediação nossa, uma articulação, uma coisa... um encaminhamento, isso aí, já consideramos processual.”

Ainda relativamente aos encaminhamentos, é pertinente fazer a distinção entre “encaminhamentos acompanhados” ou atendimentos de 2º nível (Silva, 2001), quando se verifica a necessidade de encaminhar o utente e de o acompanhar, e encaminhamentos simples, em que não se acompanha o consumidor de substâncias psicoativas, mas se elabora

o *follow-up*, isto é, a informação essencial para o processo é transmitida aos serviços ou entidades alvo do encaminhamento, sempre com o consentimento do utente.

(E1): Eu sei que a maior parte das equipas, aliás, não conheço nenhuma que não o faça, quando marca uma consulta para o utente, regista-o como encaminhamento (...) nós só registamos como encaminhamento quando ele se efetiva, quando ele vai à consulta. Se ele não for à consulta, não houve encaminhamento nenhum, não é?”

Por fim, cabe realçar a desvalorização de estratégias como a entrevista motivacional e as atividades ocupacionais por parte de alguns respondentes. Assim, a primeira é considerada estratégia aplicada preferencialmente pelos psicólogos:

(E1): “mas aí é a psicóloga”,

Ou seja, apesar de ter havido lugar a formação em entrevista motivacional para todos os elementos da equipa de rua em causa, esta é direcionada para os psicólogos. Quanto à segunda estratégia, a resposta ainda é mais categórica quando E1 afirma:

E1: “atividades de animação, não, isso é treta, isso é tanga, para aqui não funciona”.

No que concerne às áreas predominantes de intervenção, a zona urbana recolhe o maior número de respostas, sendo que somente um dos entrevistados intervém fora de um grande polo urbano. É de destacar as palavras desse entrevistado:

(E4): “(...) para mim foi especialmente desafiante exatamente por isso, porque eu vim de uma cidade, de um contexto urbano, daquele consumo em massa (...), e vou para B e é o oposto, é o oposto. Uma coisa muito mais calma, com comportamentos completamente diferentes, injetavam comprimidos que era uma coisa que no Porto não existia, tem problemas gravíssimos com o álcool, que requer uma abordagem de redução de riscos também, porque a redução de riscos não se prende só às drogas, a carga de estigma naquele contexto é muito mais presente e marcante do que em qualquer meio urbano, um estigma que se sente de todas as partes, dos técnicos da área de saúde, dos técnicos da área social, pronto, B é um contexto muito religioso”.

Contudo, e tendo em conta o número de respostas, a intervenção em áreas urbanas continua a prevalecer, bem como a intervenção em locais de tráfico e de consumo, fazendo estes locais parte do dia-a-dia dos técnicos de rua ou de proximidade.

(E3): “A intervenção em bairros sociais e em locais de tráfico e de consumo de substâncias psicoativas justifica-se na medida em que são os locais onde “as coisas acontecem”.

De acordo com Bless *et al.*, (1995) existem três níveis de visibilidade em termos de contexto de intervenção referidos no enquadramento teórico: cena aberta concentrada, cena aberta dispersa e cena oculta.

Tendo em conta a análise dos dados das entrevistas, adianta-se como hipótese a possibilidade de as cenas ocultas serem mais frequentes em zonas rurais e as cenas abertas

nas zonas urbanas. A maior visibilidade da situação-problema em cena aberta leva a uma maior intervenção por parte das entidades governativas centrais ou locais. A cena aberta concentrada pode-se verificar mais na zona urbana, e a cena aberta dispersa nos bairros sociais e locais de tráfico e consumo.

Sustentando-se as equipas de rua em metodologias e políticas de RRMD os veículos desempenham um papel importante, tanto para proceder a acompanhamentos como para poder atuar nos contextos considerados mais pertinentes. Por exemplo, a equipa de rua de que E4 é “porta-voz” assume que:

(E4): “nós temos 2 pontos fixos de paragem, que é uma zona central onde eles estão a arrumar carros e uma zona mais afastada que é onde os consumidores de álcool estão parados a beber até cair para o lado”.

Apesar da mobilidade, pelo menos três entrevistados caracterizaram a Equipa de rua onde desempenham funções como atípica, na medida em que atuam mais como gabinete de apoio, do que propriamente como equipa de rua em contexto móvel, justificando da seguinte forma:

(E1): Aqui tenho de particularizar, porque de facto isto é uma equipa de rua atípica, na medida em que não funciona como equipa de rua, mas como gabinete de apoio. E explico porquê (...) Fizemos o levantamento desde o dia 21 de abril ao dia 31 de dezembro dos giros que fizemos, que foi quando começou este projeto (...) fizemos um levantamento dos giros feitos pela equipa, do número de horas, de técnicos que foram afetos, bem como técnicos, voluntários ou prestadores de trabalho a favor da comunidade que vêm para aqui (...) e durante 9 meses encontramos 1 utente novo, que era uma trabalhadora do sexo a quem deixámos preservativos, portanto, nem sequer estamos a falar de uma situação de adição, e que recolhemos, em 9 meses, 263 seringas. Considerando que isto é uma equipa que tem uma média de troca mensal de seringas de 10.000 por mês, ao fim de 9 meses encontrar 263 seringas...”.

Podemos referir que os Assistentes Sociais têm presente a necessidade de utilizar instrumentos que promovam uma prática adequada às necessidades, sendo essa perceção proveniente da própria prática e experiência profissional. A utilização de instrumentos assume-se como estratégias e permitem assim um melhor planeamento da intervenção, uma intervenção personalizada e capaz de criar relações de ajuda sólidas.

Nota-se que deve existir uma relação entre a efetivação da prática profissional com o resultado de uma prática organizada e planeada, justificando o registo como linha orientadora da prática profissional, permitindo passar a informação a outros técnicos, elaborar informações sociais e relatórios sociais, atualizar o diagnóstico social e aumentar a eficácia e a eficiência da intervenção.

O tipo de instrumento utilizado em cada estratégia condiciona a frequência de registo. Assim, os instrumentos que permitem o registo diário de informação são o diagnóstico social, no formato de base de dados electrónica, as fichas de troca de material, por exemplo, programa troca de seringas e as listas nominativas, os registos de giro ou fichas de registos diários e os diários de campo e o processo individual do utente. O registo semanal pode ser efetivado nas fichas de caracterização e no genograma, e registo mensal é referido somente para o mapa de rede pessoal e social.

A adequabilidade dos instrumentos depende, em grande parte, também do dinamismo e versatilidade dos Assistentes Sociais, da sua capacidade de transformarem ou adaptarem os instrumentos existentes à realidade profissional de cada um, o que vai ao encontro da definição de um perfil de Assistente Social apto a trabalhar em equipas de rua no contexto do consumo de substâncias psicoativas, tendo em conta os seus conhecimentos e competências (Anexo II).

Neste sentido, a presente investigação centrou-se também em perceber quais as características/competências relacionais, fundamentais no trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais com consumidores de substâncias psicoativas, através da análise das respostas das entrevistas. Foram identificadas as seguintes características:

- Aceitação;
- Pragmatismo na hierarquização dos objetivos traçados;
- Paciência;
- Informalidade;
- Confidencialidade;
- Empatia;
- Gosto pelo trabalho de rua, muitas vezes alcançada através da informalidade, garantindo a efetivação dos direitos humanos dos consumidores de substâncias psicoativas, e da flexibilidade/disponibilidade;
- Capacidade de negociação, através das habilidades comunicacionais e relacionais;

Relativamente ao impacto das relações de ajuda, todos os entrevistados referiram que há resultados positivos no estabelecimento de uma relação de ajuda/apoio/orientação. Esses resultados não se efetivam só através dos números de encaminhamentos e demais

estratégias, podendo ser visíveis em ações “menores” como realização de análises clínicas e outros exames médicos, cortar o cabelo, desfazer a barba, inscrever-se num centro de saúde para ter médico de família, possuir documentos de identificação.

Quando questionados sobre a existência de procedimentos burocráticos e relacionais diferentes ou semelhantes tendo em conta a comparação entre o Serviço Social Convencional/Paradigma Vigente o Serviço Social a que se dedicam (Serviço Social Não Convencional) ou Paradigma Alternativo, todos os entrevistados consideraram que os procedimentos são diferentes, sublinhando a não adequação ao seu contexto de trabalho dos instrumentos utilizados noutros contextos, como equipas de tratamento.

E1 destaca que:

“Os instrumentos de recolha de informação burocrático-administrativa que nada têm a ver com a realidade de rua e que muitas vezes são copiados não sei de onde”.

As diferenças são sentidas também nos horários de funcionamento, destacando E4 que:

“As equipas de rua, normalmente, têm também um telefone ou telemóvel ligado o dia e a noite...Porque há situações de overdose, há situações de crise, há situações de hospitalização e os hospitais precisam de nos contactar para perceber, muitas vezes são indivíduos que estão a tomar metadona e dão entrada no hospital e os hospitais precisam de saber a dose que ele está a tomar”.

Verifica-se que há mais dificuldade em marcar atendimentos, em agendar atividades, sendo por esse motivo que as equipas de rua são caracterizadas por serem mais flexíveis, de acesso facilitado, com técnicos mais versáteis e pragmáticos.

Relativamente aos procedimentos relacionais, estes são marcados pela maior informalidade, flexibilidade e sensibilidade, por exemplo, na forma como os técnicos se apresentam:

(E3): “não nos apresentamos como técnicos superiores, faz logo diferença”.

Pese embora os Assistentes Sociais entrevistados tenham a noção de que a profissão é Assistente Social e a categoria de Técnico Superior de Serviço Social.

Quando se fala em relação de proximidade, fala-se também na utilização de códigos de comunicação acessíveis, com elevados níveis de empatia e confidencialidade, de respeito e aceitação, fala-se em Modelo de Troca, em que “(...) o Assistente Social não reclama um saber especializado na área do problema em questão. O processo é partilhado com o utente. O Assistente Social não impõe o seu modelo teórico ou prioridades mas simplesmente

oferece o seu conhecimento para apoiar o utente a pensar sobre o problema. Nesta abordagem o Assistente Social tenta não assumir a liderança mas proceder por negociação com o utente (Sousa e Almeida, 2016, p.54).

Da citação anterior depreende-se que a capacidade de negociação é um requisito fundamental para se trabalhar numa equipa de rua. O Modelo de Troca é um processo de inter-relacionamento realizado com os consumidores de substâncias psicoativas, e não para os consumidores de substâncias psicoativas. Nas palavras de Granja (2008, p. 281) “é o envolvimento e estímulo á participação das populações no processo de definição do problema, na sua avaliação. A construção de um conhecimento partilhado, o reconhecimento de quem vive os problemas, faz parte da solução (...)”.

Ainda dentro da temática dos procedimentos relacionais, verifica-se uma permanente preocupação e cuidado com o outro, por exemplo, através do sistema informático que alerta para os dias de aniversários e outros eventos importantes. As diferenças no aspeto relacionar implicam uma maior dificuldade em controlar o envolvimento emocional.

(E3): “Eu não consigo ter uma relação fria, ou uma relação de gabinete com as pessoas. Para mim, o mais difícil seria exatamente isso, era estar num gabinete e tratar a pessoa como um número, é está feito está feito, nem sequer olho para a pessoa, não me interessa o nome, não é... se calhar às vezes é esta coisa, pouco mais sei da pessoa do que o nome, mas na rua é aquela lógica, temos de dar um pouco de nós, não é?”

Uma das entrevistadas relatou alguns episódios que demonstram as dificuldades em gerir e controlar as emoções, principalmente com consumidores de substâncias psicoativas afetivamente carentes, podendo até levar a confundir a relação de confiança, profissional, com uma relação amorosa.

(E4): “ O indivíduo é um indivíduo com tantas carências afetivas, de tantas ruturas ao longo da vida, muitos deles são miúdos que foram já... foram crianças institucionalizadas, são abandonados pela família, estão a viver na rua porque a família rejeitou-os, ruturou mesmo, porque eles também fizeram muitas asneiras, não é, pronto. Decorrente das vivências que têm e depois eles às vezes começam a confundir a relação de confiança que nós queremos ter”.

Guereshi (2009, p. 134) assume que as dependências afetivas são reações defensivas “uma fuga, um reconhecimento de falta de autonomia”, sendo então essencial que o Assistente Social não se envolva demasiado com os utentes, que consiga distinguir a relação de ajuda de uma relação de dependência, para assim contribuir também para a autonomia dos consumidores de substâncias psicoativas.

A análise dos dados permite concluir que a prática profissional verificada em equipas de rua relativamente a outras IPSS, organismos públicos, entre outros, é diferente, identificando como constituintes distintivos os riscos sociais a que se está sujeito, o tipo de relação de ajuda que se estabelece, os procedimentos burocráticos, os contextos de intervenção e finalidades das mesmas, o tipo de estratégias e finalidades, a abordagem, os conhecimentos e competências técnicas exigidas a um técnico de rua, seja Assistente Social ou outro técnico. Em equipas de rua o consumo de substâncias psicoativas é aceite, enquanto, por exemplo, nas equipas de tratamento a abstinência é um objetivo da intervenção e um meio de ação para se realizar o tratamento. Reconhece-se “que o objetivo central da redução de danos não é a abstinência, porque admitem que para alguns consumidores essa meta será difícil de alcançar e, assim, consideram que é mais importante conceber alternativas que promovam modos de consumos seguros e gradualmente diminuam os efeitos e as consequências negativas e prejudiciais do uso de substâncias psicoativas [situando a] inserção dos assistentes sociais no campo das políticas alternativas” (Barbosa, 2011, p. 71).

No entanto, convém ressaltar que os entrevistados também identificaram algumas semelhanças com o Serviço Social Convencional/Paradigma Vigente (por exemplo, equipas de tratamento, comunidades terapêuticas), nomeadamente no que respeita à defesa dos Direitos Humanos e aos direitos e deveres dos consumidores de substâncias psicoativas, transversal a todas as áreas de intervenção social. Também algumas questões burocráticas, relacionadas com o trabalho de gabinete que ocorre igualmente em equipas de rua, apresenta algumas semelhanças com as demais ações de outros Assistentes Sociais, concretamente na gestão de conflitos e na necessidade de estabelecer uma relação empática como meios de atingir melhores resultados para os consumidores de substâncias psicoativas.

## **6 – Modelos de Práticas**

Quando falamos em Modelo (s) de Prática (s) falamos em formas de atuar dos Assistentes Sociais. Em equipas de rua as características da intervenção (informal mais centrada no utente) fazem com que se criem formas de intervenção que derivam de teorias, métodos de intervenção, evidências, contextos, valores e contributos. Este modelo resulta da inter-

relação entre utentes com profissionais e vice-versa (Ranquet, 1996; Payne, 2000, Viscarret, 2007).

Um dos modelos de prática da história do Serviço Social, é o Modelo Clássico constituído pelos métodos profissionais do serviço social de casos, grupos e comunidades e dos métodos complementares de administração e de planeamento (Vieira, 1969). A este modelo chamamos de Convencional. Tendo presente as relações de desigualdade social que se geram na sociedade e no papel do Estado como regulador dessa desigualdade e as políticas, foi constituído um modelo de Serviço Social, denominado de Modelo Emancipatório, Crítico/Radical (Montaño, 2007). A este modelo chamamos de Não Convencional.

Podemos caracterizar a prática profissional de contornos mais clássicos (Brinca, 2010), como sendo uma prática assistencialista, baseada nas estratégias de sinalização, acolhimento, atendimento, encaminhamento, acompanhamento e ajudas técnicas e/ou sociais. E o Serviço Social Emancipatório, não convencional como inovador, uma vez que se distanciava nas características e nas metodologias de intervenção do Serviço Social Clássico ou Convencional. São exemplo das práticas emancipatórias a advocacia social, o aconselhamento, a consultoria, a assessoria, a gestão e mediação social (Brinca, 2010) e a prática radical (Faleiros, 1972; Netto, 1995; Iamamoto, 1999). Este modelo caracteriza-se pelos seus contornos mais modernos (uma prática emancipatória, crítica em que se utiliza o conhecimento para agir e mudar a sociedade). Imediatamente também foi reconhecido pela sua criatividade, uma vez que aplica uma metodologia não-verbal, participativa, capacitadora e consciencializadora (Freire, 1979).

Neste modelo, o Assistente Social é visto como figura de proximidade na relação com os utentes e com a sociedade. Este modelo de intervenção não convencional, implica novas tecnologias, novos centros de interesse. São metodologias participativas, pró-ativas, dinâmicas, utilizando instrumentos não-verbais, como a arte, a música, o desporto, a fotografia, e também verbais, como por exemplo a música. Pressupõe interação e dinamismo para a mudança do *Status Quo*.

Contudo, em equipas de rua é exercitado um outro tipo de intervenção centrado em experiências reais, que acontecem no dia-a-dia. Os Assistentes Sociais vão de encontro a essa realidade para a compreender. A finalidade da intervenção é gerar um ponto de equilíbrio através da participação ativa dos consumidores de substâncias psicoativas no

sentido de mediar comportamentos e reduzir as tensões ao nível da sociedade. Não só com medidas pró-ativas, mas também trabalhando os comportamentos de risco, através da prevenção e da sensibilização, ocupando os tempos livres, investindo no lazer, nos centros de interesse de forma a trabalhar determinados comportamentos.

De acordo com o enquadramento teórico e a análise dos dados empíricos, foram definidas algumas variáveis que deram origem a três modelos de práticas presentes em equipas de rua: Modelo Convencional – Clássico; Modelo Não Convencional – Emancipatório e Modelo de Rua Alternativo-Criativo.

### a) Análise da Dimensão Teórica, Metodológica e Axiológica do Serviço Social

Vejamos de seguida, algumas características dos modelos identificados em equipas de rua relativamente à dimensão teórica, metodológica e axiológica.

**Quadro 15 - Modelo de Prática: Dimensão Teórica, Metodológica e Axiológica do Serviço Social**

<b>Dimensão</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Modelo Convencional - Clássico</b>	<b>Modelo Não Convencional - Emancipatório</b>	<b>Modelo de Rua Alternativo-Criativo</b>
<b>Teórica, Metodológica e Axiológica do Serviço Social</b>	<b>Teorias do SS e para o SS</b>	Funcionais	Estruturais/Política	Da prática
	<b>Método</b>	Tripartido	Integrado (mudança)	Diverso, adequado à realidade
	<b>Tipos de Modelos de Intervenção</b> (Ranquet, 1996, Payne, 2001, Viscarret, 2007, Amaro, 2015)	Modelo centrado em tarefas e centrado em resultados observáveis e quantificáveis;	Modelo de intervenção psicossocial e intervenção em crise. “Modelo psicorrelacional personalizado” (Amaro, 2015, p.66)	Modelo alternativo de acordo com a realidade observada

	<b>Modelo Procedimental, Modelo Colaborativo e Modelo de Troca</b> (Sousa et al, 2016)	Modelo Procedimental e de questionamento.	Modelo Colaborativo com Abordagem “focalizada na solução”.	Modelo de troca.
	<b>Modelos de intervenção: imagem, estereótipo e resposta social</b> (Resa, 2007)	Modelo Ético-Jurídico	Modelo Médico Sanitário e Psicossocial	Modelo Sócio-cultural
	<b>Orientação para a ação</b>	Satisfação das necessidades básicas.	Satisfação das necessidades pessoais e sociais – oportunidade.	Relações de forças (distribuição do poder).
	<b>Valores</b>	Cuidar	Cuidar/atenção ao outro; Autodeterminação	Direitos humanos.

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado de Netto (1995, 1996); Ranquet (1996); lamamoto (1999); Payne (2001); Viscarret (2007); Resa, (2007), Beckett, (2010), Amaro (2015), Sousa *et al.*, (2016).

No que diz respeito à análise da Dimensão Teórica, Metodológica e Axiológica do Serviço Social é constituído pelas seguintes variáveis: teorias, métodos, tipos de modelos. Centramos em autores como: Ranquet (1996); Payne (2001); Viscarret (2007), Modelo Procedimental, Colaborativo e de Troca de acordo com Beckett, (2010), Sousa *et al.*, (2016) e os modelos consoante a imagem, estereótipo e resposta social segundo o autor Resa (2007), para além da orientação para a ação e dos valores presentes para entender as características da intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua.

De seguida, fazemos a síntese de cada modelo nesta dimensão.

### **Modelo Convencional - Clássico**

No Modelo Convencional - Clássico, as teorias em uso são funcionalistas. Verifica-se a perda dos referenciais coletivos normativos que orientam a vida em sociedade, o que leva ao enfraquecimento da solidariedade social, o que faz com que os consumidores de

substâncias psicoativas tenham que recorrer às estruturas sociais existentes, como as equipas de rua. Tendo em conta que a sociedade se organiza como um todo, é importante analisar a adaptação dos consumidores de substâncias psicoativas ao meio envolvente, o controlo das tensões e desequilíbrios resultantes da tentativa de conservar um modelo equitativo e funcionalista, assim como a integração das diferentes classes sociais. Émile Durkheim (1893), Talcott Parsons (1937) e Robert Merton (1949), entre outros, são alguns dos percussores desta teoria. O Método do Serviço Social em uso é o Tripartido, mas trabalha-se muito em prol do Serviço Social de casos. O Serviço Social Clássico é visto como uma resposta institucional mais tradicionalista, são práticas mais reguladoras, onde a pedagogia da ajuda está relacionada com a institucionalização do Serviço Social nos EUA e na Europa na 1ª metade do Séc XIX, onde o ideal seria a adaptação e o ajustamento do consumidor de substâncias psicoativas à sociedade. Relativamente ao tipo de modelos de intervenção, percebe-se que o modelo centrado em tarefas (Ranquet, 1997; Payne, 2002; Viscarret, 2007) e nos resultados observáveis e quantificáveis, seja o modelo adoptado, assim como o Modelo Procedimental, em que o preenchimento obrigatório de formulários estandardizados, encerra em si uma “(...)experiência [que] pode ser bastante stressante e até desagradável para a pessoa, que é obrigada a responder aquelas listas de verificação e de controlo” (Beckett, 2010, p.36). Como consequência desta abordagem procedimental temos a “redução de autonomia do assistente social, que se limita ao que está prescrito nos formulários e sendo assim remetido para um trabalho mais burocrático (Beckett, 2010, p. 36)”. O “ assistente social assume a condução do processo e assume-se que possui um saber especializado na área em questão. (...) O assistente social coloca as questões e os utentes respondem-lhe” (Beckett, 2010, p.36).

Como são “obrigados” a gerir o tempo de forma maioritariamente tecnocrática, absorvem a prática profissional nestes moldes de forma irrefletida e quase imediata.

O consumidor de substâncias psicoativas e é visto como um delinquente (estereótipo), a imagem social que se tem é a de que existe transgressão normativa e insegurança. A resposta social oferecida são as medidas legislativas e punitivas, segundo o modelo ético-jurídico (Resa, 2007, p. 47).

Os valores presentes estão relacionados com o “Cuidar”, e a orientação da ação está relacionada com a satisfação das necessidades básicas.

### **Modelo Não Convencional - Emancipatório**

Este modelo é orientado para as teorias estruturais, críticas e radicais. Centra-se na mudança de políticas e na mudança da importância dada à quantificação dos registos em função dos orçamentos. São evidentes os discursos críticos dos profissionais, em que o seu papel passa por consciencializar através da reflexão crítica, ajudar os consumidores de substâncias psicoativas a denunciarem injustiças provenientes das estruturas sociais, neutralizar a marginalização e a vitimização. O Assistente Social respeita o princípio de autodeterminação do utente e acredita no seu potencial. A sua intervenção ocorre sempre que se verifiquem situações que apelem à transformação social, uma mudança radical das condições estruturais de vida do utente. O método é integrado, tendo em conta a lógica da emancipação e da mudança na satisfação das necessidades pessoais e sociais (numa lógica de oportunidades).

O objetivo da intervenção é o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico, auto-consciência e reflexão, para identificar as causas que provocam problemas sociais, sempre assente em princípios democráticos: igualdade e respeito, ou seja, compreender o mundo para o poder transformar, assente numa lógica de emancipação pessoal e social e não sob uma postura/visão de dominação (Netto, 1995, 1996; Iamamoto, 1999). Os Assistentes Sociais que trabalham segundo este modelo de prática regem-se por objetivos qualitativos, orientam-se ainda pelo modelo de intervenção psicossocial e de intervenção em crise (Ranquet, 1996), e pelo “Modelo psicorrelacional personalizado (Amaro, 2015, p. 66).

Verifica-se a presença do Modelo colaborativo com abordagem “focalizada na solução”, onde “o assistente social (...) evita dar demasiada ênfase aos problemas e explora a capacidade para lidar com os problemas” (Sousa et al, 2016, p.61), centra-se na abordagem participativa do utente.

De acordo com Resa (2007) o consumidor de substâncias psicoativas não é só visto como um doente (estereótipo), a imagem social está relacionada com o efeito que as substâncias psicoativas têm no sistema nervoso central. Mas, orienta-se para uma abordagem psicossocial relacional (Resa, 2007, p. 47).

Os valores são orientados para o cuidar/atenção ao outro, e autodeterminação. O Cuidar está também associado à ajuda, ao controlo, mas também aos movimentos de emancipação, normalização e manutenção da ordem social.

### **Modelo de Rua Alternativo/Criativo**

No Modelo de Rua Alternativo/Criativo destacam-se um conjunto de teorias sociais e de comportamento, assim como o método alternativo, respeitando os estilos de vida assumidos pelos consumidores de substâncias psicoativas, destacando-se os valores relacionados com os direitos humanos. Valoriza-se a dimensão cultural e dos direitos humanos. Coloca-se em prática a pedagogia dos direitos dos consumidores de substâncias psicoativas, que assumem o seu estilo de vida, desprovidos de constrangimentos pessoais, familiares sociais e institucionais.

O objetivo da intervenção neste modelo passa pela criação de vínculos que permitam o reforço da sua autoestima, autoimagem, e autoconfiança, contrariando as relações de forças (distribuição de poder que o qualifica como delinquente, drogado).

Os modelos usados são vários e podem ser o Modelo Psicossocial e de Intervenção em Crise (Ranquet, 1996; Payne, 2002; Viscarret, 2007) são fundamentais para a compreensão das suas subjetividades, propondo uma intervenção também ela personalizada. O “Modelo de Troca” (Sousa et al, 2016) de aprendizagens, orientado por uma pedagogia que tem como objetivo despertar consciências. A dimensão relacional é um imperativo crucial para ação, potenciando uma investigação refletida e participada, tendo por base a capacidade de imprevisto, de reflexão, de problematização, de inovação, recriação e criatividade.

Neste modelo “o Assistente Social não reclama um saber especializado na área do problema em questão. O processo é partilhado com o utente. O Assistente Social não impõe o seu modelo teórico ou prioridades mas simplesmente oferece o seu conhecimento para apoiar o utente a pensar sobre o problema. Nesta abordagem o Assistente Social tenta não assumir a liderança mas proceder por negociação com o utente (Sousa *et al*, 2016, p.53)”.

De acordo com Resa (2007, p. 47) o consumidor de substâncias psicoativas é visto como uma vítima das desigualdades sociais (estereótipo), a imagem social está relacionada com a influência dos fatores sociais que intervêm na aquisição e manutenção da dependência, ou seja, vulnerabilidade em função da desigualdade social. A resposta social oferecida

carateriza-se por medidas de integração, de apoio social e de direitos humanos, segundo o modelo sociocultural.

## b) Intervenção Direta

Depois de apresentada a análise da dimensão teórica, metodológica e axiológica desenvolvida pelos profissionais de Serviço Social nos três modelos identificados, procedemos à análise da Dimensão da Intervenção Direta, específica do Serviço Social junto da população alvo.

**Quadro 16 - Modelo de Prática: Intervenção Direta**

Dimensão	Variáveis	Modelo Convencional - Clássico	Modelo Não Convencional - Emancipatório	Modelo de Rua Alternativo/ Criativo
<b>Intervenção Direta (processos):</b> 1. Acolher – apoiar 2. Informar-orientar-educar; 3. Persuadir - influenciar; 4. Controlar – exercer uma autoridade; 5. Relacionar – criar novas oportunidades; 6. Estruturar uma relação de trabalho com o	<b>Participação dos consumidores de substâncias psicoativas - Acolher</b>	Passivo	Ativo	Momentos Passivo/ Ativo
	<b>Relação de ajuda (apoiar e acompanhar)</b>	Tecnocrática (Amaro, 2015).	Respeito pela decisão sobre o consumo continuado de substâncias psicoativas.	Abordagem Humanista.
	<b>Tipos de instrumentos e Acompanhamentos /estruturar uma relação de trabalho)</b>	Individualização – Registo.  Diminuição ou inexistência de acompanhamentos sociais.	Instrumentos de análise diagnóstica.  Prevalência dos acompanhamentos sociais, da necessidade de empoderamento e de supervisão.	Valorizam os 2 instrumentos.  Prevalência de acompanhamentos que permitem um trabalho de proximidade.

consumidor de substâncias psicoativas	<b>Foco de Intervenção e Práticas Profissionais (persuadir, influenciar, exercer autoridade)</b>	Nos procedimentos e guias. Práticas Pedagógicas de Ajuda e de alguma Participação (Brinca, 2010)	No utente e nos procedimentos e guias. Práticas Pedagógicas de Ajuda, Participação e de Emancipação	Foco no utente e na participação. Práticas Pedagógicas de Ajuda e de Participação
	<b>Estratégias de Intervenção (estruturar a relação de trabalho)</b>	Formais.	Instrumentos alternativos – photovoice.	Informal.

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado de Goodman (2009), Brinca, (2010); Robertis,( 2011), e Amaro, (2015).

De acordo com Robertis (2011, p. 141) “as intervenções diretas são as que se desenvolvem numa relação de frente a frente com os sujeitos de intervenção. O utente está presente e é ator da intervenção, tanto como o Assistente Social”. Constata-se que “utente o Assistente Social encontram-se implicados num processo que os modificará aos dois, introduzindo mudanças tanto num como no outro”. Todos os processos que caracterizam a intervenção direta estão presentes nos modelos de práticas e influenciam a atuação profissional do Assistente Social e consumidores de substâncias psicoativas e vice-versa.

A dimensão intervenção direta é constituída por vários processos, destacando-se o 1. acolher – apoiar - acompanhar; 2.informar-orientar-educar; 3. persuadir - influenciar; 4. controlar – exercer uma autoridade; 5. relacionar – criar novas oportunidades; 6. estruturar uma relação de trabalho com o utente (Robertis, 2011, p. 140).

O processo acolher – apoiar – acompanhar está relacionado com o acolhimento, que por sua vez implica a clarificação da natureza do problema. A clarificação de acordo com Robertis (2011, p. 145) “implica uma ação atenta do trabalhador social, para a qual utiliza três meios: a escuta, a observação e o questionamento permanente”, o suporte, a compreensão de si próprio e o acompanhamento.

Relativamente ao processo informar-orientar-educar, o Assistente Social “explora prioritariamente os seus conhecimentos e o seu saber para responder às necessidades do

utente”(Robertis, 2011, p.152). Ou seja, “procura compensar as eventuais carências da população na alçada do seu organismo empregador dando-lhe conhecimentos em diversos domínios: legislação social, direitos dos utentes, recursos e organismos existentes e a sua utilização, recurso excepcional a certas ajudas (particularmente materiais), e também tudo o que diz respeito à formação nos domínios da saúde, da alimentação, à organização doméstica” (Robertis, 2011, p. 152).

O processo 3 “persuadir – influenciar” destaca-se o conselho, a confrontação e a persuasão. o conselho é o que tem mais visibilidade na prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua e tem como “objetivo influenciar a pessoa para que organize a sua vida e as suas atividades, da forma mais adequada consoante a ótica e as referências do trabalhador social ou do organismo que representa” (Robertis, 2011, p. 164).

O processo 4 “controlar – exercer uma autoridade” está relacionado com “o trabalho de acompanhamento, as exigências, os limites e o controlo” (Robertis, 2011, p. 167).

As intervenções de controlo têm “objetivo de dissuasão” pois, “colocam o problema da normalização”, isto é, de fazer aderir o utente às normas sociais que exigem de si um certo tipo de comportamento (não roubar [...] não beber, não se prostituir). Estas intervenções, segundo Robertis (2011, p. 172) colocam ainda o problema do direito à diferença e à marginalidade; o direito da pessoa levar a sua vida como entende, mesmo que seja em oposição total com as normas sociais dominantes e de fazer escolhas diferentes da maioria das pessoas”.

No processo 5 “relacionar – criar novas oportunidades”, o Assistente Social “tem sobretudo um papel de facilitador e dedica-se a estimular e a motivar o utente para que este experimente novas formas de vida social”, através de, por exemplo, “apoio, informação, educação e conselho” (Robertis, 2011, p. 173). O ponto relativo ao “estabelecimento de relação, a abertura e a descoberta, assim como a utilização e a criação de equipamentos da envolvente e participação neles, é um ponto fulcral da intervenção, uma vez que o Assistente Social pode ajudar a descobrir as capacidades latentes do consumidor de substâncias psicoativas: capacidades artísticas (canto, pintura, teatro e música); capacidades manuais de criação (artesanato); capacidades intelectuais (leitura, escrita e línguas); capacidades de organização, de planificação, de animação e de liderança; capacidades técnicas (mecânica, bricolage e informática)” (Robertis, 2011, pp. 173-174). Já o ponto 6

“Estruturar uma relação de trabalho com o utente” diz respeito à efetivação da relação de ajuda, que tem por base “a estruturação no tempo, a utilização do espaço e a focalização em objetivos de trabalho” (Robertis, 2011, pp. 177-178).

Relativamente à utilização do espaço, sendo esta variável a que tem mais impacto na prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua, “o trabalhador social pode intervir na escolha do lugar de encontro servindo-se do espaço para atingir objetivos precisos”: gabinete, domicílio, espaços de sociabilidade, e contexto de rua.

Todos os processos que fazem parte da Intervenção Direta (Robertis, 2011, p. 140) estão presentes nas variáveis: participação, relação de ajuda, acompanhamentos, foco de intervenção e estratégias de intervenção presentes no quadro 16.

### **1. Modelo Convencional - Clássico**

No modelo os participantes são passivos. Existe um imediatismo nas ações, remetendo para o assistencialismo (práticas pedagógicas de ajuda no que concerne aos cuidados básicos de higiene e alimentação, (Brinca, 2010).

A relação de ajuda é mais tecnocrática (via da informatização), perde-se um pouco o fundamento humanista, de relação de ajuda, relação empática, e os instrumentos mais utilizados são os inquéritos, a entrevista, a observação, as visitas domiciliárias, ou seja, instrumentos de individualização e de registo. Logo, o foco de intervenção reside nos procedimentos e guias, daí os constrangimentos nas possibilidades de ação, tendo em conta a obrigatoriedade de cumprimento de prazos. As estratégias de intervenção são mais formais, rígidas, pertinentes face à realidade. Podemos falar da utilização dos instrumentos como estratégia de intervenção na ajuda de serviços de satisfação das necessidades básicas. Neste sentido, verifica-se a inexistência de acompanhamentos sociais. Segundo Robertis (2011, p. 150) a palavra “acompanhamento” “é de utilização recente em trabalho social. A sua emergência pode ser situada no relatório de Wresinski sobre a grande pobreza em 1987. O acompanhamento também foi utilizado desde os anos 80 pelo sector da deficiência. A partir da constatação de que o acompanhamento social sozinho não dá suficientemente conta da complexidade das situações e das práticas dos trabalhadores sociais, foi considerado como uma das funções da intervenção social de ajuda às pessoas”.

Como argumenta a autora Robertis, 2011) o acompanhamento implica a participação ativa do interessado, tendo em conta o princípio da autodeterminação e de livre escolha, o que não está espelhado neste modelo de prática, principalmente na variável participação do consumidor de substâncias psicoativas.

## **2. Modelo Não Convencional - Emancipatório**

No modelo de prática não Convencional verificamos que os direitos e deveres de cada consumidor de substâncias psicoativas, são aspetos a considerar, tal e qual como a cidadania, a consciência da situação onde a pessoa se encontra através de utilização de vários instrumentos de intervenção, tal como a entrevista de motivação, numa vertente de consciencialização. A participação do consumidor de substâncias psicoativas é mais presencial e ativa, e a relação de ajuda caracteriza-se pela consciência e dignidade do utente/consumidor de substâncias psicoativas, minimizando a marginalização e a exclusão social. O foco da intervenção é o consumidor de substâncias psicoativas, mas também os procedimentos e guias (verificam-se também constrangimentos ligados aos prazos de entrega de avaliação intercalares e finais) e constrangimentos na prossecução dos objetivos, para por exemplo, poder encaminhar um consumidor de substâncias psicoativas para uma equipa de tratamento ou comunidade terapêutica), tendo em conta uma prática pedagógica de ajuda, de participação (autoajuda, noção de participação social, de responsabilização, ação, opção, tomada de atitudes conscientes, a partir da reflexividade da situação vivida (Brinca, 2010)), e também de emancipação (organização da ajuda no sentido de defesa dos seus interesses, ou seja, ensinar a viver controlando e reduzindo os riscos dos excluídos ou autoexcluídos pela e na sociedade (Brinca, 2010), utilizando para tal, instrumentos de registo mas também de avaliação diagnóstica (processo individual de acompanhamento, fichas de caracterização e de avaliação).

Estas equipas de rua regem-se por objetivos quantitativos mas essencialmente qualitativos.

O Assistente Social deve fortalecer a perspetiva emancipatória, dando respostas a determinadas demandas, como sendo as respostas técnicas, face a pedidos e solicitações, respostas políticas, sociais e pedagógicas, tendo em conta procedimentos, legislação, atitudes e princípios, operacionalizados nas teorias estruturalistas/políticas, nos

acompanhamentos sociais e supervisão, através da aplicação de estratégias de intervenção, tais como, instrumentos alternativos como o photovoice.

### **3. Modelo de Rua Alternativo/Criativo**

Neste tipo de modelo, o utente tem momentos passivos e ativos, a relação de ajuda caracteriza-se por uma abordagem humanista: liberdade, solidariedade, defesa pelos direitos individuais como higiene, habitação, alimentação, vestuário. É um modelo de prática onde se valoriza a observação, onde há maior liberdade no processo de intervenção, consoante o tempo e a disponibilidade, motivação do utente, o foco de intervenção é o utente e a sua participação, valorizam-se os instrumentos formais e informais, assim como as estratégias informais, tais como o gosto pelo desporto, a música, o teatro, ou os acompanhamentos permitindo um trabalho de proximidade, através da deslocação das equipas de rua para espaços de consumo e de tráfico de droga, zona de angariação de dinheiro fácil, festivais, espaços de diversão noturna, ou seja, os locais-chave de consumo/tráfico de droga.

É um modelo de prática que potencia a crítica, a consciência dos riscos assumidos. É um modelo que permite criar estímulos de discernimento, flexibilidade, compromisso consigo mesmo e com os outros (saúde pública), onde a produtividade não é o objetivo prioritário, nas equipas e rua, os utentes não são números, são realidades que precisam e ser trabalhadas com tempo. É a este propósito que cabe citar Goodman (2009, p. 2), defendendo um Serviço Social de proximidade e comunicativo, com foco no utente e na sua participação porque " clients will bring them a multiplicity of concerns, including relationship issues, financial problems, housing, risk of offending, health (both pshysical and mental), behavioral problems (including anger, aggression and other difficulties".

#### **c) Intervenção Indireta**

Depois de situado o tipo de intervenção direta prosseguido por cada modelo, apresenta-se de seguida, uma síntese das características da intervenção indireta nos modelos identificados.

**Quadro 17 - Modelo de Prática: Dimensão Intervenção Indireta**

<b>Dimensão</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Modelo Convencional - Clássico</b>	<b>Modelo Não Convencional - Emancipatório</b>	<b>Modelo de Rua Alternativo/Criativo</b>
<b>Intervenção Indireta (processos):</b> 1. Organização e vigilância social; 2. Conduta de projetos; 3. Intervenções na envolvente das personagens 4. Colaboração entre Assistentes Sociais 5. Intervenções ao nível dos organismos sociais (Robertis, 2011)	<b>Contextos de aplicação</b> (Dominelli (2004), Hoven (2009), Joaquim (2009).	“Taylorização da profissão”/Produtividade utilitarista” (Amaro, 2015, p.65).	Gestão por objetivos Avaliadores de processos, processador de informação.	Gestão por tarefas; Gestão de casos. Polivalência de funções. A produtividade não é o objetivo prioritário em equipas de rua.
	<b>Zonas de intervenção</b>	Urbana (zonas de consumo e tráficos e bairros sociais).	Urbana (Zonas de consumo e tráfico e bairros sociais).	Urbana e Rural.
	<b>Investigação</b>	Evidence based practice e competence based (Amaro, 2015).	Investigação aplicada à realidade.	Investigação na ação.
	<b>Tipo de avaliação</b>	Avaliação centrada na instituição comandada por recursos (Sousa et al, 2016, p.65).	A avaliação deve estar centrada no utente.	Avaliação centrada no estilo de vida assumido pelo utente e no seu princípio de autodeterminação.

**Fonte:** Elaborado pela própria, adaptado de Parton (2000), Dominelli (2004), Hoven (2009), Joaquim (2008), Robertis (2011), Amaro (2015),

Segundo Robertis (2011) a dimensão intervenção indireta define-se como sendo o tipo de intervenções “realizados pelo Assistente Social fora de uma relação face a face com a pessoa. Trata-se de ações empreendidas a fim de organizar o seu trabalho e de planificar intervenções que se realizarão de seguida com as pessoas e também de ações empreendidas em benefício do utente mas fora da participação ativa e direta deste”. Ou seja, “o trabalhador social age para o utente mas não com ele”, por exemplo: 1. organização e vigilância social; 2. conduta de projetos; 3. intervenções na envolvente das personagens; 4.

colaboração entre trabalhadores sociais; 5. intervenções ao nível dos organismos sociais (Robertis, 2011, p. 181).

As intervenções indiretas “são frequentemente pouco valorizadas pelos trabalhadores sociais, consideradas como um trabalho burocrático menos «nobre» que as realizadas em relação com o utente, vividas como um encargo e por vezes como uma maçada” (Robertis, 2011, p. 181), principalmente para os coordenadores de equipas de rua, “encarregues do enquadramento técnico”.

Faz parte da “Organização e vigilância social” a organização do espaço, a organização do tempo de trabalho, a documentação, a monitorização social. O processo que poderá ter mais impacto na prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua deverá ser a organização do tempo de trabalho, uma vez que esta intervenção específica necessita de “uma flexibilidade dos horários de trabalho para se poder encontrar as pessoas” (Robertis 2011, p. 183) e não tanto a “organização do espaço” visto que as equipas de rua intervêm ao nível de gabinete, mas também ao nível da rua, e quanto mais o espaço institucional for discreto, melhor em termos de assiduidade e privacidade dos consumidores de substâncias psicoativas. A documentação é uma tarefa indispensável ao exercício profissional, visto que os Assistentes Sociais “são constantemente solicitados no sentido de atualizar os seus conhecimentos e de estar ao corrente das últimas modificações legislativas ou institucionais” (Robertis, 2011, p. 184). A “monitorização social é uma observação construída pelas expressões das necessidades sociais”. Implica que os Assistentes Sociais saibam «falar por escrito» aos decisores a quem podem fornecer também uma legitimidade nas decisões políticas” (Robertis, 2011, p. 186). Na “monitorização social” os Assistentes Sociais têm como objetivo “informar-se, formar-se para fazer evoluir as suas práticas: saber ter em conta as evoluções dos problemas sociais, saber atualizar os seus conhecimentos sobre as evoluções das políticas sociais, saber capitalizar as experiências profissionais e coletivas, saber distanciar-se das práticas profissionais e conceptualizá-las, saber auto avaliar-se e saber aplicar as metodologias de pesquisa” (Robertis, 2011, p. 186). “A condução de projetos em trabalho social com grupos” é o segundo processo da Intervenção Indireta e diz respeito a um conjunto de “ações prévias de implementação de um projeto de intervenção junto dos utentes e isto designadamente numa abordagem de interesse coletivo” e desenvolve-se através de três intervenções: “as fases preliminares de implementação de um grupo, a

organização de atividades de grupos pontuais e a escolha de atividades de suporte ao programa de grupo. Na escolha das atividades de suporte ao grupo, tem de ser ter em atenção os objetivos do Assistente Social, as necessidades e interesses dos consumidores de substâncias psicoativas, as potencialidades (físicas, intelectuais e de relacionamento interpessoal), os recursos necessários e disponíveis na instituição.

Relativamente à prática profissional desenvolvida pelos Assistentes Sociais em equipas de rua, e mais precisamente a “organização de atividades de grupos pontuais e a escolha de atividades de suporte ao programa de grupo” serão as que maior impacto têm em equipas de rua analisadas, com os consumidores e substâncias psicoativas, principalmente quando realizam ações de sensibilização e de informação, como por exemplo, a gestão do consumo e conhecimentos sobre substâncias psicoativas, como se constatou na análise das respostas aos questionários e entrevistas. “A programação e a planificação destas intervenções fazem-se frequentemente em equipa, com outros trabalhadores sociais seja do mesmo serviço empregador, seja trabalhando no mesmo sector geográfico mas pertencendo a organismos diversos”(Robertis, 2011, p. 187), como por exemplo, reuniões de supervisão, de avaliação do trabalho desenvolvido.

As Intervenções na envolvente das pessoas “têm por objetivo modificar a situação exterior do utente, alargar a sua inserção social e mudar a atitude relativamente a ele das pessoas significativas ou das instituições que as rodeiam” (Robertis, 2011, p. 197), e podem ser realizadas através da intervenção junto de pessoas significativas, através de mediação (pode ser intervenção direta e indireta, se exercida com a presença e participação ativa dos utentes) e através do trabalho em rede (Robertis, 2011, pp. 198-200).

A “colaboração entre Assistentes Sociais” realiza-se através de encontros, que podem assumir carácter de reuniões com vários participantes ou entrevistas a dois, pode tratar-se de encontros entre trabalhadores sociais da mesma profissão, ou de encontros pluriprofissionais. “Os objetivos destes encontros podem também ser uma troca de informações, a elaboração de uma avaliação e de um plano de ação, o estudo e a análise de um problema ou a elaboração de um projeto” (Robertis, 2011, p. 202). Esta troca de informação pode concretizar-se através da efetivação de contactos institucionais entre os Assistentes Sociais, que têm como objetivo, a partilha de informação e de conhecimentos que os ajude a agir de forma concertada, perante situações-problema mais difíceis de

resolver. Neste tipo de reuniões, e visitas institucionais verifica-se respeito e o reconhecimento mútuo das contribuições e das responsabilidades de todas as partes intervenientes. Por último, as “Intervenções ao nível dos organismos sociais” dizem respeito ao papel de mediador que os Assistentes Sociais exercem, entendido também como “uma das formas que pode tomar a função de interface entre os utentes e as organizações, a qual é comumente transferida para os trabalhadores sociais (Robertis, 2011, p. 207).

Tendo em conta o exposto e a análise dos dados dos questionários e das entrevistas, conclui-se que os processos com maior impacto na prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua, tendo em conta a dimensão Intervenção Indireta descrita e analisada são: a “organização e vigilância social, no que diz respeito à gestão do tempo de trabalho, à documentação e monitorização social, o processo 2: “conduta de projetos em trabalho social de grupo, mais precisamente as organização de atividades de grupo pontuais, e a escolha de atividades de suporte no programa do grupo e os processos 4 (colaboração entre os assistentes sociais), e 5 (intervenção ao nível dos organismos sociais), visto estarem ligados à variável investigação e tipo de avaliação que é realizada em equipas de rua analisadas.

### **1. Modelo Convencional - Clássico**

Um dos grandes desafios do Serviço Social e dos Assistentes Sociais é controlar a “taylorização da profissão” (Dominelli, 2004; Hoven, 2009; Joaquim, 2009) ou “produtividade utilitarista” (Amaro, 2015), em que o Assistente Social se atém aos guias e procedimentos. Dado que as demandas que são colocadas ao profissional são apreendidas de maneira imediata e quase irrefletida. O exercício profissional passa a se restringir ao cumprimento de rotinas institucionais, metas de produtividade, critérios de elegibilidade e o profissional passa a responder mecanicamente no âmbito das determinações da instituição. Os Assistentes Sociais são vistos como gestores de processos administrativos, tendo em conta a exigência de políticas sociais e institucionais em vigor.

Este tipo de intervenção é mais comum em zonas urbanas, principalmente zonas de consumo e de tráfico de substâncias psicoativas, assim como em bairros sociais.

A prática profissional tem por base a *Evidence based practise*, e caracteriza-se pelo “pouco diálogo e participação dos profissionais de terreno” (Amaro, 2015, p. 68)., e da

*competence based practise*, com prevalência da “secundarização das funções relacionais e de toda a dinâmica e relacionamento interpessoal, em prol dos objetivos a serem atingidos” (Amaro, 2015, p. 68).

Para Amaro (2015) “a *evidence-based practice* e a *competence-based practice* inscrevem-se na lógica do *managerialismo* e apresentam-se como uma das tendências fortes da prática, não apenas no Serviço Social, mas também em outras áreas, como é o caso paradigmático das profissões da saúde” (Amaro, 2015, p. 68), onde para além de converter a prática profissional dos Assistentes Sociais no que se denomina por “tecnologia social” Esta coloca em causa a efetivação os direitos sociais dos utentes e dignidade social, para além da tão reclamada justiça social, desvalorizando a melhor ferramenta/instrumento que o Assistente Social tem ao seu dispor: habilidades relacionais e comunicacionais.

A avaliação realizada centra-se nas diretrizes dadas pela instituição a que pertencem, tendo em conta os recursos que têm e que querem continuar a ter (Sousa *et al.*, 2016, p. 65).

## **2. Modelo Não Convencional - Emancipatório**

Neste modelo as equipas de rua intervêm tendo por base uma lógica de gestão por objetivos, através de gestores de casos e de objetivos/tarefas. Os Assistentes Sociais são avaliadores de processos, processam informação relacionada com o consumidor de substâncias psicoativas.

O pressuposto de intervenção dos Assistentes Sociais reside no saber fazer e saber ser perante os consumidores de substâncias psicoativas. Intervêm em zonas urbanas, de tráfico e consumo, assim como em bairros sociais. Pretende-se que a reflexão esteja relacionada com investigação-ação, através de uma apreensão mais próxima da realidade e que o consumidor de substâncias psicoativas se capacite e autonomize nas funções de satisfação de necessidades básicas e sociais, o que nem sempre é conseguido.

A avaliação é centrada no utente “reconhecendo o utente no contexto da sua família, circunstâncias materiais, cultura e redes sociais, deve ser construída em parceria: com os indivíduos, famílias e outras instituições” (Sousa et al, 2016, p.65).

### **3. Modelo de Rua Alternativo-Criativo**

Em relação ao contexto de intervenção onde as equipas de rua agem, podemos afirmar que a produtividade não é o objetivo prioritário em equipas de rua, os utentes não são números, são realidades que precisam de ser trabalhadas. Os Assistentes Sociais exercem funções de gestão de tarefas e gestão de casos.

Verifica-se investigação na ação, tendo em conta a capacidade de improviso, de reflexão, de problematização, de inovação, recriação e criatividade, através por exemplo, da intervenção pela arte. Dá-se ênfase à relação empática e relação de ajuda.

A avaliação centrada no estilo de vida assumido pelo utente e no seu princípio de autodeterminação é realizado em áreas urbanas e também rurais (o contexto rural dá ênfase às características pessoais e assistencialistas da profissão). Nestas equipas de rua verifica-se uma multidisciplinaridade de técnicos, de forma a poder trabalhar todas as dimensões do ser humano enquanto ser bio-psico-social, tendo horários flexíveis, sem interrupções, e com sistema de urgência, número de telemóvel da equipa de rua sempre disponível, onde também se verifica polivalência nas funções.

Este modelo de prática “alimenta-se de coragem e de inovação e esforço e assume o direito de escolha e de responsabilização”, ou seja, “constrói-se como um desafio na medida em que toca o intocável, reconstrói o que já estava reconstruído, definido e estipulado como princípios orientadores e norteadores da ação. Ousa arriscar o velho para construir o novo, invadindo o conforto teórico que nos fomos habituando, como dogmas e verdades absolutas” (Brinca, 2010, p. 92).

Para Parton (2000, p. 452) e Joaquim (2008, p.82) “uma das características centrais do Serviço Social moderno é a «ambiguidade» que emerge nos fins do séc. XIX, quando assumiu um papel essencialmente de mediador entre as pessoas excluídas ou potencialmente excluídas e a sociedade em geral. (...) Em seu entender, o «coração» do Serviço Social atual assenta nas noções de «ambiguidade, indeterminação e incerteza» e, como tal, deveria ser construído com base nelas e não fora delas, abrindo-se assim, «um potencial para a criatividade e novas formas de pensar e de agir.

Em síntese, para além de algumas características em comum já identificadas entre os modelos: Convencional-Clássico, Não Convencional-Emancipatório e Modelo de Rua

Alternativo-Criativo, há algumas semelhanças, já que os modelos não são estanques, mas sim complementares.

**Quadro 18 - Semelhanças entre os Modelo(s) de Prática(s)**

- Associam sempre valor social;
- Visam a promoção da cidadania, ou seja, têm como missão promover as pessoas de modo que se assumam como sujeitos responsáveis da sociedade a que pertencem;
- Visam fortalecer os laços entre as organizações com a comunidade envolvente (adaptado de Campos, 2004, pp. 7-10 in Joaquim, 2008, p.28).

**Fonte:** elaborado pela própria.

Assim, verificamos que a prática do Serviço Social acrescenta sempre valor à intervenção de rua, cujo objetivo é fortalecer o laço entre as organizações e a comunidade envolvente.

Podemos também acrescentar que estes Modelo(s) de Prática(s) não são puros, estanques. Estes modelos são híbridos e interrelacionam-se, visto que na prática profissional os Assistentes Sociais são confrontados com a necessidade de satisfazer as necessidades básicas mais primitivas, daí a ação assistencialista e imediatista e não tanto a ação emancipatória, o que faz com que os Assistentes Sociais tenham que ter “visão estratégica” (Faleiros, 2001), sem, contudo, perder de vista o pensamento crítico do Modelo de Rua Alternativo/Criativo.

Por mais que os Assistentes Sociais tentem ter uma atitude mais crítica, a forma como as políticas sociais estão estruturadas (muito direcionadas para a assistência e controlo) influenciam muito a ação dos profissionais, ou seja, um paradoxo, visto que não permite definir uma linha clara do que querem fazer, dado a realidade, o público-alvo e as relações de poder desigual (poder participar ou não - poder de atuar sobre a decisão-respeito/controlo), a influência das políticas sociais em vigor, o funcionamento das equipas de rua e os recursos disponíveis, as situações de emergência e o estabelecimento de relação de ajuda (Autés, 1999, Healy, 2001).

Tal como afirmou Autés (1999) “as transformações que se produzem na construção social das profissões e nas atividades dos profissionais, não são uma geração espontânea de novas práticas, mas dependem das evoluções que se produzem no seio das políticas públicas” (p.255).

Assim, os Assistentes Sociais são desafiados a desenvolverem uma postura crítica das Políticas para terem capacidade de mediar campos de força desiguais e de defenderem os direitos humanos na sua prática profissional.

Situados os Modelos de Práticas, apresentamos de seguida os elementos conclusivos desta pesquisa.

## CONCLUSÃO

A intervenção do Assistente Social em contextos de risco, imbuído de um referencial teórico e metodológico e de princípios axiológicos e éticos, leva a uma constante discussão sobre “a dimensão técnico-operativa do Serviço Social”, reconhecendo “a sua complexidade dada pela diversidade de espaços sócio ocupacionais nos quais os profissionais transitam e pela própria natureza das suas ações nos diferentes âmbitos do exercício profissional, como, por exemplo, a proposição e formulação de políticas sociais, ou o atendimento direto aos usuários em diferentes instituições e programas sociais” (Mioto e Lima, 2009, p.22), problemática esta que está implícita no título da presente investigação.

Nesta tese partimos do princípio de que são os instrumentos mais participados pelos sujeitos de intervenção e com maior exigência em termos de técnica e temporalidade, que mais contribuem para atingir os objetivos destes programas de minimização de danos levados a cabo por estas equipas de rua, através de dinamização de *workshops*, ações de educação para a saúde, ações de informação e de sensibilização, diagnóstico social, fichas de caracterização e de avaliação, processos individuais de acompanhamento, visitas domiciliárias e acompanhamentos.

No entanto, a hipótese de partida não se confirma totalmente, já que os instrumentos mais identificados e utilizados são os de ação indireta (diagnóstico, informação, diário de campo...). Contudo, para os concretizarem tem de efetuar ações ao longo do tempo e participadas/contextualizadas com os utentes.

A exigência do trabalho de terreno em equipas de rua requer temporalidade, capacidade técnicas e humanas para sistematizar conteúdos que tenham em conta os contextos, a população alvo e a cultura e os princípios e valores em presença.

Verificamos que são estes instrumentos e os seus registos que nos permitem:

- analisar a história e os percursos de vida no consumidor de substâncias psicoativas e conhecer as comunidade onde estão inseridos. Proporcionar igualmente a reflexão na equipa de rua para ações futuras de informação e de sensibilização, promovendo condições de dignidade pessoal e social aos sujeitos de intervenção.

- criar o consenso sobre a importância e utilização dos instrumentos. Pois, considera-se que para além da competência técnica, o contexto e o campo de atuação das equipas de rua, exigem autonomia, capacidade de negociação para a participação dos consumidores de

substâncias psicoativas. A este nível, verifica-se a aplicabilidade da gestão dos modelo(s) de prática(s), com diferentes pressupostos, interesses, muitas vezes até antagónicos.

As estratégias de intervenção alternativas e criativas permitam redimensionar a dimensão clássica da prática profissional dos Assistentes Sociais. Esta criatividade é muitas vezes vista pelos outros colegas de profissão como trabalho não científico, pouco valorizado.

Na tese procurámos conhecer a especificidade da intervenção do Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas, mais precisamente quais os saberes e os instrumentos técnicos que são mobilizados pelos profissionais de Serviço Social a intervir em equipas de rua? Consideramos que os saberes e os instrumentos técnicos desenvolvidos pelos Assistentes Sociais em equipas de rua são de duas naturezas: por um lado instrumentos e técnicas comuns a todos os profissionais das equipas e, por outro lado, instrumentos e técnicas mais específicas pelo Serviço Social, apesar de muitos procedimentos e técnicas não serem suficientemente valorizadas pelos profissionais de Serviço Social relativamente à profissão.

Contudo, é revelado nos discursos dos profissionais, uma vertente crítica da intervenção do Serviço Social, por se socorrerem de instrumentos de outros profissionais, e por não saberem “impor” os seus próprios saberes e técnicas.

Pretendíamos igualmente determinar se “a Política de RRMD aplicada em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas e considerar o modo como os profissionais usam a sua instrumentalidade em equipa multidisciplinar e com a população alvo”.

Consideramos que embora se verifique uma uniformidade quanto à existência de instrumentos cruciais para a prática profissional dos Assistentes Sociais, estes instrumentos devem ser utilizadas numa perspetiva de atualização permanente, tal como o diagnóstico social, de forma a poderem responder à realidade e à especificidade de cada situação.

Em termos de instrumentalidade do Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas, e através da análise dos resultados obtidos, verifica-se que os instrumentos mais utilizados são de cariz clássicos, mas também modernos. Ou seja, em equipas de rua, estes profissionais utilizam-se os instrumentos que melhor se adaptam às características do trabalho de proximidade de rua e à informalidade que tanto a caracteriza. A finalidade é a de promover o bem-estar dos consumidores de substâncias psicoativas, de acordo com o seu estilo de vida.

Percebe-se nitidamente que há um rosto clássico do Serviço Social, na utilização e aplicabilidade de técnicas de planeamento, intervenção e de avaliação da intervenção social realizada, mas ao mesmo tempo uma modernização dessas mesmas técnicas ou instrumentos, no zelo pelos direitos humanos, aplicando o *advocacy*, o *empowerment*, a mediação social como estratégias de intervenção social, promovendo situações de mudança e agindo como catalisadores sociais e até de forma crítica. Os Assistentes Sociais em equipas de rua desenvolvem o seu trabalho numa perspetiva integradora dos modelos de prática: Convencional-Clássico, Não Convencional-Emancipatório e Modelo de Rua Alternativo-Criativo. Articulam-se com as políticas sociais vigentes e com o papel profissional dentro de um campo de atuação específico, criando um Serviço Social com práticas profissionais alternativas e criativas, num contexto de intervenção territorial, seja ele urbano e/ou rural.

Alguns respondentes e entrevistados chegaram a considerar o diagnóstico social como instrumento específico do Serviço Social, identificando-o como fazendo parte da metodologia clássica. Esta realidade que pode ser justificada pelo facto de ser função dos Assistentes Sociais “este ato de recolha de informação para identificação dos problemas” (Granja, 2008, p. 285). No entanto, estas técnicas diretas e seus instrumentos, não são específicos do Serviço Social, uma vez que a profissão foi e é influenciada reconceptualização das Ciências Sociais e Humanas e por outros profissionais da equipa.

Esta pesquisa permite assim evidenciar o diagnóstico social, como processo e técnica utilizado pelos Assistentes Sociais, por conter informação diversificada, proveniente das fichas de caracterização, das fichas de avaliação e do registo de utente, principalmente, e também informação do processo individual de acompanhamento.

As finalidades do diagnóstico social apontadas pelos respondentes – caracterização da população alvo, projeto de intervenção e política de RRMD – justificam por si só a utilização consensual e assídua deste instrumento, na medida em que permitem aos Assistentes Sociais ter uma visão abrangente (holística) do utente, para corresponder melhor às necessidades de RRMD dos consumidores de substâncias psicoativas e delinear conjuntamente o projeto de intervenção.

O Diagnóstico Social (Richmond, 1950) instrumento analisado por diversos autores ao longo da história da investigação em Serviço Social <sup>6</sup>, é de extrema importância também em equipas de rua devido à necessidade de se avaliar corretamente a situação social-problema.

Transportando a utilização dos instrumentos para a realidade da prática profissional, constata-se ao longo de toda a presente investigação que há uma nítida preocupação com os resultados e a quantificação das intervenções, o que faz com que os Assistentes Sociais, muitas vezes, entrem em situação de conflito, provocando desequilíbrio entre os interesses e exercício profissional e os interesses de bem-estar dos consumidores de substâncias psicoativas, dadas as necessidades burocráticas. Na realidade, verifica-se uma urgência no ajustamento dos indicadores dos instrumentos que são solicitados pelos relatórios de avaliação do Sicad, para que o que é solicitado corresponda às reais ações das equipas de rua, promovendo um financiamento ajustado às necessidades dos consumidores de substâncias psicoativas. Para a recolha de informação mais fidedigna, algumas equipas de rua inquiridas sentiram necessidade de criar instrumentos próprios, por exemplo, a base de informação digital, o registo do giro (Anexo V), o processo do utente (Anexo VI), fichas de programa de troca de seringas e de distribuição de refeições, roupas e outros bens, reinventando formas de corresponder às necessidades dos consumidores de substâncias psicoativas e de ajustar os serviços prestados pelas equipas de rua.

Assim sendo, o ponto de partida desta tese confirma-se até certo ponto. Pois se por um lado há instrumentos mais participados e com maior exigência em termos de técnica e de temporalidade, como é o caso do diagnóstico social, por outro lado há instrumentos que as equipas de rua (os Assistentes Sociais) também consideram importantes para a eficácia e a eficiência da intervenção, e para fazer face às necessidades sentidas pelos utentes e profissionais. Contudo, podemos inferir que efetivamente o diagnóstico social é participado pelos utentes, mas a sua participação é mais passiva do que ativa. Só quando no diagnóstico são utilizados instrumentos, como por exemplo, as dinâmicas de grupo, o photovoice e outras técnicas, a participação dos utentes é efetivamente mais explícita e ativa.

---

<sup>6</sup> Veja-se Baldwin e Walter (2005), Beckett (2010), Crisp *et al.* (2003), Granja (2008), Martin (2010), Milner e O'Byrne (2009), Parker e Bradley (2010), Whittington (2007), Sousa e Almeida (2016).

Quisemos também conhecer os profissionais, os percursos e experiências em equipas de rua. Os profissionais que desenvolvem atividade em equipas de rua (Assistentes Sociais) são maioritariamente do sexo feminino, 25 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, média de idades de 37 anos, com experiência de pelo menos 2 anos (nos respondentes) e mais de 5 anos nos entrevistados. No âmbito da intervenção em equipas de rua, verifica-se um desfasamento entre a realidade académica do ensino de Serviço Social e a prática dos profissionais no terreno (Ferreira, 2009), sendo superada através da experiência profissional, que permite aos Assistentes Sociais adquirirem destrezas de adequação dos procedimentos ditos “regulares” à realidade das equipas de rua e às diversas contingências profissionais. A experiência profissional revela-se crucial para se trabalhar na área de intervenção com consumidores de substâncias psicoativas onde, para além dos conhecimentos teóricos se assumem como primordiais os ensinamentos da vida profissional, principalmente na tomada de decisão em relação ao bem-estar dos utentes. As considerações anteriores vão ao encontro das afirmações de Almeida (2006) que identifica os diferentes saberes necessários à prática profissional dos Assistentes Sociais:

- Saberes práticos: “saídos diretamente da experiência de trabalho que não estão associados a saberes teóricos ou gerais”;
- Saberes profissionais: “implicam articulações entre saberes práticos e técnicos que estão no centro da identidade estruturada pela profissão”;
- Saberes de organização: “implicam igualmente articulações entre saberes práticos e teóricos e que estão associados a uma lógica de responsabilidade”.

Há assim dois tipos de conhecimento essenciais à boa prática profissional dos Assistentes Sociais, concretamente os conhecimentos proposicionais “referentes aos estados das coisas - factos, teorias, leis e normas sociais”, integrados no conhecimento científico, e os conhecimentos operacionais, relativos aos “sistemas técnicos de intervenção nas situações sociais”, ou “conhecimento da prática” (Ferreira, 2011, p. 272).

São estes conhecimentos, com influência da formação pessoal, académica e profissional, que servem de alicerce às competências do Assistente Social e às preferências pela utilização de determinados instrumentos em detrimento de outros.

No campo das competências, convém distinguir as competências específicas (ou pessoais), de cognição e perceção das competências gerais (ou sociais). As primeiras

remetem para a a capacidade de análise crítica e reflexiva (Howe, 2009), a capacidade pedagógica (Hepworth *et al.*, 2010 e Zastrow e Kirts-Ashman, 2010), a capacidade empática (Lee, 2001), a capacidade para funcionar sob stress (Zastrow e Kirts-Ashman, 2010), a capacidade de investigação (Hepworth *et al.*, 2010 e Zastrow e Kirts-Ashman, 2010) e a capacidade de identificação das informações pertinentes (Zastrow e Kirts-Ashman, 2010). Nestas competências avalia-se o saber ser e saber estar (Ferreira, 2011,p. 257).

Quanto às competências gerais, caracterizam-se pela capacidade de negociação (Hepworth *et al.*, 2010 e Lee, 2001), capacidade de motivação, resolução de conflitos, mediação e coordenação, gestão de caso e trabalho de equipa (Zastrow e Kirts-Ashman, 2010), capacidade de promover a afirmação, a mudança, o fortalecimento e a consciência crítica (Hepworth *et al.*, 2010 e Lee, 2001) e pela capacidade de participação e condução de atividades em grupo (Zastrow e Kirts-Ashman, 2010), o saber fazer de Ferreira (2011,p. 257).

O discurso dos entrevistados deixa claro que, à medida que vão surgindo pedidos e dada a complexidade dos mesmos, são exigidas respostas sociais personalizadas, aumentando as especificidades dos serviços/ações prestados pelas equipas de rua e as inquietudes, as limitações e os constrangimentos dos técnicos.

Constata-se que a realidade burocrática retira tempo à centralidade do cuidar, do acompanhar casos sociais e encaminhar. Por conseguinte, e tendo em conta a análise dos dados tanto do questionário como da entrevista, constata-se a existência de dados internos que lhes permitem refletir sobre a sua prática profissional e resultados, analisando os limites e os enfoques futuros. Para além da inquietação (visão tecnocrática e humanista), a duração dos projetos de intervenção, de 12 a 24 meses, acarreta incerteza, receio e desconforto, relacionados com a disponibilidade de recursos financeiros do Sicad, aquando da avaliação dos projetos. Esta situação decorre do facto de se não houver números, não há resultados “contáveis”, e como entram em competição vários projetos de intervenção social, com realidades e diagnósticos de necessidades diferentes, a avaliação final pode não refletir a realidade da intervenção.

Segundo Restrepo (2003), as metodologias e as técnicas utilizadas em contexto de rua com os consumidores de substâncias psicoativas devem ser adaptáveis, de forma a corresponder às emergências, através da aplicabilidade das técnicas ou dos instrumentos,

permitindo a identificação dos problemas e do tipo de relações existentes, selecionando as estratégias de intervenção, indo ao encontro das situações vividas pelos consumidores de substâncias psicoativas, enquanto grupo com um instinto comum, mas socialmente estigmatizado. É importante, então,

“repensar o alcance, o impacto e a responsabilidade ética, humana e cognitiva que a aplicação formal e irreflexiva das técnicas profissionais acarreta. O diálogo, a escuta, a criatividade, a reflexão crítica e a observação devem iluminar a seleção e utilização das técnicas a implementar nos diferentes processos familiares, grupais, individuais ou comunitários que apoiem a procura interativa de compreensões que tornem possível e pertinente a atuação profissional contemporânea” (Silva, 2013, p.270).

Nesta pesquisa pudemos também “identificar e compreender se as estratégias de intervenção utilizadas decorrem dos contextos de rua com consumidores de substâncias psicoativas, dos recursos disponíveis, ou da dinâmica da equipa”, concluindo-se que o Assistente Social na sua prática profissional de equipas de rua para além de todas as técnicas de intervenção social que tem ao seu dispor e de implementar as estratégias de intervenção descritas no enquadramento teórico, deve desempenhar funções que promovam a mudança nos hábitos de higiene, a redução de riscos e minimização de danos no consumo de substâncias psicoativas e a monitorização do estado de saúde dos consumidores de substâncias psicoativas, mediando e articulando a relação entre as equipas de rua, os utentes e as instituições parceiras, estruturas da saúde e estruturas sociais.

Além da mudança de comportamentos e atitudes que possam colocar em causa a saúde individual e a saúde pública, pode-se, através dos modelos de intervenção de mudança de conduta, de gestão de tarefas, de modificação de comportamentos e de situação em crise (Ranquet, 1996), bem como através do aconselhamento, apoio e alguma orientação, promover situações de empoderamento e até de desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Como argumenta Gonçalves (1999, p. 165), considera-se necessário promover o treino de competências, a autoimagem, a gestão de conflitos e o controlo dos comportamentos agressivos visto que “o álcool e o consumo de estupefacientes aparecem muitas vezes associados (...) a um padrão psicopatológico – as psicopatologias desinibitórias (...) tendo como traço comum a perda de autocontrolo, a impulsividade, a incapacidade para

inibirem comportamentos inadequados e a frequência excessiva de comportamentos antissociais”.

Esta também é a perspetiva do Sicad (2016a) p. 44), que realça a comunicação efetiva, “o interventor de RRMD deve integrar nas ações desenvolvidas a diversidade étnica, de género e cultural da população-alvo. Sempre que se considere adequado, a equipa de RRMD deve integrar interventores/pares com a cultura e a língua da população-alvo. Ultrapassar barreiras linguísticas é particularmente importante no reforço da mensagem promotora de saúde e mitigação de riscos/danos, designadamente na prevenção e descontinuação dos comportamentos de risco”. Para tal, deve “compreender técnicas de entrevista, como a entrevista motivacional e a entrevista com perguntas fechadas e abertas, compreender as estratégias de aconselhamento que promovem e apoiam a adesão da população-alvo”.

Para perceber “a finalidade de cada instrumento e o seu uso na intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua, identificando modelos de práticas (clássicos vs emancipatórios)”, foram identificados 3 Modelos de Práticas: o Modelo Convencional-Clássico, o Modelo Não Convencional-Emancipatório e o Modelo de Rua Alternativo-Criativo. Verificamos que são usadas dimensões dos três modelos na intervenção. Existem alguns elementos específicos na intervenção em equipas de rua onde é evidenciado técnicas alternativas e criativas.

O Assistente Social utiliza o diagnóstico social e a entrevista para intervir nas situações problemas que lhes são apresentadas, planeando toda a ação e avaliação com base no registo de informações provenientes dos acompanhamentos efetuados (três níveis de atendimentos).

Vivemos numa era de racionalização da dignidade humana, na medida em que toda a ação de cuidar do Outro, é quantificável para gestão do orçamento financeiro de projetos e intervenções e sua sustentabilidade/renovação (IEFP, 2009, p. 103).

As especificidades do Serviço Social continuam a ser relacionais e políticas, sendo efetivamente o que o distingue de outras profissões de cariz social.

É importante apostar no desenvolvimento e aplicabilidade dos instrumentos utilizados em Serviço Social ou que servem de apoio à prática profissional dos Assistentes Sociais, não

só como estratégias de intervenção, mas como verdadeiro contributo para a qualificação e reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais em equipas de rua.

Pois, o que o que caracteriza o Serviço Social em contexto de equipa de rua é “a incerteza, a confusão e a dúvida”, para além do sentimento de impotência perante a necessidade de se encontrarem respostas para os problemas emergentes, complexos e para os quais ainda não há, muitas vezes, procedimentos formalizados (Parton e O’Byrne, 2000,p. 452).

É decerto esta incerteza, dúvidas, complexidades que desafia os profissionais de Serviço Social a agirem multidisciplinarymente e, a evidenciar a especificidade do seu saber para com as organizações, os utentes e os outros profissionais.

Assim dos dados recolhidos podemos inferir que:

a) O Serviço social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas é uma área de intervenção que se desenvolve em equipa multidisciplinar e onde os saberes profissionais se cruzam transdisciplinarmente, pois como demonstramos os Assistentes Sociais e os outros profissionais dessas equipas desenvolvem um conjunto de atividades que vão desde a saúde, ao apoio psicossocial e ao apoio social.

b) Mesmo havendo essa especificidade os profissionais de Serviço Social desenvolvem mais atividades relacionais e políticas do que os outros membros, sendo efetivamente o que os distingue de outros profissionais nestas equipas – uma intervenção mais centrada na defesa dos direitos e na dignidade humana.

c) Os Assistentes Sociais exercem a atividade em contextos de grande complexidade e exigência técnica e científica e por isso, consideram que nem sempre a formação básica é suficiente, revelando a importância do saber e do pensamento que se constrói na prática, pela experiência profissional, usando esse saber com frequência.

d) Os Assistentes Sociais exercem a sua profissão entre modelos por vezes contraditórios entre si:

- Clássico/funcionalista e de controlo social, associado à satisfação das necessidades básicas que têm de ser providas e à minimização dos danos para a população geral,
- e o modelo emancipatório a que se aspira, centrado na participação e defesa dos direitos dos sujeitos.

Mas nesta área de intervenção, os contextos de grande fragilidade e complexidade associados à população alvo e aos *guidelines* dos programas de minimização de danos influenciam claramente a ação profissional. Esta orienta-se tanto para:

- A defesa de um modelo de intervenção centrado na informalidade, no imprevisto, na criatividade estratégica;

- Mas também para um modelo que é influenciado pela racionalidade dos registos da atuação profissional, pela gestão, o que nem sempre estão compatíveis com esse modelo.

Como **limites** desta investigação identifica-se o estudo descritivo, situado no tempo e no espaço e a dificuldade no acesso à população alvo;

Como **potencialidades** é um tema inovador e pertinente, que permite colmatar a escassez de investigação no contexto português sobre este tema.

Pretende-se ainda que esta investigação contribua para a melhoria da prática no terreno.

Como **propostas de pesquisa para o futuro**, torna-se pertinente estudar as estratégias que os Assistentes Sociais colocam em prática para enfrentar a redução dos financiamentos dos projetos de equipas de rua bem como, o desgaste emocional e físico dos Assistentes Sociais resultante da extrema dificuldade de colocar em prática os princípios basilares da intervenção nos direitos humanos.

#### **Sugestões para futuras investigações – a voz dos participantes:**

Nas propostas para futuras investigações e intervenção nesta área, quisemos destacar as vozes dos profissionais (Assistentes Sociais) nestas equipas de rua.

Acreditando num futuro mais participativo e valorizado, deixamos algumas sugestões relacionadas com a falta de reconhecimento de outros colegas Assistentes Sociais e sugestões relacionadas com os resultados dos relatórios intercalares e finais, com a estigmatização da população dos consumidores de substâncias psicoativas e sobre a importância das salas de chuto, como forma de prevenir a criminalidade.

Convém salientar que todos os participantes consideram importante apostar na publicação do conhecimento produzido sobre Serviço Social, nomeadamente no que diz

respeito ao trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais em equipas de rua, dada a pouca visibilidade e divulgação deste tema, e aos instrumentos de que podem dispor, devidamente expostos, acessíveis, justificados e atualizados.

Assim foi sugerido que:

- a) Os profissionais (Assistentes Sociais) participassem mais nas decisões políticas.
- b) A profissão seja mais valorizada.
- c) Os contextos não sejam estigmatizados e desvalorizados
- d) Uma maior responsabilidade pública.
- e) Criação de políticas integradas.
- f) Combate à discriminação social.
- g) A valorização do conhecimento em Serviço Social.
- h) A articulação entre os serviços.

Estes são alguns dos tópicos evidenciados por estes profissionais, no que diz respeito à investigação e intervenção nesta área. Esperamos que esta tese possa ser útil também para evidenciar a intervenção dos Assistentes Sociais em equipas de rua e melhorar a intervenção, potenciando novas pesquisas neste domínio.



## BIBLIOGRAFIA

- Abdulrahim, D., Whiteley, C., Moncrieff, M. & Bowden – Jones, O. (2016). “Club Drug Use Among Lesbian, Gay, Bisexual and Trans (LGBT) People.” United Kingdom: Neptune, The Health foundation Inspiring Improvement.
- Agostinho, M. (2007). “Ecomapa”, Revista Portuguesa de Clínica Geral, vol. 23. Lisboa: Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.
- Albuquerque, C. (1999), “As novas competências e os novos desafios que se colocam ao Assistente Social”, Investigação e Debate, nº8, V.
- Almeida, A.A. (1989). “Possibilidades e Limites da Teoria do Serviço Social”. Editora: Francisco Alves.
- Almeida, H. (2002), “Serviço Social: Unidade na Diversidade. Encontro com a identidade profissional”. Atas do 1º Congresso Nacional de Serviço Social. Aveiro: APSS.
- Álvarez, S. P. e Coto, L. B. (2007). “La intervención social en drogodependencias”(p. 156 – 180) , in Resa, A. G. (2007). “Drogodependencias y Trabajo Social.” Madrid: Ediciones Académicas.
- Amaro, M. I. (2008), “Os Campos Paradigmáticos do Serviço Social: propostas para uma categorização das teorias em presença”. Revista Locus Soci@l, n.º 1, CESS
- Amaro, M. I. (2015). “Urgências e Emergências do Serviço Social: fundamentos da profissão na contemporaneidade”. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2ª Edição.
- Amos, J. (2004). “Que efeitos têm as drogas no corpo&mente de alexander?” Everest Editora, Lda.
- Andrade, M. (2001), “Campo de Intervenção do Serviço Social: autonomias e heteronomias do agir”. Intervenção Social, 23/24.
- Angel, P. R. e Valleur, M. D. (2002). “Toxicomanias”. Lisboa: Climepsi.
- Artiaga, J. (1997), “La Animación Sociocultural en la Juventud”. In Trilla Bernet, J. (coord.), Animación Sociocultural, Teorías, Programas y Ambitos. Barcelona: Editorial Ariel.
- Autés, M. (1999). “Les Paradoxes du Travail Social”. Paris: Dunod.
- Baldwin, N. & Walker, L. (2005). “Assesment. In: R. Adams et al. (eds.), Social Work Futures, Crossing Boundaries, Transforming Practice, 36-54, Londres: Mcmillan Press.

- Bandeira, A. Marques, M.J. Cunha, p. & Ranchordas, P. (2014). "Projetos de Intervenção comunitária. Manual de Suporte à Implementação da Metodologia. K' Cidade – Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano". Consultado em 02/07/2017, disponível em: <http://www.ces.uc.pt/projetos/pis/wp-content/uploads/2013/09/3-Manual-Projetos-Inova%C3%A7%C3%A3o-Comunit%C3%A1ria.pdf>.
- Banks, S. (2001). "Ethics and values in Social Work". Basingstoke: Palgrave, 2ª edição
- Banks, S., & Nøhr, K. (2003). "Ética prática para as profissões do trabalho social". Porto: Porto Editora.
- Baptista, M. (1979). "Desenvolvimento de Comunidade. Estudo da Integração do Planeamento do Desenvolvimento de Comunidade no Planeamento do Desenvolvimento Global". São Paulo: Revista Cortez & Moraes, 3ª edição.
- Barbosa, J. (2011). "Enfrentar «novos riscos» e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos". Revista Toxicodependências, nº1, v.17, Lisboa: IDT.
- Bardin, L. (2004). "Análise de Conteúdo". Lisboa: Edições 70.
- Beckett, C. (2010). "Assessment and Intervention in Social Work – preparing for practice". London: Sage.
- Becoña, E. & Martín, E. (2004). "Manual de intervención en drogodependencias". Madrid: Síntesis.
- Bennet, P. & Murphy, S. (1999). "Psicologia e Promoção da Saúde". Lisboa: Climepsi Editores.
- Bermejo, J.C. (1998). "Apuntes de relacion de ayuda". Madrid: Editorial Sal Terrae Santander.
- Biesteck, F. (1957). "The casework relationship". Chicago: Loyola University Press.
- Bless, R., Korf, D. J e Freeman, M. (1995). "Open Drug Scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies". *European Addiction Research*, Vol.1, N.º 3.
- Bogdan, R., & Bilken, S. (1994). "Investigação Qualitativa em Educação". Porto: Porto Editora.
- Borges, C. F. (2004). "Intervenções breves nos cuidados de saúde primários" in Borges, C.F; Filho, H. C. (2004). "Usos, abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência." Climepsi Editores.

- Bowden-Jones, H. & George, S. (2015). "A clinician's guide to working with problem gamblers." Routledge: Sussex.
- Brezmes, M. (2001). "La intervención n Trabajo Social: Una introducción a la práctica social". Salamanca, Hésperides.
- Brinca, J. (2010). "A prática profissional dos Assistentes Sociais nas Equipas de rua com Toxicodependentes". Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Coimbra: Instituto Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos.
- Brito, M. Esteves, M. (2001). "Consumos que nos Consomem - Toxicodependência e Toxicodependente". Coleção Eu Também Existo! Âmbar Editores.
- Bustos, D.M. (2001). "Perigo, Amor à Vista: Drama e Psicodrama dos Casais". São Paulo: Alesh. 2.ª edição.
- Butler, A, Ford, D. e Tregaskis, C. (2007). "Who do we think we are?: Self and reflexivity in social Work Practice" in *Qualitative Social Work*, n.º6. Londres: Sage, pp.281-299.
- Calvo, L. (2009). "Familia, Resiliencia y red Social. Un abordaje experiencial en el Trabajo Social con familias". Buenos Aires: Argentina, 1ª edição.
- Campton, B. R., Galaway, B. e Cournoyer, B. R. (2005). "Social Work Processes"- 7 ed . Belmont, CA: Books/Cole.
- Caparrós, M. J. E. (1992). "Manual de Trabajo Social". Alicante: Editorial Água clara, 1ªedição.
- Caparrós, M. J. E. (1998). "Manual de Trabajo Social (Modelos de Práctica Profesional)". Alicante: AguaClara.
- Carapinha, L; Grupo R3. (2009). "Guia de apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos": Lisboa: IDT, I.P., consultado no dia 06/02/2017, disponível em:  
[http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Documents/2014/guia\\_apoio\\_intervencao\\_RRMD.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Documents/2014/guia_apoio_intervencao_RRMD.pdf).
- Carmo, H e Ferreira, M. (2008). "Metodologia da Investigação – Guia para Auto-aprendizagem". Lisboa: Universidade Aberta, 2ª Edição.
- Carmo, H. (coord). Esgaio, H. Pinto, C. Pinto. P. (2015). "Desenvolvimento Comunitário". Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade de Lisboa.

- Carrillo, J. M. (2007). "Fundamentos del Trabajo Social: e Epistemologia". Madrid: Tirant lo Blanch.
- Carvalho, M. (2016). "Ética Aplicada ao Serviço Social: Dilemas e Práticas Profissionais". Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ªedição.
- Carvalho, M. I. (2012). "Serviço Social, Desafios do Passado e do Futuro: Perspetivas". Espanha: Editorial Académica Espanhola.
- Carvalho, M. I. e Pinto, C. (2015). "Intervenção do Serviço Social com Indivíduos e Famílias" (81-108) in Carvalho, M.(Coord) (2015). Serviço Social com Famílias. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ªedição.
- Carvalho, M. Pinto, C. (org) (2014). "Serviço Social: teorias e práticas. Lisboa: Pactor.
- Cembranos, F. e Medina, J. A. (2003). "Grupos inteligentes: Teoría y práctica del trabajo en equipo". In Zamanillo, T. (2008). "Trabajo Social con Grupos y Pedagogía ciudadana". Madrid: Editorial Síntesis, 1ªedição.
- Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. CESNOVA (2014). "III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012". Lisboa. Edição: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/Documents/2014/Consumos%20populacao%20laboral\\_apresentacao.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Documents/2014/Consumos%20populacao%20laboral_apresentacao.pdf), consultado no dia 02.05.17.
- Conceição, D. (2010). "O Serviço Social e prática pedagógica: a arte como instrumento de intervenção social". Serviço Social, 12, 2.
- Conigliaro, J.Gordon, A.J. Mcgimis, K. (2003). "Principles of screening and early intervention. In Graham, A. et al. – Principles of Addiction Medicine. 3<sup>rd</sup> Edition. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine (ASAM). Consultado no dia 06/02/2017, Disponível em: <http://neptuneclinical-guidance.co.uk/wp-content/uploads/2016/02/neptune-club-drug-use-among-lgbt-people.pdf>.
- Costa, D. (2014). "A intervenção do Serviço Social em Situações de Violência Doméstica" (P. 313 – 345) in Carvalho, M. I; Pinto, C. (2014). "Serviço Social. Teorias e Práticas". Pactor Leader.
- Coutinho, C.P. (2016). "Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática." Almedina.

- Coutinho, R. S. (2004). "A quem servem as Comunidades Terapêuticas", in Borges, C.F; Filho, H. C. (2004). " Usos, abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência." Climepsi Editores.
- Covey, S. (2000). "Trabajo en equipo in Competencias para la profesionalización de la gestión educativa, Módulo 9: (B. A. Educación, Editor, & M. d. Nación, Produtor) Consultado em 23 de Fevereiro de 2017, disponível em: <http://www.cicimar.ipn.mx/boletin/wp-content/uploads/2011/10/trabajoen-equipo.pdf>.
- Crisp, B. R., Anderson, M. R., Orme, J. and Lister P.G. (2003). "Leraning and teaching in social work education – Assessment". London: Social Care Institute for Excellence (SCIE).
- Cuche, D. (1999). "A noção da cultura nas Ciências Sociais". Lisboa: Fim do Século.
- Custo, P. L. *et al.* (1993). "Drogodependencias y Atención Primaria de Salud". Valencia: Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria, 1ª edição.
- Datta, L. (1997). "Multimethod evaluations".In E. Chelimsky & W. R.Shadish (Eds.), Evaluation for the 21<sup>st</sup> century (pp.344-359). Thousand Oaks, CA:Sage.
- Delay, J. & Deniker, O. (1957). "Characterístiques psycho-physiologiques de medicaments neuroleptiques". In S. Garattini, V. Ghetti (Eds.), Psychotropics Drugs (pp.485-501). Amesterdam: Elsevier.
- Dominelli, L. (2004). "Social Work – Theory and Practice for a changing profession". Massachussetts: Cambridge Polity Press.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S. & Lorains, F. K. (2016). "Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders: Advancing a developing fiel of research". *Addictive Behaviors*". 58, 21-30.
- Durkheim, É. (1893). "A divisão do Trabalho Social" - Martins Fontes, 2012, 2ª Tiragem.
- Egg, A.E. (1984). "El Desafio de la Reconceptualizacion". Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- Estrela, M. T. (2002). "Professores e Profissionalidade". In Fernandes, M. (org.), "O Particular e o Global no Virar do Século. Cruzar saberes em Educação". Lisboa: Colibri.
- European Monitoring Centre for Drugs Addiction - EMCDDA, (2015). "Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções". Consultado no dia 07/02/2017, disponível em: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_PT\\_TDAT15001PTN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_PT_TDAT15001PTN.pdf).

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA, (2004). European report on drug consumption rooms, Thematic Paper, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, consultado no dia 09/06/2017, disponível em: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf)
- Faleiros, V. (1972). "Trabajo social: Ideologia y Método: Buenos Aires:Ecro.
- Faleiros, V. P. (2001). "Estratégias em Serviço Social". Editora Cortez.
- Fazenda, I. (2002). "Interdisciplinaridade: dicionário em construção". São Paulo: Cortez.
- Fernandes, L. (2009). "O que a droga faz à norma". Revista Toxicodependências. IDT. Volume 15.N.º 1. (p. 3- 18), consultado no dia 20.04.17, disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56446/2/84288.pdf>.
- Ferreira, J. (1997). "Serviço Social e Toxicodependência", Revista Toxicodependências, 3, 51-58.IDT, Lisboa.
- Ferreira, J. (2001). "Serviço Social e Toxicodependência". Revista Toxicodependências, 7, (2), pp. 51-58.
- Ferreira, J. (2009), "Pensar a formação em Serviço Social no quadro da globalização e do espaço único Europeu", Intervenção Social, 35. Lisboa: Universidade Lusíada
- Ferreira, J. (2011). "Teorias e modelos. Contributos para o debate da epistemologia do Serviço Social", comunicação apresentada no Seminário de Serviço Social, a 28.04.2011, Lisboa: ISCTE-IUL.
- Figlie, N.B. Melo, D. G. Paya, R. (2004). "Dinâmicas de Grupo aplicadas no tratamento da dependência Química. Manual Teórico e Prático". São Paulo: Roca, 1ªedição.
- Fiore, M. C; Bailey, WC; Cohen, SJ. (2000). "Treating tobacco and dependence: clinical practice guideline". Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Flick, U. (2005). "Métodos qualitativos na investigação científica". Lisboa: Monitor.
- Fook, J. (1993). "Radical Casework. A Theory of Practice". Sidney: Allen and Unwin.
- Fortin, M-F. (1999)."O processo de Investigação". Loures: LusoCiência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Frasquilho, M. A. (1996). "Comportamentos – problema em adolescentes. Factores Protetores e Educação para a Saúde. O Caso da Toxicodependência". Lisboa: Laborterapia.
- Freire, P. (1979). "Educação como prática da liberdade". 17.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. "Pedagogia do Oprimido". (1983). 13.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra. (Coleção O Mundo, Hoje,v.21).
- Freixo, M. (2009). "Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas". Lisboa: Instituto Piaget.
- García, T. F. (2003). "Introducción al Trabajo Social". Madrid: Alianza Editorial.
- García, T. F. e Romero, L. (2014) "Fundamentos Teóricos do Serviço Social Individualizado" (p. 243 – 257), in Carvalho, I; Pinto, C. (2014). "Serviço Social: Teorias e Práticas". Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ªedição.
- García, T. F; Bracho, C. A. (Coords.). (2008). "Introducción al trabajo social". Madrid: Ciencias Sociales. Alianza Editoria.
- García, T.F. e Romero, L. (2008) (coords.). "Trabajo Social con Casos". Madrid: Alianza Editorial, 2ªedição.
- Gil, A. C. (2007). "Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo, Editora Atlas S.A.
- Gonçalves, R. A. (1999). "Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão: Da Intervenção para a Prevenção". Braga: Centro de Estudos Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 1.ª Edição.
- Goodman, A. (2009). "Social Work with Drug and Substance Misusers. Transforming Social Work Practice". CA: Learning Matters, 2ª edição.
- Granja, B. (2007). "Profissão do Assistente Social – a tensão no agir", Comunicação apresentada no IV Congresso Asturo-Galaico Português de Sociologia, A Coruña.
- Granja, B. (2008). "Assistente Social – Identidade e Saber". Dissertação de Doutoramento em Ciências do Serviço Social. Porto: Universidade do Porto.
- Guereshi, C. (2009). "As novas dependências: internet, trabalho, sexo, telemóvel e shopping compulsivo". São Paulo: Editora Paulinas.
- Guerra, I. (2002). "Sociologia da Ação". Estoril: Príncipeia.

- Harding, S. (1987). "The Science Question in Feminism." Ithaca, Cornell University Press.  
(Trad. Cast: Ciência y feminismo. Madrid, Morata, 1996).
- Healy, K (2001). "Trabajo Social: perspectivas contemporâneas". Madrid e A Coruña: Ediciones Morata e Fundación Paideia.
- Hepworth, D. H. Rooney, R. Rooney, G. Gottfried, G. Larsen, J. (2010). "Direct Social Work Practice. Theory and Skills". Boston: Brooks Cole, Cengage Learning, 8ª edição.
- Hill, M.M; Hill, A. (2002). "Investigação por Questionário". Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinson L. C. P. Bowsher, J., Maloney, J.P e Lillis, P. P. (1997). "Social Support: a conceptual analysis". Journal of Advanced Nursing 25 (1): pp. 95-100.
- Hohmann, M., & Weikart, D. P. (1997). "Educar a Criança". Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hoven, R. (2002). "O trabalho social comunitário", In Henríquez, A. e Farinha, M. A. (2002) (orgs.). "Serviço Social: Unidade na Diversidade – Encontro com a Identidade Profissional". Lisboa: APSS.
- Howe, D. (1999). " Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del Trabajo Social". Granada, Ed. Maristán.
- Howe, D. (2009). "A Brief Introduction to Social Work Theory". Londres: Palgrave Macmillan.
- Iamamoto, M. (1999). "O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo. Editora Cortez.
- Iamamoto, M. (2004). "As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo: trajetória e desafios". Em La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana (pp. 17-50). San José: XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social.
- Iamamoto, M. V. (1992). "Renovação e conservadorismo no Serviço Social. Ensaio Crítico." São Paulo, Cortez.
- Iamamoto, M. V. (1994). "Renovação e Conservadorismo no Serviço Social. Ensaio Crítico". 2ª Edição. São Paulo. Cortez Editora.
- Idañez, M. J. A. (2001). La participación comunitária en el desarrollo social. em Idañez, M. J. A. La participación comunitária en salud: mito ou realidade? (pp. 3-18) Madrid: Diaz de Santos.

- Instituto de Emprego e Formação Profissional – IEFP. (2009). “Relatório de Avaliação Anual”, consultado no dia 01.01.2017, disponível em: <https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/relatoriofinal.pdf>.
- International Federation of Social Workers - IFSW*. (2014). “Definição Global da Profissão de Serviço Social”. Estocolmo: International Federation of Social Workers.
- João, L. (1997). “O Assistente Social na problemática da toxicodependência” (p. 45 – 49), in Patrício, L. (1997). “Face à droga como reagir?” Lisboa. Edição SPTT.
- Joaquim, H. (2008). “O Serviço Social nos Centros Sociais e Paroquiais”. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Kisnerman, N. (1983). *Introdução ao Trabalho Social – Teoria e Prática do Trabalho Social*. Porto Alegre: Editora Moraes
- Kisnerman, N. (1991). “Ética para o Serviço Social.” Petrópolis: Editora Vozes.
- Lecumberri, C. G. (2007). “Prevenición en drogodependencias”(pp. 53 – 89) in Resa. A. G. (2007). “Drogodependencias y Trabajo Social.” Madrid: Ediciones Académicas.
- Lee, J.A.B. (2001). “The Empowerment Approach to Social Work Practice. Building the Beloved Community”. Nova Iorque: Columbia University Press, 2ªedição
- Leeman, R. F. & Potenza, M. N. (2012). “Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity”. *Psychopharmacology*, 212, 469-490.
- Leshner, A. I. (2005). “Cérebro Toxicodependente-Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na Toxicodependência”, *Comentários e Controvérsias*. São Paulo: Biopress.
- Lessard-Hébert, M; Goyette, G.; Boutin, G. (1994). “Investigação Qualitativa, Fundamentos e Práticas.” Lisboa: Instituto Piaget.
- Lewgoy, A. e Silveira, E. (2007). “A entrevista nos processos de trabalho do assistente social”, *Revista Textos & Contextos* v.6, n.2, Porto Alegre.
- Lopes, J. S. (2005). “O Adolescente e as drogas – uma história com adolescentes, pais, medos e pastilhas”(p. 83-86). *Toxicodependências*, Ministério da Saúde – Instituto da Droga e Toxicodependência, volume 11, nº2.
- Lopes, M. A.; Ribeiro, A. R.;Santo, I. E.; Ferreira, F.;Frederico, L., (2012). “Serviço social e Qualidade em Contexto Hospitalar” (p. 25 – 53) in Carvalho, I. (Coord), (2012).

- “Serviço social na Saúde”. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ª edição.
- Magalhães, S. M. (2003). “Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres.” São Paulo: Veras e Lisboa: CPIHTS.
- Marlatt, G. Alan (Org) (1999). “Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco”. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marôco, J. (2014). “Análise Estatística com o SPSS Statistics”. Editor Report Number.
- Maroto, Á.L. (coordinator), (2005). “Manual de Buena Práctica para Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia.” Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social Y Asistentes Sociales de España, Madrid.
- Martin, R. (2010). “Social Work Assessment.” Exeter: Learning Matters.
- Martins, A. (1996). “Serviço Social e Investigação”. Comunicação apresentada na Abertura Solene do I Curso de Mestrado em Serviço Social no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, em 21 de maio de 1996.
- Martins, A. (1999). “Serviço Social e Investigação.” Em M. A. Negreiros, A. Martins, B. A. Henríquez, & J. F. Donough. “Serviço Social, Profissão & Identidade: Que trajetória?” (pp. 45-63). Lisboa: Veras Editora.
- Martins, A. (2010). “Génese, Emergência e Institucionalização do Serviço Social Português.” Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- McMurrin, M. and Hollin, C. R. (1993). “Young offenders and alcohol-related crime. A practitioner’s guidebook”. Chichester: Wiley.
- Mendieta, M. I., Martin, M. e Espigares, T. (2006) (coords.). “Intervención Social y Comunitaria”. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Merton, R. K., (1949). “Social Theory and Social Structure”. New York: The Free Press.
- Mikkonen, M. Kaupinnen, J. Huovinen, M. & Aalto, E. (2007). “Outreach among marginalized populations in Europe: guidelines on providing integrated services. Foundation Regenboorg. Amsterdam: AMOC. Consultado no dia 13/01/2017, Disponível em: [http://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach\\_work\\_among\\_marginalised.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/11925/1/outreach_work_among_marginalised.pdf)
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). “Motivational interviewing: preparing people to change”. New York: Guilford press.

- Milner, J. e O'Byrne (2009). "Assessment in Social Work." Londres: Palgrave Macmillan, 3ªedição
- Mioto, R. e T. Lima (2009). "A Dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo". *Revista Textos & Contextos* nº1, v.8, jan-jun (consultados em 22/11/2011, disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5673/4126>).
- Montaño, C. (2007). "A natureza do serviço social: um ensaio sobre a sua gênese, a "especificidade" e a sua reprodução." São Paulo: Editora Cortez.
- Morel, A; Hervé, F; Fontaine, B (1998). "Cuidados ao toxicod dependente." Lisboa: Climepsi Editores.
- Mouro, H. (2006). "Serviço Social e Modelos de Intervenção: da Sociedade Industrial à Sociedade do Risco." Tese de Doutoramento em Ciências do Serviço Social. Porto.
- Mouro, H. (2009). "O Serviço Social nas Culturas Contemporâneas", In Vieira, R., Margarido, C., e Mendes, M (org.) (2010), *Diferenças, Desigualdades, Exclusões e Inclusões*. Porto: Edições Afrontamento.
- Mouro, H. (2014). "Teoria e Teorizar em Serviço Social" (p. 27-56) in Carvalho, M. I. e Pinto, C. (Coord) (2014). "Serviço Social. Teorias e Práticas." Lisboa: PACTOR- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ªedição.
- Mozzicafredo, J. (2000). "Estado-Providência e Cidadania em Portugal." Oeiras: Celta, 2ªedição.
- Mucchielli, R. (1978). "A entrevista não diretiva." São Paulo: Martins Fontes.
- National Institute for Social Work - NISW (1992). "Trabajadores Sociales. Su papel y cometidos." Madrid: Narcea Ediciones.
- Negreiros, M.A., Martins, A., Henríquez, B.A., Mc Donough, J.F., (2010). "Serviço Social. Profissão & Identidade. Que Trajectória?" *Cadernos do Futuro*. São Paulo: Veras Editora.
- Neto, D. (1996). "Tratamento Combinado e por Etapas de Heroinodependentes." *Características e evolução de uma amostra*. Lisboa. Universitária Editora;
- Netto, J. (1995). "Licenciatura, Perfis e Problemas Profissionais do Serviço Social". *Revista Interações*, n.º 1. Janeiro - Junho de 1995, Coimbra, Edições Quarteto, pp.9 - 18.

- Netto, J. P. (1993). "O Serviço Social Hoje. Em Intervenção Social, N.º 7 (pp. 53-57). Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.
- Netto, J. P. (1996). «Transformações Societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil». In: Serviço Social e Sociedade n. 50. São Paulo: Cortez. Abril.
- Netto, J. P. (2001). "Cinco notas a propósito da 'questão social'". Temporalis: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun. 2001, p. 41-49.
- Netto, J. P. (2002). "Capitalismo Monopolista y Servicio Social". Editora Cortez..
- Netto, J. P. (2011). "Capitalismo monopolista e Serviço Social." 8ª ed. São Paulo: Cortez.
- Nunes, L. M e Jóluskin, G. (2007). "Drogas e Comportamentos de Adição. Um manual para estudantes e profissionais de saúde". Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa
- Nunes, M. H. (2004). "Serviço Social e Regulação Social Agência do Assistente Social." Porto: Estratégias Criativas.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, OEDT. (2016). "Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções." Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001PTN.pdf>, consultado no dia 03.06.17.
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência-OEDT (2015). "Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções." Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, consultado no dia 22/02/2017, disponível em: [https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=direct&local\\_base=GLOBAL&doc\\_number=000073109](https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=direct&local_base=GLOBAL&doc_number=000073109).
- Ogden, J. (1999). "Psicologia da Saúde". Lisboa: Climepsi Editores.
- Organização Harm Redution - OHR (2017), consultado no dia 19/04/2017, disponível em: <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction>.
- Organização Mundial de Saúde (2016). "La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas, en particular en el contexto del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016." Consejo Ejecutivo, 138.ª Reunión, EB138/11, 15 de Enero

- de 2016, consultado no dia 22/02/2017, disponível em:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_11-sp.pdf)
- Oudlaug, B. L., Schreiber, L. R. & Grant, J. E. (2012). "Personality dimensions and disorders in pathological gambling". *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 107 – 112.
- Parker, J. and Bradley, G. (2010). "Social Work Practice: assessment, planning, intervention and review." 3<sup>rd</sup> edition. Exeter: Learning Matters.
- Parsons, T. (1937). "A Estrutura da Ação Social". Editora Vozes.
- Parton, N. (2008). "Changes in the Form of Knowledge in Social Work: From the 'Social' to the 'Informational'?" *The British Journal of Social Work*. 38 (2): 253-269.
- Parton, N. e O'Byrne, P. (2000). "Constructive Social Work: Towards a new practice." London: Macmillan.
- Patrício, L. (1995). "Droga de Vida, Vidas de Droga." Lisboa: Bertrand Editora, 2ª edição.
- Patrício, L. (1997). "Face à droga: como (re)agir?." Lisboa: SPTT, 3ª edição.
- Payne, M. (2002). "Teoria do Trabalho Social Moderno. "Utilizando a Teoria do Trabalho Social na Prática". Coimbra: Quarteto Editora.
- Pena, J. (2015). "A Visita Domiciliária na Relação de Ajuda em Serviço Social" (p. 109 – 122) in Carvalho, M. I. (Coords) (2015). "Serviço Social com Famílias". Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ª edição.
- Phillips, A. (1991). "Engendering Democracy". Cambridge, Polity Press.
- Pimenta, A. P; Alves, L. M.; Fonseca, P. (2015). "Práticas Profissionais do Assistente Social da Saúde com Famílias em Contexto Hospitalar: Reflexões a partir de Caminhos Percorridos" (pp. 275-276), in Carvalho, M.(Coord) I. e Pinto, C. (2015). "Serviço Social com Famílias." Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ª edição.
- Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional (2006), consultado no dia 25/03/2017, disponível em:  
[http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/planodeaccnaconacional/downloadFile/attachedFile\\_f0/Relat\\_Plano\\_Combate\\_Doencas\\_Infecciosas\\_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98](http://www.dgpj.mj.pt/sections/politica-legislativa/anexos/legislacao-avulsa/planodeaccnaconacional/downloadFile/attachedFile_f0/Relat_Plano_Combate_Doencas_Infecciosas_Prisoes.pdf?nocache=1205856345.98).

- Portes, L. e Portes, M. (2009). "A observação e a abordagem no exercício profissional: revisitando a dimensão técnico-operativa no Serviço Social", Cadernos da Escola de Educação e Humanidades de Curitiba, n.º 04, 1.
- Prates, J. C. (2007). "A arte como matéria-prima e instrumento de trabalho para o Assistente Social". Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, vol. 6, n.º. 2, jul./dez., pp. 221-232.
- Proshaska, J. and DiClemente, C. (1994). "The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy." Malabar, FL: Krieger Publishing Company.
- Rahioui, H. e Reynand, M. (2008). "Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções, Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas". Lisboa: Climepsi Editores, 1ª edição.
- Ranquet, M. (1996). "Los Modelos en Trabajo Social – Intervención con Persona e Familias." Madrid: Séc. XXI.
- Resa, A. G. (2007). "Drogodependencias y Trabajo Social." Madrid: Ediciones Académicas.
- Restrepo, O. (2003). "Reconfigurando el Trabajo Social – perspectivas y tendencias contemporáneas." Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Ribeirinho, C. (2013). "Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais" (p. 177 – 199) in Carvalho, M. I. (Coord.) (2013). "Serviço Social no Envelhecimento". Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1ª edição.
- Richmond, M. (1950). "Diagnóstico Social". Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.
- Roberts, C. (2011). "Metodologia de Intervenção em Trabalho Social." Porto: Porto Editora.
- Roberts, C. e Pascal, H. (1994). "La intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades." Buenos Aires: El Ateneo.
- Rocha, I. (s. a.). "A Intervenção do Serviço Social na Toxicodependência". Trabalho realizado no âmbito do estágio académico da Licenciatura em Serviço Social, disponível em: [https://issuu.com/ana\\_fernandes/docs/aintervencaodoss](https://issuu.com/ana_fernandes/docs/aintervencaodoss).
- Rogers, C. (2009). "Tornar-se Pessoa". Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Roque, T. (2011). "Serviço Social na Toxicodependência." Consultado no dia 23/02/2017, disponível em: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/funcoes/>.
- Sá Chaves, I. (1999). "Supervisão: Concepções e Práticas". Lisboa: Universidade Aberta.
- Sáez, L. N. e Cabrera, P. C. (2000). "Cuadernos de Trabajo Social 13." Madrid: Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense.

- Salabert, J. D. e Tagle, V. G. (2006). "Atención a los problemas de abuso y dependencia de drogas", In Mendieta et al. (coords.) "Intervención Social y Comunitaria", Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sánchez, J. (2007). "Una Aproximación Multidisciplinaria a las Drogodependencias", Alicante: C.E.E. Limencop.
- Sant'Ana, E., Taia, L. e Medeiros, M. (2001). "O significado de visita domiciliar para usuários de um programa de diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) em Goiânia", Revista eletrônica de Enfermagem, v.3, nº2, jul-dez.
- Santos, C. (2008). "Retratos de uma Profissão. A Identidade do Serviço Social." Coimbra: Quarteto, 1ª edição.
- Santos, C. e Sequeira, J. (2009). "Contributos para reflexão da prática de intervenção social na transgeracionalidade da Pobreza em Portugal", Actas do Seminário Combater a Reprodução Intergeracional da Pobreza e da Exclusão Social: que intervenções?. Porto: ISSS.
- Santos, C. M. (2004). "Instrumentos e Técnicas: intenções e tensões na formação profissional do assistente social". Revista da Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós graduação em Serviço Social. Libertas, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial p.220 – 246). Consultado no dia 10.01.17, disponível em: <https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/view/1760/1236>.
- Santos, C. M. (2005). "A Prática Profissional no âmbito da Formação Profissional: Um Enfoque nos Instrumentos e Técnicas". 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. 13 a 15 de Outubro de 2005. UNIOESTE – Campus de Cascavel.
- Santos, C; Backx, S; Guerra, Y. (2010). " A Dimensão Técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2012. Consultado no dia 19/04/2017, Disponível em: <http://cress-mg.org.br/publicacoes/Home/PDF/62>.
- Santos, C; Backx, S; Guerra, Y. A. (2012). "Na Prática a Teoria é outra? Mitos e Dilemas na relação entre teoria, prática e instrumentos e técnicas em Serviço Social." Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Lúmen-Juris.
- Santos, F. (1998). "Comunicar, Entrevistar, Conduzir Reuniões." Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

- Santos, G. (s.a.). “A instrumentalidade do Serviço Social na área sócio-jurídica”. Consultado no dia 22/02/2017, disponível em: <https://pt.scribd.com/document/62780066/a-instrumentalidade-do-servico-social-na-area>.
- Sarmiento, M. (2008). “Guia prático sobre a metodologia científica para a elaboração escrita e apresentação de teses de doutoramento, dissertações de mestrado e trabalhos de investigação aplicada.” 2ª ed. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.
- Seal, M. e Hellenen, S. (2008). “Empowerment – Capacitar para Participar”. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Sebastião, J. (1998). “Crianças da Rua. Modos de vida marginais na cidade de Lisboa”. Celta Editora. Oeiras.
- Serafim, M. R. (2001). “Sociedade em rede e meio rural: um estudo sobre as tecnologias de informação no desenvolvimento local”, Revista Intervenção Social, nº23/24.
- Sicad (2015 a). “Relatório Anual 2015. Descritivo de Respostas e Intervenção no âmbito das ações do plano de ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2016”, consultado no dia 09/02/2017, disponível em: [http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/RA15\\_DescritivoDeRespostasIntervencoes.pdf](http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/RA15_DescritivoDeRespostasIntervencoes.pdf).
- Sicad (2015 b). “Relatório Anual: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências,” p. 1-186, consultado em 22/02/2017, disponível em [http://www.sicad.pt/bk/publicacoes/lists/sicad\\_publicacoes/attachments/114/relat%3b3rio%20anual%20drogas%20e%20toxicodepend%3baancias%202015.pdf](http://www.sicad.pt/bk/publicacoes/lists/sicad_publicacoes/attachments/114/relat%3b3rio%20anual%20drogas%20e%20toxicodepend%3baancias%202015.pdf).
- Sicad (2016 a). “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências dos Intervenores (pp.1 – 73).” Consultado em 02/02/2016, disponível em: [http://www.sicad.pt/bk/intervencao/documentostecniconormativos/lists/sicad\\_documentosnormativos/attachments/31/manual\\_lotirmd.pt.pdf](http://www.sicad.pt/bk/intervencao/documentostecniconormativos/lists/sicad_documentosnormativos/attachments/31/manual_lotirmd.pt.pdf).
- Sicad, (2016 b). “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. “Dos Comportamentos Aditivos à dependência: A Importância do Tratamento”, consultado em 02/02/2017, disponível

- em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>.
- Sicad, (2016 c). “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências” (2016). Consultado no dia 04/02/2017, Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>.
- Sicad, (2016 d). “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.” Consultado no dia 04/02/2017, Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/Documents/2017/salas\\_de\\_consumoassistido\\_POD2016\\_PT.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Documents/2017/salas_de_consumoassistido_POD2016_PT.pdf).
- Sicad, (2016 e). “Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016).” Consultado nos dias 04/02/2017, 22/02/2017 Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>.
- Silva, I. (2006). “Redescobrimo o Pensamento Richmondiano: Diagnóstico Social”, Revista do Departamento de Serviço Social PUC-Rio de Janeiro.
- Silva, L. F. (2001). “Intervenção Psico-Social.” Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, T.P. (2017). “Projeto educativo fundador do Serviço Social em Portugal (1935-1955), consultao no dia 14/02/17, disponível em: <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/2695>.
- Sluzki, C. (1996). “La red social: frontera de la práctica sistémica.” Barcelona: Gedisa Editorial.
- Sousa, C. (2008). “A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional”, *Emancipação* 8(1).
- Sousa, P. e D’Almeida, J. L. (2016). “Avaliação Diagnóstica na Prática do Serviço Social.” Viseu: Psicossoma, 1ªedição.
- Stauss, A., & Corbin, J. (2008). “Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory – 3th edition”. London: Sage.
- Stoecker, R. y Bonacich, E. (1992). “Why participatory research? Introducción de los editors.” *American Sociologist*, 23 (pp. 5-14).
- Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux - Uniopss (1995). “Guide Pratique de l’Accompagnement Social. Fiches méthodologiques.” Paris: Syros.

- Vieira, B. O. (1969). "Serviço Social – Processos e Técnicas". Editora Agir.
- Vieira, B. O. (1976). "Serviço Social: Processos e Técnicas." Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 3ª Edição.
- Vieira, B. O. (1988). "Serviço Social: Processos e Técnicas". Editora Agir.
- Villalonga, J.L. (2007). "Respuesta asistencial ante las drogodependencias (pp. 93 – 124) in Resa, A. G. (2007). "Drogodependencias y Trabajo Social." Madrid: Ediciones Académicas.
- Viscarret, J. J. (2007). "Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social." Madrid: Alianza Editorial.
- Wandersman, A; Imm, P. Chinman, M. Kaftarian, S. (2000). "Getting to outcomes: a results-based approach to accountability". Consultado no dia 04.03.17, disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718900000288>.
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). "Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment." *Health education & behavior*, 24(3), 369-387.
- Weber, M. (2003 [original 1913]). "Fundamentos de Sociologia, Parte II." Porto: Editora Rés.
- Whittington, C. (2007). "Assesment in social work: A guide for learning and teaching." London: Social Care Institute for Excellence (SCIE).
- Who, UNODC, UNAIDS (2012). "Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users" – 2012 revision. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012, consultado no dia 22/02/17 disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf).
- Wieviorka, S. G. (1998). "Nem todos os Toxicómanos são Incuráveis". Terramar Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda.
- Xiberras, M. (1993). "As Teorias da Exclusão. Para uma Construção do Imaginário do Desvio", *Epistemologia e Sociedade*, 41. Lisboa: Edições Piaget.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso. Planeamento e Métodos*. 5ª edição. Porto Alegre. Bookman.
- Zamanillo, T. (2008). "Trabajo Social con Grupos y Pedagogía Ciudadana." Madrid: Editorial Síntesis, 1ª edição.

Zanetti, I. (1992). "Serviço Social Judiciário: Perícia Social e os rumos da profissão". Consultado no dia 13/03/2017, disponível em:[www.abepss.ufcs.br/CO/\\_sociojur.htm](http://www.abepss.ufcs.br/CO/_sociojur.htm).

Zastrow, C. e Kirst-Ashman, K. K. (2010). "Understanding Human Behaviour and the Social Environment. Boston: Brooks Cole, Cengage Learning."

#### **Decretos-Lei:**

- Decreto-lei n.º 10.375 (1924), relativo à fase do modelo fiscal de 1914 a 1969, publicado no Diário da República I Série a 9 de Dezembro.
- Decreto-lei n.º 124 (2011), define a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República I Série, a de 29 de Dezembro.
- Decreto-lei n.º 17 (2012), cria o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências", publicado no Diário da República I Série a 26 de Janeiro.
- Decreto-lei n.º 183 (2001), aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos, publicado no Diário da República I Série a 21 de Junho.
- Decreto-lei n.º 30 (2000), define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica, publicado no Diário da República Série I A, a de 29 de novembro.
- Decreto-lei n.º 7 (1997), cria uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes, publicado no Diário da República Série I, a 8 de Março.

#### **Portarias:**

- Portaria n.º 1115/2001, de 20 de setembro, que aprovou o regulamento do financiamento das entidades promotoras das equipas de rua, criando os instrumentos de apoio financeiro, revogada pela Portaria n.º 748/2007, de 25 de junho.
- Portaria n.º 749/2007, de 25 de junho, que aprovou o regulamento da atribuição de financiamento público, através do Instituto de Droga e Toxicoddependência, a

programas e a estruturas sócio sanitárias de RRMD, revogado pela Portaria n.º 27/2013, de 24 de Janeiro;

## APÊNDICES E ANEXOS



## Apêndice A – Inquérito por Questionário

Sou Assistente Social e encontro-me a desenvolver uma investigação cujo tema se intitula “O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)”, integrado no Curso de Doutoramento de Ciências sociais na especialidade de Serviço Social do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Pretendemos compreender como é que os ASSISTENTES SOCIAIS integrados em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas percecionam e organizam a sua prática profissional e enfrentam os desafios que esta se lhes coloca.

Neste contexto, o seu contributo será fundamental e as informações recolhidas possuem um carácter estritamente confidencial, sendo unicamente analisadas por mim, servindo unicamente para os fins desta pesquisa que se pauta pelas normas éticas de investigação em Serviço Social.

Pedimos que preencha o questionário assinalando ou respondendo da forma que melhor se ajusta à sua realidade, não havendo respostas corretas ou erradas somente a sua vivência e opinião. Caso queira acrescentar algum comentário, insira-os no campo das “ Observações”.

Ainda no âmbito das normas éticas de investigação só podemos aceitar os questionários cujos respondentes tenham subscrito o Consentimento informado em baixo explicado. Pelo que pedimos a sua compreensão e o preenchimento do mesmo.

Muito obrigada por toda a sua cooperação.

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Dissertação apresentada ao para a obtenção do Grau de Doutorada em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social: “O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)”.

Eu, ....., na qualidade de Assistente Social, da (colocar nome da Instituição) ..... fui informado(a) pela aluna de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas sobre a natureza do Questionário e aceito ou não aceito (riscar o que não interessa) a aplicação do mesmo na Instituição.

Fui igualmente informada(o) que este questionário se destina a um estudo para a elaboração de uma Dissertação de Doutoramento, sendo que o questionário é de preenchimento online, os seus dados têm carácter sigiloso e o tratamento das respostas terá fins exclusivamente científicos.

Os termos do trabalho bem como os da minha participação, foram-me explicados por, Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca.

Sou livre de responder ao questionário e posso a qualquer momento retirar o meu consentimento, pondo fim à minha participação.

Deste documento, receberei uma cópia, dando-se cumprimento aos preceitos eticamente exigíveis no campo da prática investigativa em Serviço Social.

Coloque nesta área o seu parecer relativamente ao consentimento informado, nomeadamente identificação, nome da instituição em que trabalha.

**Idade**

Coloque por favor a sua idade atual.

**Sexo**

- Feminino  
 Masculino

**Experiência profissional**

Indique por favor quantos anos tem de experiência profissional no trabalho com equipas de rua com Consumidores de Substâncias Psicoativas

**Estabelecimento de Ensino onde concluiu a Licenciatura em Serviço Social.**

**Relativamente à equipa de rua onde trabalha, indique o ano em que a mesma iniciou?**

Indique por favor o ano.

**Indique qual ou quais os projeto de financiamento?**

Identifique por extenso a designação do programa de financiamento.

**Indique, por favor, qual a duração do programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos?**

Indique o início e o fim do programa em n.º de anos da sua situação profissional atual.

**Quais os serviços prestados pela Equipa de Rua ?**

Identifique quais os serviços/atividades que prestam aos Consumidores de Substâncias Psicoativas inseridos na equipa de rua.

**Para além dos serviços/atividades referenciados na questão anterior, que tipo de serviços/atividades desenvolvem mais na sua equipa de rua?**

Por exemplo, ações de sensibilização nas escolas, em diversão noturna, workshops, entre outros.

**Como caracteriza a intervenção/abordagem da equipa de rua Consumidores de Substâncias Psicoativas?**

Por exemplo: confidencial, informal, de fácil acesso, gratuita.

**Quais as áreas predominantes de intervenção?**

- Zona urbana
- Zona rural
- Bairros sociais
- Zonas residenciais
- Locais problemáticos de tráfico e de consumo
- Meio escolar

**Justifique a sua resposta, indicando as finalidades de cada intervenção.**

**Qual a constituição da sua equipa de rua?**

Identifique e quantifique. Por exemplo, Assistentes Sociais (2)

**Qual o horário de funcionamento da sua equipa de rua?**

Identifique o horário e os turnos de intervenção.

**Os turnos são realizados por quantos membros de equipa?**

Identifique o nº de elementos e a sua função. Por exemplo, 1 Psicólogo, 1 Enfermeiro, 1 Voluntário.

**Na prática profissional de Serviço Social a utilização de instrumentos, que permitem medir o grau de vulnerabilidade, por exemplo do indivíduo ou da família, ou que o permitem caracterizar, são instrumentos importantes para o conhecimento e para a intervenção. No entanto, os mesmos não se encontram muitas vezes disponíveis ou não existe uma formação específica para o uso dos mesmos. É neste sentido, que gostaríamos e que colocamos algumas questões relativas à instrumentalidade no Serviço Social.**

**Na sua opinião, a prática profissional dos Assistentes Sociais numa Equipa de Rua deve ser elaborada de uma forma planeada/organizada? Justifique a sua resposta.**

Através de instrumentos de registo de informação, por exemplo.

**Considera existir instrumentos específicos do Serviço Social?**

Por favor justifique sempre a sua resposta

**Tem conhecimento/informação sobre os instrumentos de Serviço Social?**

- Sim  
 Não

**Se sim, através de que meios?**

Indique no campo "outros" os meios pelo qual tem conhecimento/informação sobre os instrumentos.

- Ensino Superior  
 Revistas de Serviço Social  
 Artigos Científicos  
 Colegas de profissão  
 Seminários/Conferências  
 Internet  
 Outro:

**No seu trabalho, o tema dos instrumentos que o Serviço Social tem ao seu dispor é abordado?**

- Sim  
 Não

**Se sim, com quem fala sobre esse assunto?**

Indique no campo "outros" para além do que selecionou, com quem fala mais sobre o assunto.

- Colegas de profissão  
 Diretor Técnico  
 Coordenador de Equipa  
 Outros profissionais  
 Outro:

**Identifique o seu conhecimento sobre os seguintes instrumentos de Serviço Social.**

Identifique os instrumentos que conhece. Indique também no campo "outros" para além do que selecionou, ou outros instrumentos que conhece.

- Genograma
- EcoMapa
- Road Mapa
- Mapa de Rede Pessoal e Social
- Diagnóstico Social
- Entrevistas
- Dinâmicas de Grupo
- Inquérito por Questionário
- Visitas Domiciliárias
- Visitas Institucionais
- Atas
- Informações Sociais
- Relatórios Sociais
- Diários de Campo
- Livros de Ocorrência/Registo
- Outro:

**Qual (ou quais) os() instrumento(s) que considera ser crucial para a prática profissional dos Assistentes Sociais nas Equipas de Rua com Consumidores de Substâncias Psicoativas?**

justifique por favor a sua resposta.

**Qual a frequência com que os utiliza?**

Identifique por favor quantas vezes utiliza cada instrumento, semanalmente.

**Na utilização do Diagnóstico Social quais são as áreas que privilegia?**

Para além da resposta que selecionou indique no campo "outros" as áreas que privilegia.

- Dados biográficos
- Composição do agregado familiar
- Percurso escolar
- Experiência profissional
- Relações familiares e sociais
- Condições habitacionais
- Historial de consumos
- Tipo de consumo
- Substância mais consumida
- Outro:

**Porquê e com que finalidade utiliza essas mesmas áreas?**

**Quando utiliza entrevista, opta por questões:**

Identifique o tipo de questões a que recorre mais.

- questões abertas
- questões fechadas
- semifechadas

**Justifique a sua resposta, por favor.**

**Nas visitas domiciliárias para recolher os dados utiliza:**

- Grelha de variáveis
- Registo de acompanhamento)
- Outro:

**Justifique a sua resposta, fazendo referência às finalidades da mesma.**

**Qual a diferença entre Informação Social e Relatório Social ?**

Identifique as principais diferenças e a quem (normalmente) são dirigidos.

**16- Considera suficiente a informação existente sobre instrumentos do Serviço Social?**

- Sim, considero.
- Não, não considero.

**Justifique a sua resposta.**

**A utilização dos instrumentos na sua prática profissional estão relacionados com:**

Caso existam outras opções (para além da resposta seleccionada), indique no campo "outros"

- Cultura da instituição a que pertence
- Ordens da Direção Técnica
- Experiência profissional
- Necessidades profissionais
- Outro:

**Considera que a aplicação destes instrumentos contempla uma estratégia de intervenção? Em que medida?**

**Que outras estratégias de intervenção utiliza na prática profissional com Consumidores de Substâncias Psicoativas , em equipa de rua?**

Por exemplo, mediação, advocacia, aconselhamento, consultoria.



## **Apêndice B – Guião da Entrevista**

Sou Assistente Social e encontro-me a desenvolver uma investigação cujo tema se intitula "O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)", integrado no Curso de Doutoramento de Serviço Social do ISCSP (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).

Pretendemos compreender como é que os Assistentes Sociais integrados em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas percebem e organizam a sua prática profissional e enfrentam os desafios que esta se lhes coloca.

As informações são confidenciais e serão analisadas somente por mim., servindo unicamente para os fins desta pesquisa que se pauta pelas normas éticas de investigação em Serviço Social.

Peço que responda às questões efetuadas, não havendo respostas corretas ou erradas somente a sua vivência e opinião. Ainda no âmbito das normas éticas de investigação só poderei efetuar a entrevista se preencher o Consentimento Informado em baixo explicado. Pelo que pedimos a sua compreensão e o preenchimento do mesmo.

Muito obrigada pela sua cooperação.

### **CONSENTIMENTO INFORMADO:**

Dissertação apresentada ao ISCSP para a obtenção do Grau de Doutorada em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social: "O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)".

Eu..... na qualidade de Assistente Social fui informada pela aluna Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca sobre a natureza do inquérito por entrevista e aceito ou não aceito (riscar o que não interessa) a aplicação da mesma.

Fui igualmente informada que este inquérito por entrevista se destina a um estudo para a elaboração de uma Dissertação de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Serviço Social, sendo que a mesma é realizada presencialmente, os seus dados têm carácter sigiloso e o tratamento das respostas terá fins exclusivamente científicos.

Os termos do trabalho bem como os da minha participação, foram-me explicados por Joana Andreia dos Santos da Silva Brinca.

Sou livre de responder ao inquérito por entrevista e posso a qualquer momento retirar o meu consentimento, pondo fim à minha participação.

Eu consinto também, que a gravação áudio seja utilizada para estes fins.

**Notas introdutórias:**

Dia:

Ano em que terminou a Licenciatura em Serviço Social/Escola de formação:

Experiência Profissional:

1. Considera que a prática profissional dos Assistentes Sociais em equipas de rua assemelha-se ou distingue-se da prática profissional dos Assistentes Sociais praticadas em IPSS ou organismos públicos?
2. Considera existir procedimentos burocráticos e relacionais que variam de acordo com os serviços prestados pelas equipas de ruas e serviços prestados por IPSS ou organismos públicos? Justifique a sua resposta.
3. O que considera ser fundamental (caraterísticas/atitudes dos Técnicos das equipas de rua) para a criação de uma relação de ajuda com Consumidores de substâncias psicoativas?
4. Considera que a relação de ajuda é uma mais-valia para se conseguir resultados mais favoráveis para o utente? Justifique a sua resposta.
5. Acha importante o registo de informação e a existência de instrumentos de trabalho que facilitem esse mesmo registo? Justifique a sua resposta. Quando recebe os Consumidores de substâncias psicoativas em contexto móvel ou em espaço físico, regista a informação que recebe? Se sim, de que forma? Se não, porquê?
6. Que instrumentos utiliza na prática profissional? Qual a importância de cada instrumento que utiliza?
7. Com que frequência utiliza os instrumentos de registo de informação? Diariamente? Semanalmente? (indicar o n.º de vezes).

8. Acha necessário ter mais conhecimentos sobre a existência de outros instrumentos de trabalho? Justifique a sua resposta.
9. Como teve conhecimento dos instrumentos que utiliza neste momento?
10. De que forma é que a sua Formação em Ensino Superior, ou outras, influencia ou não a utilização dos instrumentos?
11. Que estratégia de intervenção utiliza com os Consumidores de substâncias psicoativas, em contexto de rua?
12. Tem alguma situação específica da prática profissional que envolva os instrumentos de registo, por exemplo, que queira contar?



## Anexo I – Análise de Conteúdo das Entrevistas

### 1. Análise de Conteúdo das Entrevistas:

Neste subponto procede-se à apresentação dos dados qualitativos recolhidos através das entrevistas realizadas. Registam-se, no máximo, duas evidências discursivas do indicador de resposta. Para garantir o anonimato dos entrevistados, o emissor das unidades de registo é identificado pela letra E, seguida do número de entrevista.

Quadro 19 - Perfil dos respondentes da Entrevista

Entrevistado	Sexo	Idade	Instituição de Ensino Superior	Experiência Profissional
1	Feminino	53 anos	ISSSP	Equipas de rua: Prostituição de Rua; Centro de Dia para consumidores de substâncias psicoativas; Equipa de Intervenção Social Direta; Equipa de rua desde 2002; Centro de Alojamento Temporário para consumidores de substâncias psicoativas, sem abrigo, e outros indivíduos ligados à problemática do VIH/Sida; Centro de Acompanhamento e Apoio Psicossocial; Comunidade de inserção para mulheres em situação de vulnerabilidade social e vítimas de violência doméstica; Gabinete de Apoio a consumidores de substâncias psicoativas.
2	Feminino	33 anos	ISBB	Equipa de rua desde 2011; Equipa de Apoio Social Direto entre 2008/2009

3	Masculino	40 anos	ISMT	<p>1999-2000: Voluntariado na área de consumidores de substâncias psicoativas.</p> <p>2000: Centro de Dia para consumidores de substâncias psicoativas.</p> <p>2003-2005: Associações ligadas ao consumidores de substâncias psicoativas e prevenção do HIV.</p> <p>2004-2011: Associação ligada à prostituição e homossexualidade.</p> <p>2011-2016: Equipa de rua/RRMD</p>
4	Feminino	32 anos	ISSSP	<p>Voluntariado em instituição ligada ao consumidores de substâncias psicoativas.</p> <p>Técnica de Serviço Social de RRMD em bairros problemáticos.</p> <p>Projeto de reinserção social.</p> <p>Experiência profissional na área de RRMD</p> <p>Em Equipa de rua desde 2008.</p>
5	Feminino	35 anos	ISCTE	<p>Projeto PA (equipas de rua; apoio psicossocial);</p> <p>Membro da CPCJ.</p> <p>Experiência como formadora nas áreas de Cidadania e Empregabilidade; Igualdade de Oportunidades; Justiça e Reinserção.</p> <p>Coordenadora da Equipa de rua</p> <p>6 anos de experiência em equipas de rua.</p>
6	Feminino	32 anos	ISMT	Em Equipa de rua desde 2008

**Fonte:** Elaborado pela própria.

Quadro 20 - Resultados da análise de conteúdo das IE - Categoria “Prática profissional”

Categori a	Subcatego ria	Indicadores de Resposta	N º	Unidades de Registo
Prática profissional	Comparaçã o com a Prática Profissional no SSC	Semelhante	2	E5: Em ambos os contextos é fundamental atuar com base na defesa dos direitos e deveres dos utilizadores de drogas e/ou outros, estabelecer uma relação de empatia e gerir conflitos.
		Diferente	6	E2: Sim, sim, sim em tudo. No tipo de relação com quem trabalhamos, nos riscos que corremos, no trabalho que é desenvolvido, (...) muito mais desconstruído e de uma forma muito menos formal do que em qualquer contexto de gabinete. Aqui temos de estar sempre numa postura muito mais livre de preconceitos, livre de horários, livre do que quer que seja para poder também estar um bocadinho disponível para esta população, que, por si só, não é uma população fácil.  E4: Distingue-se no sentido em que nós queremos ser uma abordagem diferente, de proximidade, para preparar o indivíduo para ele ser capaz de aderir a uma coisa que é diferente de nós, que é formal, mas nós somos aqui um meio termo, também não somos, desculpa-me o termo, <i>legalize it</i> , não é?
		Semelhantes	0	Sem Unidades de Registo

	Procedimentos burocráticos e relacionais das equipas de rua	Diferentes	6	<p>E1: é só uma particularidade, os aniversários, que ela (base de informação) vai-nos dando conta dos aniversários, do mês, e das análises clínicas, que estão desatualizadas.</p> <p>E2: Dificilmente eu posso fazer, um agendamento, uma marcação, como qualquer técnico, meu colega, faz noutra instituição qualquer. Nós não temos a porta fechada, nós estamos abertos... eles são tão acessíveis a nós a toda a hora (...).</p>
--	---	------------	---	--

**Quadro 21 - Resultados da análise de conteúdo de IE - Categoria “Registo de informação”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores de Resposta</b>	<b>N.º</b>	<b>Unidades de Registo</b>
	Importância	Sim	6	<p>E2: “Acho que é importante para nós, para a nossa, também, gestão diária, porque passa aqui muita gente, nós estamos em turnos, as coisas, as informações baralham-se muito, por este mediatismo que nós permitimos”.</p> <p>E5: “É importante o registo de informação e a existência de instrumentos de trabalho que facilitem esse registo. Primeiro porque é em si uma forma de refletir e dar sentido à história de vida/projeto de vida do indivíduo. Permite auxiliar o diagnóstico e avaliar a situação. Segundo pela passagem de informação entre equipa”.</p>
		Não	0	Sem Unidades de Registo
	Efetivação	Sim	6	<p>E1: “Sempre”.</p> <p>E2: “Às vezes, nem sempre é possível, mas podem-se registar, posteriormente”.</p>
		Não	0	Sem Unidades de Registo

Registo de informação	Frequência	Diário	6	<p>E1: “Registamos tudo, todas as atividades (...) A quantas consultas foi, os processos jurídicos a que foi. Está sempre aberto, quer aqui quer lá em baixo, está em todos os computadores da casa”.</p> <p>E4: “(...) Folha de registo diário em que registamos tudo o que fazemos com os indivíduos (...) Vamos fazendo um diário de campo para perceber dinâmicas sociais do fenómeno”</p>
		Semanal	2	E5: “Genograma – utilizo pontualmente quando é necessário perceber a situação familiar do indivíduo – semanalmente”.
		Mensal	1	E5: “Mapa de rede – utilizo pontualmente quando é necessário identificar os atores/ agentes importantes e de suporte do indivíduo - mensalmente”.
	Tipo de Instrumentos de registo	Base de Informação em formato digital (Diagnóstico Social)	4	E1: “(...) Registo de informação em que conseguimos ver tudo desde que a equipa existe”.
		Ficha de troca de material PTS e outros (listas nominativas)	4	E6: “(...) são criadas grelhas de registo para dar resposta aos indicadores mensais solicitados pelo SICAD, como por ex.: lista de utentes com apoio alimentar, lista de utentes em cuidados de higiene, etc.”
		Ficha de Caracterização	4	E2: “ (...) quando o utente chega, nós devemos fazer-lhe uma ficha de caracterização”.
		Processo Individual do Utente	1	E5: “Processo individual do utente – onde é registado todos os dados, entrevistas, atividades e informações sobre o utente – diariamente”.

		Diário de Campo	2	E4: "(...) Temos um diário de campo, que é onde vamos registando observações eu nós fazemos... que vamos verificando no terreno, "Verificamos um novo indivíduo a deambular, a tentar arrumar carros no sítio X, Y, Z."
		Ficha de Registos Diários	2	E4: "(...) registo de serviços que prestamos ao utente na rua, as trocas de materiais, os atendimentos sociais, o apoio psicológico, a educação de pares, se falamos de educação para a saúde, se falamos de práticas de consumo, se fizemos algum encaminhamento".

**Quadro 22 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria "Instrumentos de intervenção"**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Indicadores de Resposta</b>	<b>N.<sup>o</sup></b>	<b>Unidades de Registo</b>
Instrumentos de	Tipo	Informação Social	1	E1: "Temos a informação social, porque às vezes é precisa para pedido de medicação, administração de medicação que é uma coisa que nós fazemos aqui".
		Genograma	1	E5: "Genograma – utilizo pontualmente quando é necessário perceber a situação familiar do indivíduo – semanalmente"
		Mapa e Rede Pessoal e Social	1	E5: "Mapa de rede – utilizo pontualmente quando é necessário identificar os atores/ agentes importantes e de suporte do indivíduo - mensalmente".
		Adequado	4	E3: "Eu penso que neste momento até temos... portanto, para o trabalho que nós fazemos a nível de equipa de rua até está bastante estruturado".

intervenção	Avaliação	Desadequado	2	<p>E1: "(...) O SICAD deveria criar instrumentos para uniformizar os critérios".</p> <p>E2: "não são adaptadas a cada um de nós. Penso que qualquer projeto tem uma ficha. Não sei se depois terá pequenas adaptações, mas eu penso que não, que é a ficha deles (SICAD)".</p>
	Necessidade de conhecimento de instrumentos	Sim	4	<p>E5: "Sim, de preferência que utilizem as novas tecnologias".</p> <p>E6: "(...) Considero importante conhecer sempre outras formas de avaliar o trabalho desenvolvido".</p>
		Não	2	<p>E3: "Eu acho que às vezes até temos instrumentos a mais. Eu penso que neste momento até temos... portanto, para o trabalho que nós fazemos a nível de equipa de rua até está bastante estruturado".</p> <p>E4: "No diagnóstico social eu já tenho, eu tenho incluído o genograma, a anamnese e o percurso de vida".</p>
	Meios de adquirir conhecimento sobre instrumentos	Colega de profissão	4	<p>E1: "Não tivemos conhecimento... Este é um instrumento nosso, interno (...) Foi um psicólogo, colega nosso de trabalho que trabalhava aqui".</p> <p>E6: "Foram criados pela equipa e adaptados ao longo do tempo".</p>
		Experiência profissional	1	E1: "Experiência de vida".
		Ações de Formação	1	E5: "Ações de formação que frequentei".
		Ensino Superior	1	E4: "Foi através da faculdade. Fui eu que trouxe os instrumentos... Eu quando cheguei à equipa de rua, à primeira equipa de rua para onde fui trabalhar (...) não havia diagnóstico social".

	Influência do Ensino Superior na utilização de instrumentos	Influencia	3	E6: “A minha formação influencia não só na criação e adaptação destes materiais mas também na forma como se desenvolve toda a prática de intervenção com esta população”.
		Não influencia	2	E1: “(...) foi a experiência de vida”. E2: “Não, nada”.
		Depende	1	E5: “Acho que depende do interesse/vontade de cada um para a utilização dos instrumentos”

**Quadro 23 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria “Estratégias de intervenção”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>N. º</b>	<b>Unidades de Registo</b>
	Convívio Social	2	E1: “(...) implica se calhar muitas vezes horas de conversa, horas de, por exemplo, de ir ao café, pagar um café, fumar um cigarro com eles lá fora, não é, esfumaçar como a gente costuma dizer, “Vamos até lá fora. Para que é que havemos de estar aqui no gabinete? Vamos lá fora fumar um cigarro”, não é. “Vamos ao café, olha, eu pago-te um café.” Porque eles não têm café”.
	Entrevista motivacional	1	E1: “(...) A equipa toda já teve formação em entrevista motivacional”.
	Atendimento breve ou processual	2	E2: “atendimentos breves são todas as situações, por exemplo, de entrega de correspondência, um recado, ou que eu dou ou que eles me dão a mim, situações (...) muito rápidas, (...) Tudo aquilo que envolve outro contacto, uma mediação nossa, uma articulação, uma coisa... um encaminhamento, isso aí, já consideramos processual”.
			E1: “(...) Quando eu pergunto o nome, do PTS, eu

Estratégias de Intervenção	Relação de confiança	2	explico porquê, não é? E4: “A transparência com eles funciona muito bem”.
	Escuta ativa	1	E5: “Para além das mais clássicas escuta-ativa (...)”
	Observação participante	2	E3: “Portanto, é um bocado por aí. O que uma pessoa vai fazer também é um bocado uma observação participante”.
	Acompanhamentos	4	E5: “ (...) acompanhamento a serviços de saúde e serviços sociais”.
	Photovoice	1	E5: “ (...) tentamos implementar estratégias assentes na participação dos sujeitos como o photovoice, uma metodologia de investigação-ação que visa promover a participação e reflexão dos indivíduos sobre aspetos da sua vida”.
	Advocacy	1	E5: “Numa lógica de advocacy e de promoção dos direitos e auto-estima dos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade”.
	Adaptação do discurso (motivacional)	3	E4: “a gente adapta a linguagem à linguagem de rua muitas vezes para eles nos perceberem, linguagem com significado para eles, que é uma coisa que a Segurança Social não adapta, “Diga-me lá a sua capacitação”, percebes? Ok. Adaptar a linguagem”
	Ações de informação e sensibilização	1	E4: “Quando faço dinâmicas de grupo é a pedido deles e não são bem dinâmicas de grupo, são sessões de informação e sensibilização que eu faço em contexto de gabinete, para, por exemplo, aparece uma nova doença como, por exemplo apareceu no outro dia a morte por botulismo na Europa, em pessoas que injetavam drogas, eu convido-os, simpaticamente, a virem ao meu gabinete lanchar e ouvir uma palestra de sensibilização sobre uma doença que anda aí, informá-los, no fundo, e distribuir flyers sobre isso, pronto”. E4: “Nós temos um flyer, que por acaso podia-o ter trazido, que dizia assim: Dá-nos um toque que nós devolvemos a chamada”.

	Metodologia Indoor e Outdoor	2	<p>E3: “Portanto, há aqui um trabalhar para dentro e um trabalhar para fora, portanto, é isto que nós temos de saber proteger, que às vezes o problema das equipas de rua é não saber reservar um espaço para a equipa em si”.</p> <p>E4: “(...) Nós temos 2 pontos fixos de paragem, que é uma zona central onde eles estão a arrumar carros e uma zona mais afastada que é onde os consumidores de álcool estão parados a beber até cair para o lado (...) Os utentes que não querem ser vistos na nossa carrinha (...) nós temos o telefone para irmos ter com quem não quer ser visto nos locais habituais”.</p>
--	------------------------------	---	--

**Quadro 24 - Resultados da análise de conteúdo das entrevistas – Categoria “Estratégias de intervenção”**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>N<sub>e</sub></b>	<b>Unidades de registo</b>
Atributos pessoais dos Técnicos das Equipa de rua	Aceitação	4	<p>E1: “(...) atitude de não julgamento ... o preconceito”.</p> <p>E2: “(...) como se fossemos um livro em branco, aberto, e abertos a tudo aquilo que nos vai chegando e que... sem fazer grandes juízos de valor, grandes preconceitos”.</p>
	Paciência	3	<p>E1: (...) “uma atitude de tempo, dar-lhes tempo (...) Sim, porque precisamos de andar com eles ao colo, às vezes muito tempo, até eles começarem a andar por eles”.</p>
	Gosto pelo trabalho de rua	3	<p>E1: “Não se consegue estar neste registo sem paixão, porque se não a pessoa fica completamente esgotada”.</p> <p>E3: “ (...) Nunca me consegui imaginar a trabalhar noutra área que não o contexto de equipa de rua, portanto, isto se calhar faz parte de mim”.</p>
			<p>E2: “ (...) temos de saber lidar um bocadinho com</p>

	Resiliência	2	as frustrações e com a tolerância à frustração que é muito difícil porque vamos apanhar muitos altos e baixos, vamos fazer muitas expectativas relativamente...
	Capacidade de negociação	1	E1: “Tudo o que eles têm de fazer implica uma negociação morosa, que não é a negociação do gabinete médico, não é a negociação do serviço de tratamento, não é a negociação do serviço de reinserção, não é? Não tem nada a ver”.
	Habilidades comunicativas	3	E3: “Acima de tudo é boa capacidade de comunicação”. E4: “(...) quando a relação de confiança está estabelecida, é preciso começares a ter uma atitude de assertividade (...)”.
	Empatia	3	E1: “(...) Empatia e identificação mesmo. Sensações, o tédio, o vazio existencial, o... perceber isto também, não é? Não é só do que se lê nos livros é senti-lo. Eu acho que todos nós o sentimos e não devemos ter vergonha de o partilhar”.
	Flexibilidade	2	E3: “(...) Há sempre uma disponibilidade imediata e pronta do técnico de rua (...) E disponibilidade, claro”.
	Informalidade	1	E2: (...) “ter uma ligação menos formal...”
	Confiança	1	E4. “(...) é importante (...) tentares criar uma relação de confiança, porque são indivíduos que não confiam já nos serviços formais, porque já foram mal tratados, porque já foram estigmatizados, porque já foram expulsos, porque uma data de coisas”.
	Pragmatismo	1	E4: (...) “tem de ser uma pessoa pragmática, uma pessoa muito pragmática porque as situações com que nós nos defrontamos na rua são, normalmente, situações urgentes, extremadas, e o pragmatismo é o nosso maior aliado, não estar a complicar, com muitos diagnósticos”.



## Anexo II – Manual de Procedimentos para a Redução de Riscos e Minimização de Danos

**Quadro 25 - Manual de Procedimentos para RRMD**

ATITUDES	DESCRIÇÃO
<p><b>-O QUE FAZER?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber de onde vêm os consumidores de substâncias psicoativas independentemente da sua própria experiência (ter em atenção a cultura, os valores, os princípios, costumes, entre outros);</li> <li>-Perceber aquilo pelo que estão a passar: atitude empática! A presença junto do outro no sentido psicológico, o esforço em compreender o que exprime, excluindo deste esforço a tendência de julgar e toda a inclinação afetiva (Ato pelo qual um sujeito sai de si mesmo para compreender o outro, sem experimentar, contudo, as mesmas emoções. Ou seja, é a capacidade de penetrar no universo subjetivo do outro sem se fundir com ele, mantendo a objectividade e o distanciamento necessários a uma boa intervenção).</li> <li>- Não tentar adivinhar quais são os antecedentes de quem nos procura, ou quais os seus objectivos ou pretensões.</li> <li>- Ser informal, acessível, pelo menos, quando pudermos!</li> </ul>
<p><b>-Prestar atenção...</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ao que nos estão a dizer (ênfase do discurso, regular o fluxo de comunicação, complementar/substituir e ilustrar/exemplificar o discurso),</li> <li>- à comunicação não verbal (expressão facial, orientação do olhar, gestos, postura, voz e orientação espacial),</li> <li>-escutar e ouvir (ter capacidade de ouvir), transmitir/devolver/encaminhar para o tipo de serviço mais conveniente,</li> <li>- aprender e compreender as necessidades e interesses individuais de cada pessoa,</li> <li>- ao envolvimento emocional, à sensibilidade do Assistente Social para com os sentimentos do indivíduo, à compreensão do que significam e a uma reacção intencional e apropriada a estes sentimentos. É necessário para manter a capacidade de análise objectiva da situação do utente.</li> <li>- interferência e aplicabilidade de palavras emocionalmente conotadas, falar num código acessível,</li> <li>- preconceitos, crenças...</li> </ul>
<p><b>-Apoiar ativamente...</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- usando as nossas melhores competências (reformular o conteúdo da mensagem e os sentimentos/crenças do interlocutor, descrever a percepção dos sentimentos, negociar o sentido da mensagem até ao acordo, verificar se compreendeu e chegar a um acordo sobre o passo seguinte),</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar claramente aos utentes as alternativas que têm ao seu dispor, usando a <i>linguagem da verdade</i>, facilmente entendida por quem necessita de apoio, respeitando os valores e os direitos do utente;</li> <li>- Estimular a comunicação, mesmo que para tal, o Assistente Social tenha que utilizar o calão, se porventura for um meio facilitador/relaxador da interação.</li> <li>- O Assistente Social tem que ter disponibilidade para estar com o utente como pessoa deve ser um profissional mediador bio-psico-sócio-cultural, prestando um serviço com conselhos úteis, reconhecendo que as pessoas têm problemas genuínos, detectando quando as pessoas querem e precisam de ajuda!</li> <li>- É-nos exigida uma posição de homeostasia, que não poderá permitir respostas standardizadas e que nos obriga constantemente a uma resposta individual para cada caso!</li> </ul>
<b>-Conhecer os nossos limites...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compreender as nossas necessidades e os nossos próprios limites, o nosso saber, saber-fazer, o brio, as nossas ignorâncias,</li> <li>- ser honestos com o que não conseguimos lidar e remeter para...</li> <li>- apoiar quem precisa, indicando pessoas e lugares para terem um suporte mais adequado.</li> </ul>
<b>A importância de...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-saber por que estamos lá,</li> <li>- aceitação e expectativa_ acreditar e respeitar a capacidade do cliente para mudar; reconhecer os seus esforços para lidar com as situações,</li> <li>- responsabilidade face à sociedade, dado que um profissional e neste caso, um Assistente Social não está fora da sociedade de que faz parte!</li> </ul>
<b>-O QUE NÃO FAZER?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quebrar a confidencialidade do utente, desnecessariamente!</li> <li>- A confidencialidade e o segredo profissional são as bases da confiança que tem de estar inerente ao relacionamento entre Técnico e utente em contexto de Equipa de rua. É uma obrigação ética do Assistente Social!</li> </ul>
<b>- Fingir...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- que temos conhecimentos, quando não o temos (pressões internas relacionadas com o nosso conhecimento – saber fazer)</li> <li>- fingir que somos uma coisa, quando não o somos,</li> <li>- fingir que conseguimos obter algo, quando na realidade não vamos conseguir...</li> </ul>
<b>- Ser negligente com a informação...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não seguir atalhos para terminar um trabalho, uma intervenção,</li> <li>- não deixar o utente com uma tarefa, assunto, quando podemos obtê-lo</li> </ul>

	<p>mais facilmente ou mais rapidamente,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- não fazer jogos com informações sérias,</li> <li>- não criticar outros trabalhadores ou serviços que eles possam precisar,</li> <li>- não pensar que à partida, não há qualquer tipo de trabalho/intervenção a fazer.</li> </ul>
<p><b>- Ficar por perto quando não se gosta de utilizadores de drogas:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estar lá apenas fisicamente,</li> <li>- não utilizar papéis ou avisos em vez de explicações,</li> <li>- não fazer encarar, quando nós não os queremos encarar,</li> <li>- não reter informação por conveniência e/ou autoritarismo, que advém do facto de representar uma instituição e do estatuto profissional.</li> <li>- não ignorar o que eles querem se faz parte do nosso trabalho, ajudar a consegui-lo!</li> </ul>
<p><b>Obstáculos à comunicação empática</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rigidez mental e intolerância;</li> <li>- Insegurança e imaturidade emocional do assistente social;</li> <li>- Tendência para julgar e emitir juízos de valor, bem como uma atitude egocêntrica, etnocêntrica ou narcisista;</li> <li>- Dificuldades de expressão do interventor e dificuldade deste empatizar com o cliente;</li> <li>- Estado físico e mental debilitado do profissional de ajuda (Carvalho (coord.), Pinto, 2015, p. 98).</li> </ul>
<p><b>CONHECIMENTOS</b></p>	<p><b>DESCRIÇÃO</b></p>
<p><b>-Conhecimentos específicos em RRMD:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Políticas, objetivos, estratégias, ganhos sociais e em saúde.</li> <li>- Comunicação e aptidões básicas de aconselhamento, relacionadas com os danos das substâncias e como evitá-los.</li> <li>- Produção de conteúdos em RRMD;</li> <li>- Formas de Consumo injetável, snifado e fumado;</li> <li>- Prevenção e gestão de overdoses;</li> <li>- Desinfecção;</li> <li>- Eliminação de resíduos e gestão de agulhas/seringas usadas;</li> <li>- Práticas de sexo seguro e uso de preservativos;</li> <li>- Transmissão de VIH/Sida (rastreo, testes e tratamento), Hepatite B e C (prevenção, análises e tratamento), transmissão da tuberculose (prevenção, rastreio e tratamento) e transmissão de outras doenças infecciosas sexualmente transmissíveis.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de Substituição Opiácea;</li> <li>- Primeiros socorros (técnicas de suporte básico de vida);</li> <li>- Segurança e saúde no trabalho;</li> <li>- Intervenção em contextos festivos e recreativos;</li> <li>- Referenciação para cuidados especializados;</li> </ul>
<b>COMPETÊNCIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Compreender a RRMD num contexto científico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo de dados e Investigação-ação;</li> <li>- Teorias das Ciências Sociais e Humanas, de Saúde Pública e de Etnografia;</li> </ul>
<b>Compreender os comportamentos aditivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamentos aditivos com substâncias psicoativas;</li> <li>- Classificação das substâncias psicoativas;</li> <li>- Comportamentos aditivos sem substâncias (jogo patológico, internet);</li> <li>- Contextos de Intervenção;</li> <li>- Referenciação;</li> </ul>
<b>Compreender a doença e o bem-estar no contexto dos Consumos Aditivos e Dependências</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças infecciosas (VIH/Sida, Hepatites Virais, Tuberculose, Pneumonias multirresistentes), e doença mental;</li> <li>- Estar alertados para situações de “Chemsex”: práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo (normalmente homens) que ocorrem sob influência de SPA ou NSPA, utilizadas antes e/ou durante a atividade sexual, onde o efeito procurado é o de desinibição e excitação sexual (Abdulrahim et al., 2016).</li> </ul>
<b>Compromisso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégias de abordagem (adoptar a comunicação aos diferentes indivíduos, grupos e organizações, atitude empática, motivação, persuasão, técnicas relativas à promoção e preservação da saúde);</li> <li>- Sensibilidade cultural (conhecimento adequado da cultura de cada grupo: valores, normas, tradições; desenvolver a aceitação da diferença cultural, comportamental e de valores);</li> <li>- Atenção ao contexto de intervenção, promovendo a segurança de todos os participantes;</li> <li>- Comunicação efetiva (integração de interventores pares de acordo com a cultura e a língua da população-alvo, ultrapassar barreiras linguísticas);</li> <li>- Intervenção comunitária (conhecer a realidade da comunidade onde se pretende intervir: recursos, grupos e barreiras, parceiros-chave, fomentar o trabalho em rede e em equipa);</li> <li>- Confidencialidade e ética;</li> <li>- Leis e Regulamentos;</li> </ul>

<p><b>Intervenção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação e formação em saúde;</li> <li>- Avaliação do Risco;</li> <li>- Redução de Riscos;</li> <li>- Prevenção e aconselhamento pré e pós teste;</li> <li>- Intervenção em Crise onde a “ adequação da resposta é fundamental em situações em que possa haver risco de dano imediato para a pessoa, por exemplo: condutas auto-agressivas, atitudes para-suicidárias, ou risco imediato para terceiros: hetero-agressividade (Sicad, 2016, p. 52);”</li> </ul>
<p><b>Apoio à Pessoa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defesa dos direitos da Pessoa com CAD/Advocacy;</li> <li>- Recursos, serviços e articulação interinstitucional;</li> <li>- Modelo de Gestão de Consumos (para prevenir a recaída, o interventor de RRMD deve conhecer e identificar precocemente os fatores que predispõem para que tal possa acontecer, por exemplo: os fatores ambientais, contextuais, físicos e psicológicos que predispõem para a recaída;</li> </ul>
<p><b>Apoio ao próprio interventor</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção e controlo dos riscos psicossociais e do stress no trabalho;</li> <li>- Prevenção e controlo de riscos físicos e vacinação;</li> <li>- Supervisão.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria com base na adaptação de Mikkonen et al, 2007, Brinca, 2010, Sicad (2016a, p. 21-25).















57797

Comportamentos de Risco

Partilha de Material de Consumo

Últimos 12 meses <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D	Material partilhado		Últimos 12M		
			S	N	D
Últimos 30 dias <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D	Seringas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outro material de consumo endovenoso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Material para outra via de consumo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamentos de Risco: últimos 30 dias

Local em que o consumo de drogas é realizado (últimos 30 dias)		Nos últimos 30 dias:													
<input type="checkbox"/> Rua ou local público <input type="checkbox"/> Casa de conhecidos <input type="checkbox"/> Edifício abandonado <input type="checkbox"/> Casa própria <input type="checkbox"/> Outro Qual: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido		Injeção de drogas sozinho <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D													
Zonas do corpo utilizadas para injeção (últimos 30 dias)		Em caso de utilização da via injectada, variação do ponto de injeção? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D													
<input type="checkbox"/> Braço <input type="checkbox"/> Intra-gemita <input type="checkbox"/> Antebraço <input type="checkbox"/> Mão <input type="checkbox"/> Membro inferior <input type="checkbox"/> Peçoço <input type="checkbox"/> Pé <input type="checkbox"/> Outra Qual: _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido		Em caso de utilização da via injectada, desinfeção do local de injeção? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D													
Nº de dias de consumo IV (últimos 30 dias) _____ <input type="checkbox"/> D		Média de injeções por dia (últimos 30 dias) _____ <input type="checkbox"/> D													
Caracterização da utilização de material nos últimos 30 dias															
Utilização/material	Utilização			Origem do material			Partilha				Re-utilização				
	S	N	D	PJ	Fin	Ot	D	E	PE	NP	D	S	N	D	
Seringa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algodão/limbo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cachimbo/gamela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recipiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toallete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubo de limalha/lenço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ácido Clórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Limão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Qual: _____		Prática de relações sexuais sem preservativo													
<b>Legenda</b> IV (intravenosa); S (Sim); N (Não); D (Desconhecido); 12M (12 meses); PJ (Projecto HIV); Fin (Farmácia); Ot (Outra); E (Emprestou); PE (Peçoço Emprestado); NP (Não Partilhou); 30D (30 dias)		Últimos 12M			Últimos 30D										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		A braco de direito ou qualquer vantagem						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Com parceiro ocasional						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com parceiro infectado						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

57797

## Acompanhamento por estruturas na área da toxicodependência

Acompanhamento relativo a toxicodependência	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias	Se Sim, identificar as estruturas onde decorre o acompanhamento:			
	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Equipa de Tratamento	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde		
	N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Equipa de Recreio/Unidade Móvel	<input type="checkbox"/> Hospital		
Acompanhamento em PSC	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias	<input type="checkbox"/> Gabinete de Apoio	<input type="checkbox"/> Médico Particular		
	S <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Centro de Acolhimento para toxicodependentes	<input type="checkbox"/> Unidade de Desobitução	<input type="checkbox"/> Comunidade Terapêutica	
	N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Estabelecimento Prisional	<input type="checkbox"/> Desconhecido		
	D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: Qual <input type="text"/>			

## Dados Clínicos

Nível de conhecimento sobre possíveis infeções																		
	Passado (Últimos 12M)			Situação atual			Se positivo, já beneficiou de Acl/pt						Se positivo, já beneficiou de TM					
	S	N	D	P	Ne	D	Últ. 12 meses		Últimos 30 dias		Últ. 12 meses		Últimos 30 dias					
Infeção pelo VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção pelo vírus da Hep. B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeção pelo vírus da Hep. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação clínica (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Qual <input type="text"/>	S (Sim); N (Não); D (Desconhecido); P (Positivo); Ne (Negativo); Acl/pt (Acompanhamento Especializado); TM (Terapêutica Medicamentosa)																	

## Consequências de más práticas no consumo de substâncias

	Últimos 12 meses			Últimos 30 dias			(f) Qual Consequência <input type="text"/>
	S	N	D	S	N	D	
Abcessos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Outra consequência (f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Outra consequência (g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(g) Qual Consequência <input type="text"/>
Sobredosagens Agudas (h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Problemas Judiciais e outros

Prisão nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	Se sim, ocorrência de injeção de drogas na prisão <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido
Existência de problemas judiciais atualmente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhecido	No caso de ter processo aberto em CDT, qual a situação <input type="checkbox"/> Sem decisão <input type="checkbox"/> Com decisão <input type="checkbox"/> Desconhecido
Se sim, identificação dos problemas <input type="checkbox"/> Consumição <input type="checkbox"/> Liberdade condicional <input type="checkbox"/> Pena Suspensa <input type="checkbox"/> Aguarda julgamento <input type="checkbox"/> Com processo em CDT	Com decisão: <input type="checkbox"/> A cumprir <input type="checkbox"/> Sem cumprir <input type="checkbox"/> Desconhecido
<input type="checkbox"/> Outro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Desconhecido

## Acompanhamento do Utente

Frequência do Acompanhamento <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Intermitente	NP de interrupções no acompanhamento <input type="text"/>
	Duração das interrupções (NP de semanas) <input type="text"/>



57797

Serviços prestados ao utente nos últimos 12 meses

<p><b>Acompanhamento realizado</b></p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Troca de Seringas</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilização de preta</p> <p><input type="checkbox"/> Disponibilização de outro material</p> <p><input type="checkbox"/> Atendimento psicossocial</p> <p><input type="checkbox"/> Apoio psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Apoio alimentar</p> <p><input type="checkbox"/> Acompanhamento Serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Encaminhamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados de higiene</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta médica</p> <p><input type="checkbox"/> Aconselhamento Diagnóstico e Referencição para VIH/sida</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Programa de Substituição de Opíóides</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidados de enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Terapias farmacológicas</p> <p><input type="checkbox"/> Vacinação</p> <p><input type="checkbox"/> Intervenção em situação de urgência</p> <p><input type="checkbox"/> Educação para a prevenção de consumo e/ou sexual de menor risco</p> <p><input type="checkbox"/> Outras iniciativas de educação/formação</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p>	<p><b>Encaminhamentos concretizados</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hospital Internamento</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital consulta/telecologia</p> <p><input type="checkbox"/> Hospital extraconsultas Qual <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Saúde</p> <p><input type="checkbox"/> CDP</p> <p><input type="checkbox"/> CAD</p> <p><input type="checkbox"/> Gabinete de Apoio para TD</p> <p><input type="checkbox"/> Equipa de Tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Comunidade Terapêutica</p> <p><input type="checkbox"/> Unidade de Desobrigação</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Dia</p> <p><input type="checkbox"/> Segurança Social</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Acolhimento para Tóxicos dependentes</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: Qual <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Emprego</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p> <p style="padding-left: 40px;">Qual <input type="text"/></p>
<p><b>Saídas do Projecto</b></p> <p><input type="checkbox"/> Admissão em projecto mais estruturado de reabilitação Qual <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Saída devido a detenção</p> <p><input type="checkbox"/> Óbito</p> <p><input type="checkbox"/> Saída reentrada</p> <p><input type="checkbox"/> Desistência</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: Qual <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Desconhecido</p>	
<p style="text-align: right;">Ficha de Avaliação nº <input type="text"/></p>	

## Anexo V – Registo do Giro

### GRELHA DE REGISTO GIRO

Data: \_\_\_\_\_

Giro

n.º:

\_\_\_\_\_

Total de Utentes	Total de Horas
Rota/Percurso:	
Observações de Campo:	
Informações/Pedidos:	
Cuidados de Saúde:	
Elementos da equipa:	

**Contactos de Rua**

Nº de novos contactos	
Nº de contactos continuados	

**Troca/Distribuição de Material**

Nº de Kits de material asséptico	
Nº de seringas entregues	
Nº de preservativos	
Nº de ampolas de água bi-destilada	
Nº de toalhetes de álcool	
Nº de filtros	
Nº de pequenos manuais de RRMD	
Nº de cartões da equipa	
Nº de senhas de alimentação	
Nº de tubos para seringas	
Nº de pratos	
Nº de carteiras de ácido-cítrico	
Nº de clean-cups	

Nº de seringas usadas recebidas	
---------------------------------	--



## Anexo VI – Processo de Acompanhamento do Utente

### REGISTO DE UTENTE

N.º Utente: \_\_\_\_\_

Serviços:

Balneário	
Lavandaria	
Vestiário	
Alimentação	

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento ____/____/____
Morada: _____
Contactos _____
_____
Filiação _____
_____
Estado Civil _____
N.º B. I./C.C. _____ N.º SNS _____
N.º Contribuinte _____ N.º Beneficiário _____

### 2. CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

N.º pessoas que coabitam \_\_\_\_\_

Apoio/vínculo \_\_\_\_\_

familiar

Rendimentos \_\_\_\_\_

### 3. SITUAÇÃO HABITACIONAL

Tipo \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

habitação \_\_\_\_\_

**Condições da habitação**

---

Situação face à habitação

---

**Condições de habitabilidade**

---

**4. PERCURSO EDUCACIONAL / FORMATIVO / PROFISSIONAL**

Habilitações académicas

---

Atual ocupação

---

**5. CONSUMO ATUAL**

		<b>Oral</b>	<b>Inalada</b>	<b>Fumada</b>	<b>Injetada</b>
Haxixe	Dia				
	Semana				
	Mês				
Heroína	Dia				
	Semana				
	Mês				
Cocaína	Dia				
	Semana				
	Mês				
Ecstasy	Dia				
	Semana				
	Mês				
Outra	Dia				
	Semana				
	Mês				

**Substâncias associadas ao consumo (frequência e quantidade)**

	<b>Dia</b>	<b>Semana</b>	<b>Mês</b>
Álcool			
Tabaco			
Outros medicamentos			

**6. COMPORTAMENTOS DE RISCO**

	<b>Por via endovenosa</b>		<b>Por relações sexuais</b>	
	Partilha seringas	Outro material	Ocasionais	Uso de preservativos
Últimos 6 meses				
Até há 6 meses				

**7. DADOS CLÍNICOS****7.1 SITUAÇÃO INFECTO-CONTAGIOSA**

<b>Doença</b>	<b>Tipo</b>	<b>Estádio da doença</b>	<b>Data de diagnóstico</b>
Hepatite	B		
	C		
SIDA	HIV1		
	HIV2		
Tuberculose			
Sexualmente transmissíveis			
Outras			

## 7.2 DOENÇAS RELEVANTES

	Diagnóstico	Idade	Situação atual	Prognóstico
Físicas				
Psiquiátricas				

Técnico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_