

**O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a perceção dos técnicos
sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias**

Ana Maria Teixeira dos Santos

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção
do Grau de Mestre em Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida*

Orientada por

Graça Margarida Medeiros Teixeira e Santos

Bragança

2022

Agradecimentos

Após o término deste projeto pessoal e profissional, repleto de desafios e de um esforço suplementar, gostaria de deixar os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que contribuíram para que este objetivo fosse cumprido.

Começo por agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Graça Santos, uma excelente profissional que sempre esteve disponível para a orientação do trabalho científico, que me transmitiu ensinamentos valiosos, que me motivou e apoiou nos momentos menos positivos.

Um obrigado muito especial aos participantes desta investigação, que contribuíram para a concretização desta dissertação e que estiveram sempre disponíveis para qualquer esclarecimento adicional, apesar do pouco tempo livre da qual a maioria dispõe.

Obrigado aos meus colegas de trabalho, em especial à coordenadora do projeto pela compreensão e apoio.

Agradeço com todo o meu coração aos meus pais que fizeram de tudo para me proporcionar um futuro melhor, por todos os sacrifícios, e por se manterem ao meu lado, desejando-me todo o sucesso e felicidade.

E por último, mas muito importante, obrigado ao André que me tem sempre motivado e apoiado incondicionalmente com todo o seu amor e carinho.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

Resumo

O presente estudo, enquadrado no Mestrado em Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, cujo tema é “O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a percepção dos técnicos sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias” tem como objetivo analisar a percepção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência. Partindo da questão problema que suporta esta investigação: *De que forma os técnicos podem contribuir para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas percepções sobre a intervenção?* foram estabelecidos os seguintes objetivos: conhecer as dinâmicas dos projetos de intervenção face à identificação e encaminhamento dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas; conhecer a perspectiva dos técnicos no que respeita à articulação da rede face à intervenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência; analisar as formas de intervenção mobilizadas pelos técnicos no terreno e compreender os efeitos da intervenção dos técnicos, nos adolescentes, nas famílias, na escola, na comunidade.

Este estudo adotou uma metodologia de natureza qualitativa, com recurso ao inquérito por entrevista como técnica de recolha de dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais e por *focus group*, sendo elaborados dois guiões de entrevista. Os resultados desta investigação indicam que os técnicos percecionam que a intervenção nas respostas comunitárias e locais fica aquém do desejado e que aquela que é realizada junto dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas, por norma é tardia e pouco estruturada. Existem sessões de prevenção, nomeadamente nas escolas, no entanto, as mesmas são pontuais e não são específicas para uma determinada população alvo, pelo que o seu impacto está condicionado. Ainda relativamente à intervenção neste contexto, falta formação para os técnicos e professores, que trabalham com adolescentes, na área do consumo de substâncias. Há dificuldade, por parte dos mesmos, em saber como e para onde fazer os encaminhamentos, quais os procedimentos a adotar nos casos de consumos e quais as entidades que podem dar suporte nesse sentido. Ainda assim, há um esforço conjunto por parte dos profissionais para que as entidades consigam dar resposta no sentido da intervenção nos consumos de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes, tentando atuar junto dos mesmos e das suas famílias.

Palavras-chave: consumo de substâncias psicoativas, adolescência, fatores de risco e de proteção, intervenção socioeducativa, educação social.

Abstract

The present study, within the framework of the Master in Social Education - Education and Intervention throughout Life, whose theme is "Consumption of psychoactive substances in adolescence: the perception of technicians about intervention in local and community responses" aims to analyze the perception of technicians about local responses to preventing the consumption of psychoactive substances in adolescence. Starting from the problem question that supports this investigation: How do technicians perceive their contribution to the prevention of psychoactive substance use in adolescence, based on their perceptions about the intervention? The following objectives were established: to know the dynamics of intervention projects in relation to the identification and referral of adolescents who consume psychoactive substances; to know the perspective of the technicians regarding the articulation of the network in relation to the intervention of the consumption of psychoactive substances in adolescence; to analyze the forms of intervention mobilized by the technicians in the field; and to understand the effects of the technicians' intervention, in the adolescents, in the families, in the school, in the community.

This study adopted a qualitative methodology, using the interview survey as a data collection technique. Semi-structured individual interviews and a focus group were conducted, with two scripts being prepared. The results indicate that the technicians perceive that the intervention in community and local responses falls short of what is desired and that the intervention with adolescents who consume psychoactive substances is usually late and poorly structured. There are prevention sessions, particularly in schools, however, they are punctual and are not specific to a particular target population, so their impact is conditioned. Still regarding intervention in this context, there is a lack of training for technicians and teachers, who work with adolescents, in the area of substance consumption. It is difficult for them to know where to make the referrals and what procedures to adopt in cases of consumption and which entities can provide support in this regard. Even so, there is a joint effort for the entities to be able to respond in the sense of intervention in the consumption of psychoactive substances by adolescents, trying to work with them and their families.

Keywords: consumption of psychoactive substances, adolescence, risk and protection factors, socio-educational intervention, social education.

Siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CDT – Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

CRI – Centro de Respostas Integradas

DGE – Direção Geral da Educação

EWSD – European Web Survey on Drugs

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

IPDJ – Instituto Português do Desporto da Juventude

LVSD – Linha da Vida SOS Droga

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização mundial da Saúde

PORI – Programa Operacional de Respostas Integradas

PRI - Programa de Respostas Integradas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Índice de tabelas

Tabela 1 – Níveis estratégicos de intervenção na prevenção.....	22
Tabela 2 – Atuação sobre o consumo de substâncias.....	40
Tabela 3 – Respostas locais e comunitárias em rede.....	40
Tabela 4 – Caracterização dos participantes.....	41

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Siglas	v
Introdução.....	1
Capítulo I - O consumo de substâncias psicoativas na adolescência	3
1. Comportamentos aditivos na adolescência	3
1.1. Comportamentos de risco, fatores de risco e de proteção	8
1.2. Consumo de substâncias psicoativas.....	15
1.3. Alguns estudos existentes sobre a temática.....	17
2. Prevenção e intervenção socioeducativa	21
2.1. A rede comunitária e local	24
2.2. Projetos e o papel dos técnicos na prevenção	27
2.3. O contributo do educador social para a intervenção	31
Capítulo II – Investigação Empírica.....	36
1. Formulação do problema e objetivos do estudo.....	36
2. Metodologia e questões éticas.....	37
3. Técnicas de recolha de dados	38
3.1. Guiões de entrevista	39
4. Categorias, subcategorias e indicadores.....	39
5. Caracterização dos participantes	41
6. Apresentação, análise e discussão dos resultados	43
6.1. Análise e discussão da categoria <i>Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas</i>	43
6.1.1. Análise e discussão da subcategoria <i>Intervenção com os cuidadores/família</i>	43
6.1.2. Análise e discussão da subcategoria <i>Papel da comunidade</i>	47
6.1.3. Análise e discussão da subcategoria <i>Papel da escola</i>	51
6.1.4. Análise e discussão da subcategoria <i>Papel institucional</i>	55
6.2. Análise e discussão da categoria <i>Respostas locais e comunitárias em rede</i>	62
6.2.1. Análise e discussão da subcategoria <i>Perceção da realidade atual</i>	62

6.2.2. Análise e discussão da subcategoria <i>Propostas futuras</i>	63
Considerações finais	68
Referências	74
Anexos.....	81
Anexo I – Termo de consentimento informado.....	82
Anexo II – Guião de entrevista individual.....	83
Anexo III – Guião de entrevista <i>focus group</i>	88
Anexo IV – Transcrição das entrevistas individuais com categorização.....	92
Anexo V – Transcrição das entrevistas <i>focus group</i> com categorização.....	104

Introdução

Este estudo é resultado da investigação desenvolvida no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Educação Social – Intervenção e Educação ao Longo da Vida, cujo tema é “O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a percepção dos técnicos sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias”.

O consumo de substâncias psicoativas é considerado cultural em algumas sociedades e tem sido amplamente estudado nas suas diversas dimensões e variáveis (Lopes, Nóbrega, Prette, & Scivoletto, 2013). De acordo com Medeiros, Patrício e Dinis (2013), esse tipo de comportamentos tende a prolongar-se, sobretudo em épocas festivas e no final de semana, onde há maior socialização. Em Portugal, de acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no relatório sobre dependências de 2022, a taxa de jovens que consomem algum tipo de estupefaciente continua elevada, sendo que existem fatores de risco que podem estar associados ao consumo de substâncias psicoativas e que em muitos casos são preditores do trajeto de vida do jovem, nomeadamente, a própria personalidade, o grupo de pares e a sua influência e o contexto familiar. Nesta esfera, de acordo com Matos (2008), a debilidade de qualquer um desses fatores, como os conflitos familiares, historial de consumos dos pares ou o insucesso escolar, podem ser um gatilho para o início dos consumos. Contudo, os mesmos fatores que podem constituir fatores de risco, podem ser os mesmos que constituem os fatores de proteção. Ou seja, de acordo com Medeiros, Patrício e Dinis (2013), se o adolescente tiver uma personalidade estruturada, se a família estiver envolvida no desenvolvimento positivo do jovem e os pares forem regidos por valores, os níveis de fatores de risco que podem potenciar o consumo, são reduzidos. Assim, é necessário implementar estratégias para evitar o contacto com essas substâncias, privilegiando a prevenção que é considerada um procedimento de implementação de ações com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, ampliando as competências pessoais e sociais do indivíduo e a diminuir os fatores de risco. Para tal, existem entidades competentes que podem ser uma mais-valia nesse processo de prevenção, como iremos desenvolver posteriormente neste trabalho de investigação.

Atendendo à pertinência da temática abordada na fundamentação teórica desta investigação, definiu-se a seguinte questão problema: “De que forma os técnicos podem contribuir para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas percepções sobre a intervenção?” e formulou-se o seguinte objetivo geral: analisar a percepção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo

de substâncias psicoativas na adolescência. Assim, a metodologia utilizada para este estudo é de natureza qualitativa, sendo adotado o inquérito por entrevista como técnica de recolha de dados. Para o efeito recorreu-se às entrevistas semiestruturadas, individuais e ao *focus group*, tendo sido criados dois guiões de entrevista. O grupo de participantes foi constituído por onze técnicos que trabalham com adolescentes no âmbito desta temática. Assim, o presente estudo assenta numa perspetiva de análise, em que se privilegia os técnicos que trabalham com os adolescentes, tendo em conta que é por volta destas idades que se iniciam os consumos. Para além disso, é uma fase de socialização, de mudanças e novas aprendizagens que, em muitos casos, são marcadas pela instabilidade, que pode ser acentuada pelo uso de substâncias psicoativas.

Este trabalho está dividido em dois capítulos, sendo que no primeiro é apresentado o enquadramento teórico, que fundamenta a investigação, com dois pontos específicos. O primeiro faz referência ao consumo de substâncias psicoativas na adolescência, clarificado por diversos autores, no qual são abordados os comportamentos aditivos na adolescência e quais os fatores de risco e os fatores protetores que podem influenciar o consumo de estupefacientes, e faz-se referência aos estudos existentes acerca da temática. O segundo ponto aborda a prevenção e a intervenção socioeducativa, com enfoque na rede local e comunitária, nos projetos existentes e no papel dos técnicos na prevenção, e por fim, é explanado o papel da educação social face à prevenção dos consumos nos adolescentes. No segundo capítulo apresenta-se a investigação realizada, dividida em sete pontos: a formulação do problema e objetivos do estudo; metodologia e questões éticas; técnica de recolha de dados, categorias, subcategorias e indicadores; caracterização dos participantes; apresentação, análise e discussão dos dados e análise e discussão das categorias. Faz-se referência aos resultados obtidos e a comparação com os objetivos propostos nesta investigação, de forma a verificar se os mesmos foram ou não atingidos, e é apresentada uma reflexão acerca desta investigação nos quais estão descritos os pontos fortes e os pontos fracos deste estudo. Finalmente são descritas algumas propostas para a melhoria da intervenção, nomeadamente na atuação dos técnicos na prevenção e intervenção sobre os consumos de substâncias psicoativas.

Capítulo I – O consumo de substâncias psicoativas na adolescência

Neste capítulo são abordadas problemáticas referentes ao consumo de substâncias psicoativas na adolescência, entre eles, os comportamentos aditivos, os fatores de risco e os fatores protetores e estudos existentes acerca da temática. Além disso, aborda-se a prevenção e a intervenção socioeducativa, nomeadamente, na rede local e comunitária, nos projetos existentes e no papel dos técnicos na prevenção, sendo equacionado o papel da educação social face à prevenção dos consumos nos adolescentes.

1. Comportamentos aditivos na adolescência

Para uma melhor compreensão acerca dos comportamentos aditivos na adolescência, importa apresentar alguns conceitos fundamentais sobre os comportamentos aditivos e as dependências, assim como abordar o tema da adição, que é considerada uma doença e que tem implicações graves na saúde. Importa clarificar que a abordagem a esta temática é de cariz socioeducativo, na perspetiva da educação social, e por isso, é essencial esmiuçar alguns conceitos estudados na psicologia e na saúde. Assim, a nível global, a luta contra os comportamentos aditivos e o conseqüente consumo de substâncias psicoativas constitui uma preocupação constante. De acordo com Yucel, Lubman, Solowij e Brewer (2008) são considerados comportamentos aditivos aqueles que advêm da privação do autocontrolo e da autonomia dos mesmos. Neste sentido, os comportamentos aditivos refletem uma lacuna no que diz respeito ao comportamento inibitório, à capacidade de tomar decisões ou regulação emocional, em pessoas dependentes de substâncias psicoativas (Yucel et al., 2008).

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association – APA, 2014) verificamos que os autores dividem a Perturbação pela Utilização de Substâncias em dez classes, tais como: “álcool, cafeína, Cannabis, alucinogénios, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco e ainda outras substâncias” (APA, 2014). No capítulo “Perturbação pela Utilização de Substâncias”, os critérios de diagnóstico estão separados, ainda, por grau de dependência (leve, moderado ou grave), podendo assim um profissional avaliar o grau de comprometimento físico e psicológico em que o indivíduo se encontra (APA, 2014). Segundo Nutt e MecLelland (2014), uma dessas implicações corresponde ao foro neurobiológico, sendo o cérebro um órgão em constante estudo no que respeita aos

consumos de drogas ilícitas. O “eu” leva a que exista uma crescente importância do estudo e conhecimento das neurociências no âmbito da adição, no que diz respeito à sua prevenção, avaliação e intervenção nos casos de uso e abuso (Nutt & MeeLelland, 2014).

De acordo com o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018), a doença da adição como doença cerebral integra um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após experimentação repetida a estímulos psicoativos que produzam estados emocionais positivos (sentidos como agradáveis/recompensadores). Estes estímulos podem ser desencadeados por substâncias psicoativas ou por atividades que deem prazer (jogo, internet, sexo, etc.). Assim, uma substância psicoativa com capacidade aditiva, ou droga, é qualquer substância farmacologicamente ativa no Sistema Nervoso Central, que quando introduzida no organismo produz alterações, com danos a nível da consciência, funções psíquicas básicas e construção ou alteração do processo do pensamento, assim como, alterações dos processos senso-perceptivos, além das alterações do comportamento (Gómez & Miranda, 2018). Segundo Calado (2021), os termos “drogas” ou “substâncias psicoativas” são

[...] aqui entendidos como sinónimos, abarcando, sem exceção, todas as substâncias, preparados ou produtos que, depois de consumidos (ingeridos, fumados, inalados, injetados, principalmente) condicionam o estado mental ou o sistema nervoso central, atuando sobre as funções ou as capacidades físicas e psíquicas, o estado de consciência, o desempenho motor, a percepção sensorial, o humor ou, mais genericamente, o funcionamento cerebral [...] (p. 500).

Por fim, a adição é uma doença crónica recorrente, caracterizada pela compulsividade na obtenção e consumo das substâncias de abuso, perda de controlo nas quantidades de consumo e o aparecimento de estados emocionais negativos, que refletem a síndrome de abstinência quando o indivíduo não tem acesso à substância (Koob & Volkow, 2010; NIDA, 2018). A sua etiologia resulta de interações complexas entre variáveis genéticas, neurobiológicas, psíquicas, psicológicas e ambientais (NIDA, 2018; Gómez & Miranda, 2018).

A partir do conceito de comportamento aditivo, importa referir que, ao longo das últimas décadas foram precisos esforços de vários países, de modo a tentar diminuir as consequências do impacto a nível da saúde, social e de criminalidade. Foram delineadas estratégias utilizadas internacionalmente, que têm como base as três convenções das Nações Unidas. A Convenção Única sobre Estupefacientes no ano 1961, alterada pelo

Protocolo em 1972, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas no ano 1971 e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas no ano 1988 (União Europeia, 2022). Na Europa, nos anos 90 este tema foi tratado como prioritário através do “desenvolvimento de estratégias de luta contra a droga e na elaboração de planos de ação com vista à sua implementação” (Marques, 2007).

Atualmente, a União Europeia (UE) e os seus Estados-Membros criaram uma abordagem para fazer frente quer ao tráfico, quer ao consumo de droga, sendo que a preocupação é também a saúde e a segurança dos cidadãos. Desta forma, em dezembro de 2020 foi aprovada uma nova estratégia de intervenção para 2021-2025, onde estão definidos o plano de ação e as prioridades da União Europeia em matéria de drogas. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021) “deve basear-se em dados concretos e ser concretizada através de uma abordagem equilibrada e integrada, que deve, em última análise, ser avaliada em função do seu impacto na saúde, na segurança e no bem-estar dos nossos cidadãos” (p. 7). Essencialmente, esta estratégia concentra-se em três domínios de ação: a redução da oferta das drogas, a redução da procura e a resposta aos danos causados pela procura da droga (União Europeia, 2021).

Em Portugal, de acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2022), as primeiras leis publicadas sobre o consumo e tráfico de drogas surgem na década de sessenta do século passado, por arrastamento de compromissos assumidos entre o Estado Português e outros Estados que integravam a Organização das Nações Unidas. Assim, as primeiras políticas de prevenção ao consumo de droga em Portugal iniciaram-se a partir do século XX, mas sem o mesmo impacto social existente em outros países da Europa e só após os anos 70 é que houve um maior investimento em termos de resposta pública, tais como, consultas específicas, prevenção da toxicodependência e uma atuação mais ativa no tráfico de droga (Cordeiro, 2016). Os anos seguintes foram muito preocupantes devido ao consumo excessivo de heroína e em 1997, segundo o Eurobarómetro, os portugueses apontavam o problema da droga como o principal no país (Cordeiro, 2016). Contudo, só no final do século XX é que o Ministério da Saúde se interessou mais seriamente pelo caso e passou a implementar respostas de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção social e profissional através do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, que pouco depois viria a ser alargado a todo o território (Cordeiro, 2016). Apenas em 2001 é que o Decreto Legislativo Regional n.º 7/2001/A, de 27 de abril viria a implementar um novo regime jurídico com base no consumo de estupefacientes e

de substâncias psicotrópicas, implementando novas medidas de proteção sanitária e social dos indivíduos que consomem essas substâncias sem prescrição médica (SICAD, 2022). Em 2021 foram “incluídas novas substâncias psicotrópicas na definição de droga além de que foi aplicado o regime jurídico aplicável ao tráfico do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas” (SICAD, 2022).

É perceptível que foi necessário estabelecer vários acordos e leis para favorecer a união entre os países, o que levou vários anos a fazer frente a este problema de saúde. Enquanto isso, novas necessidades foram surgindo e com elas foram emergindo ainda mais desafios. É necessário um maior investimento em estudos e pesquisas na área das drogas e das dependências, que nos permitem saber que atualmente, a nível mundial, “estima-se que 17,4 milhões de jovens adultos (15-34 anos) tenham consumido drogas no último ano (16,9%), com uma proporção quase duas vezes superior de consumidores do sexo masculino (21,6%) comparativamente com o sexo feminino (12,1%)” (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2021).

Ao referir os termos de jovem e adolescente, importa clarificar o que se entende pelo conceito de adolescência, de modo a melhor delimitar o objeto de estudo nesta investigação. O termo deriva do latim *adulescentia* “tornar-se adulto”, correspondendo a um período de rápido desenvolvimento e de transição que oferece grandes desafios para o próprio adolescente, mas também para os familiares, sobretudo os pais, para a comunidade escolar e para os pares. De acordo com Gleitman, Fridlund e Reisberg (2014), o desenvolvimento biológico e a maturidade, bem como o desenvolvimento psicológico irão contribuir para as mudanças sociais dos adolescentes que serão determinantes para o seu comportamento.

Segundo Olugbenga Bello Adebunpe e Abodurin (2009, citados por Oliha, 2014) é considerado período da adolescência a idade entre os 14 e os 25 anos, sendo que a adolescência é então caracterizada por um conjunto de processos biológicos e comportamentais. De acordo com Steinberg (2005), estes podem provocar vulnerabilidade no adolescente no que diz respeito às suas emoções, ao seu comportamento e à sua cognição. É nesse período de desenvolvimento que se destacam dois padrões: o desenvolvimento normativo, que é útil para a tomada de decisão, de riscos e nas sensações; o desenvolvimento atípico, caracterizado por um período de risco no que respeita ao aparecimento de problemas emocionais e comportamentais que podem incluir o abuso de substâncias (Acton, 2003; Oliha, 2014).

Os autores Yucel et al., (2008) acrescentam que os jovens que têm problemas comportamentais precocemente (por exemplo, um temperamento difícil na infância ou comportamentos de oposição, agressivos ou impulsivos na infância) correm maior risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias. Estes autores afirmam que,

[...] Indeed, childhood diagnoses of oppositional defiant disorder, conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder are well-established risk factors. In addition, a number of mental health disorders are associated with high rates of comorbid substance use, such as depression, anxiety, schizophrenia, bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder [...] (p.964).

Sendo assim, os jovens que na infância apresentaram problemas comportamentais relacionados com o temperamento, a oposição, a agressividade ou impulsividade, tendencialmente correm maior risco de desenvolver transtornos por uso de substâncias (Yucel et al., 2008). O que é consonante com Acton (2003), ao referir na conclusão da sua pesquisa, que a impulsividade é um dos fatores de risco mais preponderantes para o uso de substâncias, determinando que a mesma pode ser importante tanto para o tratamento como para a prevenção. Por sua vez, Steinberg (2005) refere que em situações de vida do dia a dia, os jovens racionalmente não medem os riscos e as consequências do seu comportamento, sendo o mesmo influenciado por sentimentos e pela influência social, e enfatiza sobretudo a importância das emoções na tomada de decisão. No entanto, é importante referir que não se trata só de uma questão de idade, mas também do estado pubertário em que o adolescente se insere. De acordo com Martin et al., (2000, citados por Steinberg, 2005) na sua pesquisa elaborada com o objetivo de explorar a procura de sensações com os comportamentos de risco nos adolescentes de 11 a 14 anos, concluíram que não houve correlação significativa entre a procura de sensações e o estágio da puberdade. É também neste período de vida que temos tendência para considerar que um comportamento é normal quando o vemos ser repetido pelas outras pessoas, mas é necessário desconstruir essa percepção nos jovens (Marques, 2007). Usando o caso das substâncias psicoativas, se o comportamento é disruptivo e a tendência for normalizar e repetir, podemos estar perante um desafio à sociedade em que os jovens aumentam os seus consumos, aumenta a criminalidade e a sociedade não tem capacidade para fazer face a essa problemática. De facto, a adolescência é um período de procura de maior autonomia e afirmação pessoal que pode envolver alguma tensão, sobretudo familiar e

que requer uma grande flexibilidade de todos os intervenientes no sentido da negociação (Vilar, Pissarra, Frango & Melo, 2013).

1.1. Comportamentos de risco, fatores de risco e de proteção

Na maioria dos casos, o consumo de substâncias psicoativas inicia-se por volta da adolescência e, inicialmente, concentra-se no uso de uma substância e em determinadas situações sociais. Como tal é essencial tratar as questões relacionadas com esta problemática de forma que possa ser implementada uma intervenção socioeducativa e para que tal seja possível, é necessário saber identificar os fatores de risco e os fatores protetores, de forma a intervir adequadamente sobre os consumos.

Para a comunidade científica existem fatores que podem contribuir, ou não, para a iniciação do consumo de substâncias ilegais ou para a sua continuidade e são eles os fatores de risco e fatores de proteção. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), “há muitos fatores individuais, culturais, biológicos, sociais e ambientais que se conjugam para aumentar ou diminuir as probabilidades de um dado indivíduo consumir uma substância psicoativa” (p. 22). Segundo Cordeiro (2016), as motivações dos consumos podem ser diversas e vão desde a busca ou o aumento pelo prazer, muitas vezes associados a determinados eventos ou situações como as festas noturnas, os estimulantes, etc., ou ao “alívio do desprazer” (p.351).

São vários os casos em que “pessoas consomem substâncias psicoativas porque esperam tirar benefício de tal consumo, seja por prazer ou para evitar dores, incluindo o consumo social” (Organização Mundial da Saúde, 2004). No entanto, o consumo de substâncias implica danos a curto e longo prazo. Existem quatro principais e diferentes efeitos nocivos do consumo de substâncias. Os primeiros são os “efeitos crónicos para a saúde” que no caso das substâncias psicoativas pode ser uma troca de agulhas no consumo de heroína e que pode originar uma transmissão infecciosa (OMS, 2004 & Oliha, 2014). Em segundo lugar estão os efeitos biológicos, agudos ou a curto prazo, da substância sobre a saúde, onde se inserem as “overdoses”. A terceira e quarta categorias incluem as consequências sociais mais graves, tais como incapacidades de fazer frente à vida e resolver problemas (OMS, 2004).

No World Drug Report (2020) podem ser considerados fatores de risco para o uso de substâncias certas características pessoais e do meio envolvente, tais como: as guerras, os sem-abrigo, a exclusão social e desigualdades, a coabitação ou convívio com pessoas dependentes de substâncias ou os problemas mentais ou traumas vividos pelo indivíduo.

Relativamente a este último tópico, de acordo com o mesmo relatório, a pobreza, a marginalização social, a baixa literacia são fatores de risco para a ocorrência de transtornos mentais relacionados com os consumos. Além disso, estes grupos acabam por ser mais vulneráveis no que diz respeito a procurar apoio ou tratamento (World Drug Report, 2020). Assim, as consequências na vida dos indivíduos e das pessoas que o rodeiam é evidente e pode refletir-se a nível pessoal, nos empregos ou nos estudos ou até mesmo, de acordo com Schenker e Minayo (2005) na saúde, no bem-estar ou no desempenho social dos adolescentes. No entanto, algumas destas características estão relacionadas com o indivíduo e outras com condições socioculturais diversas ou com condições estruturais (Schenker, & Minayo, 2005). Segundo a OMS (2004,) a exposição a longo prazo a canabinóides “pode levar à incapacidade cognitiva durável, havendo também o risco de agravamento da saúde mental” (p. 19). A morte devido aos transtornos mentais causados por uso de drogas aumentou ao longo da última década, sendo que por exemplo, em 2019 mais de metade de todas as “overdoses” do mundo ocorreram nos Estados Unidos, sendo que a prescrição liberal de opioides, a sua venda e acesso facilitados foram um impulso para tal (Lancet, 2020).

O círculo vicioso do consumo de substâncias, quase que inconscientemente, é muitas vezes impulsionado pelos mais próximos, os riscos psicossociais e as condições socioeconómicas favorecem o aumento dos consumos. São exemplos, o caso das fracas condições socioeconómicas desfavoráveis, o impacto pode ser elevado tendo em conta o estigma que muitas vezes está associado a esses indivíduos, sobretudo aos que vivem em bairros mais pobres ou os chamados bairros sociais. Esse fator acaba por ser prejudicial a todos os níveis, incluindo no acesso ao tratamento.

O facto é que há fatores que podem potenciar a predisposição para o consumo de estupefacientes e que partem para além dos fatores externos, também de fatores internos. São eles a carga genética de cada indivíduo, as características psicológicas, a falta de resiliência aos acontecimentos de vida stressantes ou a rede social de suporte (Schenker & Minayo, 2005). Ou seja, a nível familiar, as famílias que tem baixa condição económica e social e uso de drogas por parte dos progenitores há maior risco de consumo de substâncias, que de acordo com (Taylor, 2003, citado por Oliha, 2014) pode ter a ver com a falta de autoestima do adolescente e com o desvio comportamental. Além disso, de acordo com Griffin, Botvin, Scheier, Epstein e Doyle (2002), quando os adolescentes se adaptam mal ao desenvolvimento normal do seu percurso de vida, como no caso da transição entre escolas, isso pode “diminuir a autoestima e a motivação académica e

lançar os jovens em trajetórias que resultam em má adaptação, desempenho limitado e aumento de drogas e álcool” (p. 24).

Ainda atendendo aos fatores de risco, para o consumo de substâncias psicoativas, Morton (2007) refere que há uma seleção natural nos adolescentes de construírem amizades que englobem as mesmas crenças, comportamentos e atitudes. Quando tal não acontece espontaneamente, eles próprios adequam os seus comportamentos, crenças e atitudes através de um processo de socialização. A este propósito, Morton (2007) no seu estudo acerca das influências sociais no uso de substâncias por parte dos adolescentes, concluiu que há dois processos fundamentais nesta temática. Um deles é o processo de socialização, que é o que dá suporte ao segundo processo, o de seleção, sendo que a relação entre pares e o consumo de substâncias foi muito alto, sobretudo entre os que já consumiam. O estudo demonstrou também que quando estes grupos se juntam a tendência em que os consumos aumentem é elevada. Também Tuttle et al. (2002, citados por Schenker & Minayo, 2005) referem que o envolvimento grupal é visto como um potenciador do consumo de substâncias no caso de o grupo consumir drogas ou de compactuar com o seu uso. Além disso, o grupo de pares que aprovam o consumo de substâncias intensificam a probabilidade de os consumos aumentarem com o tempo.

De acordo com Muñoz-Rivas et al. (2000) e Matos (2008), os fatores relacionados com a influência do grupo de pares podem constituir fatores de risco se houver uma associação dos colegas ao consumo e se constituírem grupos de risco, se houver rejeição por parte dos pares de quem não enveredar pelas mesmas atitudes ou se se criar algum tipo de laço emocional com o grupo. O facto é que, juntando os fatores individuais com os fatores familiares e os fatores sociais, o abuso de substâncias psicoativas aumenta consideravelmente face a um fator isolado. É por isso importante, que para que haja uma intervenção adequada se conheça e compreenda a influência dos pares e os seus preditores. Além disso, “atualmente as melhores abordagens de intervenção podem ser aquelas que tentam alterar a suscetibilidade individual a influências sociais e moldar as normas sociais sobre o uso de substâncias” (Morton, 2007, p. 672). Neste sentido, é importante procurar respostas para o jovem de hoje que se vê confrontado com estes comportamentos pelo seu grupo de pares e teme que uma não repetição do comportamento o leve a ser rejeitado pelos colegas. No entanto, nem só o grupo de pares pode ter um papel decisivo, pois, segundo Morton (2007) a influência dos pais, no que respeita ao consumo de substâncias por parte dos adolescentes, é pouco estudado, e nesta

pesquisa a conclusão que tiraram é que as práticas parentais são protetoras face ao consumo de substâncias e à sua intensidade.

As práticas parentais positivas podem influenciar o comportamento do adolescente face ao uso de substâncias, ou pelo contrário, podem prejudicar e incentivar ao consumo. Vejamos no caso das famílias em que já existem consumos de substâncias, de acordo com (Haw-kins et al., 1992; Brown et al., 1993, citados por Oliha, 2014) quando os pais são consumidores de drogas há uma maior probabilidade de iniciação por parte dos filhos, visto que os progenitores são vistos como figuras modelo, no entanto para os autores, a atitude permissiva dos pais é a que mais pesa no processo de iniciação. De acordo com Muñoz-Rivas et al. (2000), a estrutura, a composição familiar e o número de irmãos têm sido estudadas relativamente à associação com o consumo de substâncias. Matos (2008) refere ainda que os conflitos familiares, a existência de consumos intrafamiliares também podem constituir um fator de risco. O que esses estudos têm revelado é que a ausência de um dos progenitores e em especial da mãe, aliado ao consumo de drogas no seio da família, pode constituir um fator de risco. Além disso, os traços de personalidade do jovem aliados à permissibilidade, a falta de valores e de normas sociais, ou por outro lado uma educação rígida e autoritária com falta de afeto e de vínculos, pode originar desvios de conduta e por sua vez os consumos (Muñoz-Rivas et al., 2000).

Ainda no que respeita à família, Schenker e Minayo (2005) referem que esta é um dos elementos mais importantes para a determinação, ou não, do consumo de substâncias ilícitas, e Marques (2007) vai ao encontro da afirmação, ao constatar que num estudo com adolescentes europeus foi revelado que quando há supervisão e monitorização por parte dos pais, os adolescentes tendem a consumir menos drogas. A par disto, as crianças e jovens que vivem em ambientes de consumo de substâncias psicoativas, como os bairros ou contextos de rua têm maior probabilidade de experimentar as drogas ilícitas (Marques, 2007). Muñoz-Rivas et al. (2000) referem que os fatores familiares podem constituir fatores de proteção ou ser altamente tóxicos do ponto de vista do risco, nomeadamente se não houver uma estrutura familiar sólida, se a condição económica for baixa e não houver disciplina familiar, as fracas relações afetivas e a falta de comunicação ou condutas familiares que incluam o consumo de estupefacientes. No entanto, Schenker e Minayo (2005) acreditam que a família por si só não consegue atuar face ao consumo de substâncias psicoativas, elas devem estar sempre aliadas a outros elementos, que tal como temos vindo a falar, podem passar pelas escolas, pelo grupo de pares e pela comunidade.

De facto, a nível comunitário há a facilidade de oferta de drogas que somada aos outros fatores abordados formam um conjunto poderoso para o início dos consumos. A falta de acesso a bens que outras pessoas têm pode ser uma alavanca para certos comportamentos desviantes, no entanto esta justificação por si só parece não ser suficiente, e esses atos, por normas, estão relacionados com outros fatores de risco que já foram enumerados anteriormente. Ainda a este propósito, também os fatores ambientais e/ou contextuais também podem constituir fatores de risco, sobretudo se as leis e os regulamentos forem favoráveis aos consumos, a acesso às drogas for facilitado, se houver uma extrema privação económica, se o local de residência for propenso ao ambiente de consumos, como por exemplo a habitação em bairros sociais (Muñoz-Rivas et al., 2000).

Vive-se, assim, um círculo vicioso que se pode iniciar na pobreza, no uso de drogas, na violência, na falta de estudos ou emprego, nos conflitos pessoais e sociais e nos problemas de saúde. Até porque, um adolescente que consome qualquer tipo de substância procura prazer e não o sofrimento e enquanto essa sensação lhe for transferida, a possibilidade de parar os consumos é diminuta. A cada dia que passa torna-se mais difícil verificar as consequências que qualquer consumo pode provocar no nosso corpo, na nossa mente e na nossa vida. A exposição ao risco é cada vez maior, levando ao comprometimento do desenvolvimento pleno em todos os sentidos, não só a nível físico, mas também social e na preparação que deveria ser feita para passar de adolescente a jovem adulto (Schenker & Minayo, 2005). Desta forma, não podemos falar de fatores de risco de forma isolada, dado que é o estilo de vida e as relações interpessoais que atuam de forma determinante.

Abordemos então os fatores de proteção, considerando que proteger significa dar condições para que a pessoa possa desenvolver-se de forma saudável e estruturada. É necessário pensar nos fatores que podem contribuir para tal, evitando que os fatores de risco se sobreponham aos de proteção. Assim, para que isso aconteça, de acordo com (Muniz et al., 1998; Bloom, 1996; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001, citados por Schenker & Minayo, 2005) é fundamental desenvolver a resiliência nos adolescentes “principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais” (p.11).

Neste sentido, de acordo com o World Drug Report (2020) são considerados fatores de proteção a segurança quer a nível pessoal, social ou habitacional, a inclusão, o acesso à educação e as todas as condições que devem ser asseguradas às crianças e jovens,

o acesso a cuidados de saúde, o envolvimento parental e as competências de saúde neurológicas, nomeadamente ao nível da regulação emocional. Estes fatores são aspetos positivos no que respeita ao estado físico, social e mental de um indivíduo, influenciando-se mutuamente. Assim sendo, torna-se indispensável apreender os fatores que permitem adotar um comportamento mais saudável, bem como, os fatores que tornam os indivíduos mais vulneráveis ao risco, prevenindo assim um possível envolvimento em comportamentos prejudiciais para a saúde. De acordo com Zweig et al., (2002, citados por Schenker & Minayo, 2005) existem seis categorias correspondentes aos fatores de proteção, são eles a nível individual, familiar, escolar, dos amigos, da sociedade e da comunidade e são eles que iremos explorar ao longo deste texto. Segundo Schenker e Minayo (2005), a família pode atuar como um agente protetor na medida em que deve apostar no investimento dos vínculos afetivos, no envolvimento materno, nas práticas disciplinares positivas ao invés das coercivas, deve ponderar a permissividade e a educação não deve ser autoritária, deve haver um monitoramento parental, não se deve consentir o uso de qualquer substância ilícita e deve evitar os conflitos familiares.

Não existe uma fórmula milagrosa, mas estes elementos podem constituir um alicerce forte para que o adolescente se desenvolva de forma plena e construa a sua personalidade com base na segurança, na assertividade e no empoderamento. Por outro lado, de acordo com Feijó e Oliveira (2001) é necessário fazer uma maior aposta na prevenção destes comportamentos, uma vez que a prevenção será sempre o caminho mais eficaz e económico a trilhar. Ou seja, há que apostar na educação, na divulgação de conhecimento, na valorização dos elementos éticos e morais, bem como, no papel relevante que a escola, a família e outras instituições desempenham nesta tarefa.

A par disso, Caplan (1980, citado por Griffin et al., 2002) refere que é importante apostar na competência dos adolescentes e descreve esta palavra como “atitudes e aptidões aprendidas, manifestadas como capacidades para confrontar, lutar ativamente e dominar os problemas da vida através do uso de habilidades cognitivas sociais” (p. 24). De acordo com Griffin et al., (2002), os jovens com elevados níveis de competência social e pessoal detêm mais habilidades que lhes permitem enfrentar os desafios da adolescência. Isto quer dizer que um adolescente mais competente consegue mais facilmente tomar decisões e executar tarefas, enquanto os outros terão menos tolerância à frustração e maior dificuldade em tomar decisões acertadas, e aqui pode entrar o recurso a substâncias.

Acton (2003) refere também que na prevenção se pode fazer uma sensibilização junto dos adolescentes com comportamentos tendencialmente impulsivos e que correm o risco de ter comportamentos aditivos, exacerbando a importância, por exemplo da prática de desportos, sobretudo radicais, de forma que possam libertar a excitação e as emoções. Assim, tendo em conta as necessidades locais, a escola pode e deve ser um agente de prevenção e da promoção da saúde nos adolescentes, numa perspetiva de integração não só dos seus alunos, mas também de toda a comunidade educativa (Matos, & Equipa Aventura Social, 2018).

Neste contexto, o papel da escola é fundamental e deve adotar um papel transformador e promover a exclusão do consumo de vícios, no entanto segundo (Coie et al., 1993, citados por Schenker & Minayo, 2005), quanto maior for a duração de um determinado comportamento de risco, maior a tendência de ele se repetir, e maiores os fatores de risco, sendo aceite que há um certo aliciamento por parte dos pares no sentido do consumo de substâncias ilícitas. De acordo com Kan-del et al., (1978, citados por Schenker & Minayo, 2005) o próprio ambiente educacional pode levar a predisposição dos jovens ao consumo de substâncias, o que se pode justificar pela desmotivação dos mesmos perante os estudos, ao absentismo escolar ou ao mau desempenho, à falta de compromisso, a desrealização pessoal e educacional e a baixa tolerância à frustração. Também de acordo com Muñoz-Rivas et al. (2000), a escola pode constituir um fator de risco ao invés de fator protetor mediante o abandono escolar, o fracasso académico e tipo de escola que acolhe os jovens.

Assim, parece haver um conjunto de características para a iniciação do consumo de substâncias psicoativas, a sua maioria são competências que facilmente podem ser trabalhadas no contexto escolar, e que contribuem não só para a prevenção de comportamentos de risco, mas também para a construção pessoal e social do adolescente. Por isso, nas escolas é importante trabalhar, com os adolescentes, competências e habilidades de resiliência e de regulação emocional, autogestão pessoal e habilidades sociais (Griffin et al., 2002). O objetivo é tentar diminuir as motivações para o consumo de substâncias psicoativas, aumentando a autoestima, a autoeficácia e o bem-estar psicológico e a diminuir os fatores de risco promovendo os fatores protetores (Griffin et al., 2002). Se pensarmos nesta perspetiva será importante realçar que este tipo de intervenção poderá ser implementado não só nas escolas, mas também noutras instituições que recebam os adolescentes. Sendo importante que o adolescente consiga enfrentar a adversidade ou a novidade de forma mais ponderada e através do

desenvolvimento de competências pessoais e sociais que devem ser transversais e não apenas implementadas em contexto escolar.

1.2. Consumo de substâncias psicoativas

Os jovens acompanham a mudança de comportamentos, em muitos sentidos, sendo uns mais positivos do que outros. A evolução face ao consumo de substâncias, sobretudo as novas, não é exceção, sendo que esses consumos começam cada vez mais cedo e são, cada vez mais, encarados como algo banal e que faz parte do quotidiano de um jovem. Assim, os jovens procuram, cada vez mais o prazer imediato e acessível, e as substâncias psicoativas têm respondido a essa exigência, sem muitas vezes, se avaliar os riscos envolventes.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021) no “início de 2020, o mercado europeu da droga caracterizava-se pela disponibilidade generalizada de uma gama diversificada de drogas de pureza ou potência cada vez mais elevadas” (p. 8). Isto indica que há um problema de saúde em matéria de substâncias psicoativas, em consequência da utilização de novas substâncias ou da combinação de diferentes substâncias que levam a resultados inesperados.

Segundo Okoye (2001, citado por Oliha, 2014), a «droga» é uma substância que pode provocar uma mudança na função biológica através de suas ações químicas e a exposição dos adolescentes a estas substâncias nesta etapa pode interromper o desenvolvimento natural das regiões frontotemporais, não esquecendo que a par disso, também os fatores genéticos podem ser cruciais para a predisposição à dependência de drogas (Yucel et al., 2008). Sem esquecer os traços de personalidade que também são um componente válido e por vezes determinante no que respeita ao consumo de estupefacientes, sobretudo quando o adolescente, no caso, é impulsivo ou tem dificuldade em controlar as emoções e o humor. De acordo com Magalhães (2010), a definição da palavra «droga» inclui várias substâncias, que independentemente da forma como são administradas, irão causar efeitos no indivíduo, tanto a nível das alterações do humor, como da perceção ou da função cerebral, levando posteriormente a um grau de dependência variável. As mesmas podem ser classificadas como lícitas – consumo é permitido por lei, como o caso do tabaco ou álcool - ou ilícitas – a sua comercialização e consumo são penalizados, como a heroína ou haxixe. Além disso existem as ditas drogas leves ou pesadas que nada mais são do que as drogas que são ou não socialmente aceites

(Magalhães, 2010). Segundo o SICAD (2022), as drogas classificam-se por depressoras, estimulantes ou perturbadoras, sendo que as depressoras são as que diminuem a atividade do sistema nervoso central levando a um estado de maior relaxamento. Pelo contrário as drogas estimulantes são as que vão estimular o sistema nervoso central levando á excitação e adrenalina, aumentando a atividade psicomotora e as drogas perturbadoras alteram o sistema nervoso central levando, entre outros, á distorção da realidade e a alucinações, sintomas comuns em consumidores de substâncias psicoativas (SICAD, 2022). Assim, as substâncias psicoativas têm fortes implicações na saúde dos indivíduos e isso reflete-se a nível das alterações do comportamento e da disfunção do tecido cerebral, nomeadamente do desenvolvimento do sistema nervoso central (Silva & Summavielle, 2021).

No entanto, existem diferentes tipos de consumos e consumidores, aqueles que experimentam, os que consomem ocasionalmente e os que o fazem com regularidade e a sua dependência varia conforme a necessidade do consumidor. De acordo com o SICAD (2013), a dependência de uma substância é caracterizada pelo desejo de consumo e pelo respetivo descontrolo, sem olhar às consequências e às implicações nas obrigações do seu dia a dia, levando a consequências físicas e/ou psicológicas, iniciando assim um ciclo.

A Organização Mundial da Saúde (2004) refere que o consumo de substâncias é mais evidente nos jovens do que em pessoas mais velhas, o que nos remete ao início do consumo de substâncias, por norma, por volta da adolescência. Nesta fase da vida há uma necessidade de experimentação, de busca de novas sensações e prazeres e da impulsividade. É também nesta fase que alguns conflitos familiares emergem e consequentemente a figura do adulto é constantemente colocada à prova, passando o grupo de pares a ser um aliado e a dar força às necessidades do jovem. A experimentação ou o consumo de substâncias nesta altura deve-se em muito à curiosidade dos efeitos de uma substância, do prazer que a mesma pode proporcionar, ou à influência ou pressão social como forma de agradar ou de fugir aos problemas. Há que atender ainda à facilidade de acesso, sobretudo em eventos recreativos nos quais muitos jovens participam, às mais variadas drogas sejam elas lícitas ou ilícitas. Efetivamente, preocupa o facto de os consumos começarem em idades cada vez mais precoces, tal como será abordado no ponto que se segue e nos estudos que comprovam a situação de alarme face ao consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes. Preocupa também, os impactos dos consumos, de acordo com Cordeiro (2016) e Balogun (2006, citado por Oliha, 2014), os estudos recentes de neuroimagens mostram que a cannabis prejudica a nível cognitivo

o desempenho da atenção, da memória verbal e de trabalho, a inibição de respostas, tomada de decisão, entre outros. O que nos remete a uma grande preocupação, dado que sabemos que a cannabis é a droga mais consumida no mundo.

A cannabis é, de acordo com o SICAD (2022) e Cordeiro (2016), a droga mais consumida em Portugal, e no mundo, não fosse o facto de ser retratada em muitas comunidades como uma substância com fins terapêuticos. O facto é que as equipas terapêuticas têm vindo a receber um maior número de pedidos de ajuda por parte destes consumidores. As estimativas revelam que uma em cada oito pessoas no mundo com algum transtorno associado ao uso de drogas tem acesso a tratamento e que existem grandes disparidades a esse respeito (Toxicodependência, 2021). O acesso a cuidados de saúde tende a ser mais baixo quando se trata de países em desenvolvimento e isso pode corresponder também à falta de conhecimento dos transtornos por parte da população.

1.3. Alguns estudos existentes sobre a temática

Muito se tem investigado no que respeita ao consumo de substâncias psicoativas, no entanto, os estudos tendem a ser generalizados, englobando jovens e adultos, consumidores e não consumidores. A nível europeu, a partir de 1995 a *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) desenvolveu, com periodicidade de quatro em quatro anos, um estudo epidemiológico cujo objetivo era conhecer a prevalência do uso de qualquer substância psicoativa nos alunos até aos 16 anos (ESPAD GROUP, 2020). Um dos estudos levados a cabo por esta organização remonta a 2019 e, nesse ano, foi elaborado um relatório, com informações fornecidas num universo de 99, 647 alunos de 35 países europeus, cujas idades oscilavam entre os 15 e os 16 anos. O objetivo deste estudo foi recolher dados relativos ao uso de substâncias ou outros comportamentos de risco, de forma a monitorizar as tendências entre 1995 e 2019 (ESPAD GROUP, 2020). O que se concluiu é que o consumo de drogas ilícitas nos países abrangidos por este estudo aumentou consideravelmente. Em média, 1,5% dos alunos desses países relataram ter consumido algum tipo de droga ilícita pelo menos uma vez, sendo que 19% dos consumidores pertenciam ao sexo masculino e 14% ao sexo feminino (ESPAD GROUP, 2020).

A cannabis é a droga mais consumida nos países inquiridos e considerada a mais fácil de obter. Além desta droga, as que se seguiam eram o “ecstasy, anfetaminas, cocaína, LSD e outros alucinogénios” (ESPAD GROUP, 2020). Este último estudo da ESPAD está alinhado com dados da Organização Mundial de Saúde que demonstravam que, em

2000 e 2001, 2,7% da população mundial, incluindo os jovens, já consumiram cannabis pelo menos uma vez.

Os dados do estudo da ESPAD mostram, igualmente, que 2,4% dos alunos consumiram cannabis, pela primeira vez, por volta dos 13 anos. Esta faixa etária foi também propensa ao consumo de outras drogas ilícitas (ESPAD GROUP, 2020). De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021), “os Estados-Membros da UE que participaram nos inquéritos ESPAD de 2019 a alunos com idades compreendidas entre os 15 e os 16 anos, a prevalência do consumo de cannabis no ano passado variou entre 7% e 23%, com uma média ponderada de 17,3%” (p. 16). Na lista de 35 países inquiridos, Portugal ocupa o vigésimo oitavo lugar no que diz respeito ao consumo de drogas, sendo que continua a haver uma diferença em igualdade de género relativamente ao uso de substâncias (ESPAD GROUP, 2020). Em termos percentuais, 16% dos rapazes afirma ter consumido algum tipo de drogas e 13% das raparigas também. A droga mais consumida por ambos os sexos é a cannabis, sobretudo pelos rapazes, embora esta tendência se mantenha no que respeita ao uso de outras substâncias. A segunda droga ilícita mais utilizada é o ecstasy (ESPAD GROUP, 2020). Quanto às ditas drogas pesadas, Portugal ocupa igualmente a 28.^a posição e a droga ilícita mais utilizada é a cocaína, não existindo uma grande discrepância entre rapazes e raparigas (ESPAD GROUP, 2020). Ainda no nosso país, a Health Behaviour in School-aged Children, aplicou, em 2018, questionários em 42 agrupamentos de escolas de ensino regular abrangendo 6997 alunos, cujos inquiridos frequentavam, na altura, o 6.º, 8.º e 10.º anos e tinham uma média de idade de 13,73 anos (Matos, & Equipa Aventura Social, 2018). O objetivo, entre vários outros temas, seria obter informações sobre o consumo de estupefacientes nesta faixa etária e a conclusão retirada é que a cannabis continua a ser a droga mais consumida, seguida das benzodiazepinas. Além disso, concluiu-se que a experiência e manutenção dos consumos de substâncias vai aumentando ao longo dos seis anos escolares inquiridos (Matos, & Equipa Aventura Social, 2018). O que remete até ao momento, para um aumento generalizado do consumo de substâncias psicoativas, incluído em idades mais precoces. Tal facto é reforçado pelo estudo levado a cabo pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021) com “jovens dos 15 aos 24 anos que relata que “a prevalência do consumo de cannabis é mais elevada, tendo 9,1 milhões de jovens consumido a droga no último ano e 4,9 milhões no último mês” (p.16).

No entanto, num estudo mais recente, descrito no relatório “Comportamentos Aditivos em tempos de Covid – Alterações no consumo de drogas ilícitas”, de 2021,

conclui-se que o aumento do consumo de drogas ilícitas em Portugal que se havia verificado até então, diminuiu durante o período pandémico. Tal facto pode ser justificado, pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021), ao referir nas suas pesquisas que à medida que as normas de distanciamento social ou confinamento eram implementadas, os consumos tendiam a decrescer. Pelo contrário, quando as medidas de confinamento eram levantadas, o consumo que anteriormente havia decrescido, voltava a subir. Neste caso foram dois anos de repletos de medidas de contingência e isolamento social, o que pode ter justificado este decréscimo relativo ao consumo de drogas.

Contudo, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021) refere que a comparação de amostras residuais de 2019 para 2020 revela que o aumento de consumos nas grandes cidades aumentou e que os consumidores pontuais podem até ter cessado o consumo, no entanto os habituais aumentaram. O que nos deixa a reflexão se de 2019/2020 até 2021 algo alterou ou se seria necessário haver mais estudos neste sentido.

De acordo com este fenómeno de diminuição de consumos em período de pandemia está a European Web Survey on Drugs (EWSD), que realizou em 2021 em 30 países da Europa um inquérito online, com o objetivo de conhecer os efeitos da pandemia COVID-19 no consumo de drogas e de novas substâncias psicoativas. Em Portugal este inquérito foi aplicado em parceria com o SICAD e foi dirigido a utilizadores com 18 anos ou mais e consumidores de drogas. A amostra contou com 4685 participantes entre março e maio e a conclusão desta pesquisa revela que, em termos gerais, o consumo de substâncias diminuiu com a pandemia, no entanto o consumo da cannabis (substância mais consumida) não teve uma diminuição tão expressiva, apresentando uma taxa de 64% de consumidores de cannabis (Carapinha, 2021).

Para além dos dados brutos que os estudos representam, é importante conhecer o impacto que estes consumos podem ter e por isso Simões, Matos, Moreno Rivera, Foguet e Morton (2012) desenvolveu uma pesquisa com adolescentes portugueses e espanhóis. O objetivo foi avaliar o impacto dos contextos sociais como a família, amigos, colegas e professores no uso de substâncias como o tabaco, álcool e drogas ilícitas e como é que os mesmos são mediados por perceções de bem-estar como sintomas psicológicos, bem-estar e satisfação escolar. A amostra era composta por rapazes e raparigas portugueses e espanhóis, com uma média de idade de 13 anos e nesta pesquisa conclui-se que

(...) a família teve um efeito positivo no bem-estar subjetivo e na satisfação escolar e um efeito negativo nos sintomas psicológicos (...) os professores tiveram apenas um efeito significativo na satisfação escolar para ambas as amostras. O efeito dos professores sobre os sintomas psicológicos não foi significativo, assim como o impacto dos amigos no bem-estar subjetivo e na satisfação escolar em ambas as amostras (Simões et al., 2012, p. 3).

Simões et al., (2012) constatam também que os amigos apenas têm um grande impacto nos sintomas psicológicos, na amostra portuguesa, e que os sintomas psicológicos foram considerados como tendo um impacto negativo no bem-estar subjetivo em ambas as amostras, e na satisfação escolar, apenas na amostra espanhola. Os pares são muitas vezes determinantes na associação ao uso de substâncias, sendo que as relações sociais parecem ter um forte peso na relação com o uso de substâncias e aí inclui-se a família, os amigos, os professores que podem ser considerados como fatores intervenientes (Simões et al., 2012; Dias, 2021). A associação entre professores e satisfação escolar foi maior nos adolescentes espanhóis, talvez porque estes alunos passam mais tempo com os professores na sua carga horária semanal (Simões et al., 2012). Os sintomas psicológicos na amostra portuguesa estavam associados ao consumo da cannabis, o que remete a sua utilização para o alívio dos sintomas. Contudo, “a associação positiva significativa do bem-estar com estas substâncias, sobretudo na amostra portuguesa, sugere que estas substâncias podem ser utilizadas também para se divertir e não apenas para lidar com sintomas negativos” (Simões et al., 2012).

É preocupante nesta pesquisa o facto de nos jovens portugueses as expectativas dos efeitos das substâncias no humor desempenharem um papel fulcral para este comportamento. Não é só este estudo que retrata a importância dos fatores psicológicos no consumo de substâncias. Também um estudo levado a cabo por Griffin et al., (2002) durante três anos, com uma amostra predominante de 1184 estudantes e cujo objetivo foi examinar as habilidades de competência pessoal, o sofrimento e o bem-estar no uso de substâncias por parte dos adolescentes, revelou que quanto maiores as habilidades de competências, menor será a angústia e maior o bem-estar e que quanto maior o sofrimento psicológico, maior a probabilidade do consumo de substâncias. Os autores sugerem que sejam aplicados nas escolas programas de prevenção que devem incluir elementos de aperfeiçoamento de competências para promover a resiliência (Griffin et al., 2002).

2. Prevenção e intervenção socioeducativa

Tal como refere Almeida (2005), desde sempre se tem procurado obter, através do uso de drogas, formas de alívio e cura para o sofrimento físico e psíquico, de desinibição, de euforia, de revigoramento das energias, de transcender os seus sentidos, procurando sempre uma satisfação pessoal. Nesta perspetiva, não é de estranhar que não existissem espaços específicos para tratar indivíduos com problemas relacionados com as drogas, uma vez que aparentemente não havia problema com o consumo de drogas. Esta falsa perceção foi mudando ao longo dos anos, sobretudo a partir dos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, altura em que são conhecidos os primeiros escritos sobre a noção de tóxico e de droga e sobre a dependência que algumas dessas substâncias causam. Será este o início da problematização do consumo de drogas, na medida em que se tornaram como certos os efeitos nocivos do seu consumo (Almeida, 2005).

No que respeita à prevenção, a mesma foi acompanhada de interpretações nem sempre consensuais, isto quer dizer que, as intervenções com carácter de prevenção universal são dirigidas a grandes grupos sem que se tenha apurado a existência específica de risco de uso/abuso de substâncias, beneficiando todos por igual. Parte-se do princípio de que toda a população partilha o mesmo risco no que se refere ao uso/abuso de substâncias, apesar do poder ser maior ou menor de indivíduo para indivíduo. São perspetivas menos intensas e menos custosas, incluindo-se nestes programas a maioria das intervenções em contexto escolar como as que pretendem desenvolver competências de vida e clarificar valores.

De acordo com Marques (2007), o conceito de intervenção tem vindo a ser desenvolvido ao longo dos anos e importa fazer uma abordagem sintética acerca dos níveis de intervenção em comportamentos aditivos: prevenção, dissuasão, tratamento, reinserção e redução de risco e minimização de danos. De acordo com Marques (2007), a prevenção

é um nível de intervenção técnico-científico e, em sentido geral, pode entender-se como um processo ativo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando competências pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde e bem-estar das populações (p. 80).

Henriques (2021) refere que “prevenção de dependências visa reduzir e atrasar a iniciação do consumo de substâncias psicoativas ou evitar o aumento do risco associado a esse consumo” (p. 38). Várias outras problemáticas associadas podem ser diminuídas,

tais como, o desenvolvimento doenças mentais, problemas de saúde ou problemas sociais. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019) é fundamental num processo de prevenção com as crianças ou jovens é sensibilizá-los e consciencializá-los para uma vida saudável.

Por sua vez, Marques (2007) refere que a intervenção com base na prevenção engloba três níveis estratégicos, que são a prevenção universal, a prevenção seletiva e a prevenção indicada. Observemos um excerto da tabela, apresentada pela autora (consultar tabela 1).

Tabela 1

Níveis estratégicos de intervenção na prevenção

Universal	Seletiva	Indicada
População Geral	Subgrupos com características idênticas identificadas como de risco	Indivíduos com características específicas identificadas como de risco
Não avalia o risco individual	Avalia o perfil de risco do grupo, mas não avalia o perfil individual	Avaliação de risco individual
Retarda o início ou previne o uso/abuso	Retarda o início ou previne o uso/abuso	Parar o progresso do abuso e/ou problemas associados

Fonte: Baseado em Marques (2007, p. 83).

No que diz respeito à prevenção na utilização de substâncias, esta é feita no sentido da diminuição dos consumos através de estratégias que evocam os fatores protetores e diminui os fatores de risco. Isto acontece através de programas de intervenção que englobam de forma geral o indivíduo e também a sua família, os pares, a escola e a comunidade de maneira geral (Marques, 2007). De acordo com Marques (2007), há três componentes fundamentais na compreensão do uso de substâncias que são, a substância em si, o indivíduo e o contexto. Estas vertentes têm uma causalidade que determinam a atuação de fatores de risco ou de fatores protetores, que por sua vez levam ou não ao consumo.

Para que haja uma intervenção adequada deve ser feito um diagnóstico inicial, pois, os problemas com substâncias aditivas são diferentes entre os adolescentes e os adultos, por isso é importante que os programas de intervenção e de tratamento sejam

desenhados especificamente para os adolescentes. É necessário que a intervenção permita compreender necessidades do meio, as características dos indivíduos e o nível de risco e que as estratégias incluam também a participação do público-alvo através de metodologias interativas (Winters, Botzet, & Fahnhorst, 2011). Em todos os casos, a equipa técnica deve ser constituída por profissionais especializados e capacitados com experiência na área, para que possa ser desempenhado um trabalho coeso.

Em Portugal, há uma necessidade crescente de desenvolver ações direcionadas para diferentes contextos, nomeadamente, a família, a escola, a comunidade, locais de trabalho e locais recreativos, entre outros agentes. Relativamente à intervenção em meio escolar, esta é fundamental, pois é na escola que as crianças e jovens passam uma grande parte do seu tempo e dão continuidade ao seu processo de socialização aprendido junto dos cuidadores. É em idade escolar que os alunos passam por transformações físicas e psicológicas que os deixam muitas vezes à prova e que são confrontados com situações novas, sendo algumas de risco. É também na escola que os membros da comunidade escolar, devido à sua função educativa, podem detetar inúmeros fatores de risco e intervir precocemente. As aprendizagens neste contexto são variadas, e a conduta social e emocional é importante para o desenvolvimento pleno dos nossos jovens.

Os projetos escolares, no que diz respeito ao consumo de substâncias, são por isso essenciais e podem ser de cariz universal e devem incluir as famílias e a comunidade, assim como trabalhar no sentido do sucesso escolar despromovendo o abandono precoce e o insucesso. De acordo com Marques (2007) é essencial abranger a faixa etária dos 11-14 anos e promover competências pessoais e sociais nestes jovens. O mesmo se inclui nos jovens mais velhos, mas já com temáticas mais avançadas em termos de promoção e capacitação de competências (Marques, 2007). É, por isso, necessário ouvir o que o jovem tem a dizer sobre o assunto, quais as suas perspetivas e experiências, através de conversas formais e informais. Além disso, é importante que na escola e em cada turma haja conhecimento dos fatores de risco e do consumo de substâncias e do seu tipo, de modo que a prevenção ou intervenção possa ser adequada a cada contexto, ao invés de ser generalizada.

Assim, de acordo com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos (2016), o tratamento no que diz respeito aos comportamentos aditivos poderá ser definido “como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas destinadas a lidar com os problemas de saúde dos outros, que resultam comportamentos aditivos e dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social” (s/p). Winters et al.,

(2011) referem que os consumidores são encaminhados para um dos seguintes níveis: o serviço de intervenção precoce, o tratamento de ambulatório, o ambulatório intensivo, o tratamento residencial ou o internamento.

Para este trabalho de investigação importa focar o serviço de intervenção precoce, que contempla o trabalho dos serviços educacionais ou de intervenção breve e que abarca diferentes orientações.

2.1. A rede comunitária e local

As intervenções a nível local e comunitário visam, sobretudo, prevenir o consumo de substâncias psicoativas e como tal são ativados vários recursos de modo a unir esforços para que os objetivos estabelecidos sejam atingidos. Desses recursos fazem parte instituições públicas e/ou privadas, associações, coletividades, organizações, entre outros agentes, cujo objetivo será fazer uma análise de necessidades, identificar o público-alvo, definir objetivos, planificar e implementar estratégias adequadas ao contexto, identificar os recursos, implementar o programa e por fim, avaliá-lo.

De acordo com Vilar, et al., (2013), de todas as organizações, a escola é a que mais esforços interventivos tem feito, sendo que é o agente mais importante na criação de competências nos jovens e como tal, tem um papel fundamental na integração e preparação social dos seus alunos para que estes tenham um crescimento saudável. No entanto, é em contexto escolar que os jovens passam pela idade de risco no início dos consumos, e efetivamente, é nessa altura que a maior parte dos consumos nos jovens se inicia e tem a sua continuidade. Assim, é fundamental que a escola crie projetos de prevenção e que exacerbam os comportamentos saudáveis e que não passam pelo consumo de substâncias.

Esses projetos devem incluir toda a comunidade educativa e devem ser continuados no tempo, de acordo com a diferente fase em que o jovem se insere e tendo em conta as suas necessidades, sendo que o objetivo será sempre promover a saúde (Marques, 2007). Contudo, se esta intervenção for realizada por si só, não será suficiente se não for acompanhada da intervenção familiar e da comunitária. Há que ter em conta que vários jovens que consomem substâncias psicoativas abandonou os estudos e por isso já não estão inseridos nesse contexto.

A escola é uma instituição que acolhe muitos jovens das mais variadas idades e que passam grande parte do tempo na mesma. A maioria dos jovens não consome

substâncias psicoativas, no entanto, todos devem ser informados e prevenidos face aos riscos que correm caso enveredem por esse caminho. Assim, para que seja desenvolvido um trabalho coeso, todos os agentes que fazem parte do meio escolar e que tem conhecimento para intervir a nível de prevenção, devem ser recrutados como agentes indispensáveis (Iglesias, 2002).

De acordo com Marques (2007), o Ministério da Saúde através do Núcleo de Educação para a Saúde, desenvolve e apoia atividades nas escolas de “«promoção da saúde em meio escolar», tendo por base vários documentos de referência que convergem no sentido da orientação para a adoção de estilos de vida saudáveis e/ou atitudes críticas face a contextos de risco” (p.18), que claramente inclui entre outros temas, o consumo de substâncias psicoativas.

De facto, a escola constitui o meio privilegiado e de transmissão de conhecimentos que pode atuar como um agente de intervenção no que diz respeito à promoção de competências que visem ajudar os jovens a construir a sua uma identidade, através do desenvolvimento intelectual, emocional, psicológico e até mesmo físico (Marques, 2007). O que se tem verificado é que os jovens em idade escolar, que deveriam usufruir dos programas de prevenção do consumo de substâncias, são muitas vezes, os que se encontram em absentismo escolar ou que não querem responder aos inquéritos, tornando este tipo de prevenção por si só, como não sendo suficiente. Assim, os programas de intervenção seletiva podem resultar melhor em determinados casos, mas para isso a escola tem de contar com o apoio de outros profissionais que não apenas os professores e não pode ser a única responsabilizada por este trabalho.

Assim, a estrutura familiar pode ser uma mais-valia neste sentido, pois é fundamental para o desenvolvimento pleno de um jovem dado que constitui um papel essencial no processo de socialização da criança/jovem e podem constituir uma estrutura protetora fundamental. Os programas de prevenção de consumo de substâncias em contexto familiar, tem sido cada vez mais, uma aposta de onde se esperam colher bons frutos, e geralmente estão ligados aos programas escolares. Estes englobam a família no processo de intervenção no consumo de substâncias, de forma que o resultado seja mais promissor, sendo o objetivo “promover habilidades educacionais e de comunicação dentro da família, aumentar o senso de competência dos pais, a capacidade de resolução de problemas e consciencializar sobre a importância que eles têm como agentes de saúde para os seus filhos” (Plano Nacional sobre Drogas, 2000, s/p).

O problema destes programas é que os pais que mais necessitam de ajuda raramente recorrem a este serviço e quando recorrem, na sua maioria apenas um dos progenitores faz o devido acompanhamento nas sessões. Assim, o ideal seria implementar desde cedo esse programas em famílias cujo risco de os jovens enveredarem pelos consumos seja mais promissor, até pelo histórico familiar (Marques, 2007).

Também é fundamental que haja intervenção direcionada para as famílias consideradas problemáticas ou com histórico de consumos, ou com alto risco de consumir, através dos programas de intervenção familiar ou aliar a programas comunitários, até porque a família tem um papel fundamental no desenvolvimento socio-afetivo das crianças importantíssimo.

De acordo com Iglesias (2002), a prevenção mais ampla deveria ser a comunitária e de uma forma mais especializada. Para tal, tem de ser mobilizados diversos agentes da comunidade, tais como, pessoas, instituições, organizações, coletividades, entre outros. As intervenções implementadas em contexto comunitário “devem incidir sobre o apoio ou promoção de respostas em rede, em articulação com ONG/IPSS e outros *stakeholders*, promovendo uma reflexão sobre a sobreposição de objetivos para a intervenção em problemáticas diferentes e a possibilidade de desenvolvimento conjunto de intervenções no âmbito da formação de profissionais e de desenvolvimento de competências socioemocionais” (Vilar et al., 2013, p.46).

O que remete para a ideia de que quanto mais abrangente for e quanto mais entidades participarem, maior é a probabilidade de chegar a mais pessoas e de ter mais impacto. Para tal, é fulcral haver uma boa coordenação e planificação dos programas a serem implementados, adequando os planos á necessidade de uma comunidade em específico ao invés da comunidade no geral. Para que este processo seja bem articulado, de acordo com Santacreu (1995, citado por Iglesias, 2002) devem ser avaliadas as

necesidades e identificación de las poblaciones de riesgo, establecimiento de las metas de la prevención, establecimiento de los objetivos, planificación y establecimiento de estrategias de cambio, identificación de recursos, adecuación de recursos-necesidades (entre lo que se tiene y lo que se necesita, en función de metas y objetivos concretos), establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas, implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos con el mismo (p. 80).

Para tal é necessário conhecer em profundidade o perfil da comunidade e dos consumidores. Os espaços recreativos e/ou desportivos também podem ter um papel

fundamental no desenvolvimento de competências pessoais e sociais nos jovens que podem levar à prevenção dos comportamentos de risco, em específico do consumo de substâncias psicoativas. De acordo com Vilar et al., (2013), em contexto recreativo é importante apostar numa sensibilização pensada e articulada, sobretudo com as entidades de saúde, como é o caso de eventos ou festivais que atraiam jovens. O contexto desportivo, considerado o espaço onde primam pela introdução de regras básicas, pela cooperação, pela necessidade de hábitos saudáveis e permitem que os jovens possam ter uma boa saúde física e mental. O desporto é fundamental para a saúde e qualidade de vida, o que pode permitir regular a predisposição para os consumos. É importante que haja uma sensibilização para os jovens face aos efeitos nefastos neste contexto, e também para os dirigentes desportivos e todo o staff que acompanha esses jovens e pode ter um papel fundamental no processo de sensibilização (Vilar et al., 2013).

Existem outros tipos de prevenção primária, entre eles, a prevenção no âmbito da saúde, nomeadamente em Centros de Saúde e hospitais que podem fazer a promoção da educação para a saúde e conseqüentemente a prevenção de comportamentos de risco (Iglesias, 2002).

2.2. Projetos e o papel dos técnicos na prevenção

Tendo em conta as alterações e os reflexos do consumo de substâncias psicoativas em Portugal, nos últimos anos, surgiu a necessidade de investir em políticas estruturadas na área da prevenção e da intervenção. Não só em Portugal, mas também a nível da União Europeia, com a existência do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), sediado em Lisboa e que tem como missão fornecer informações claras, fiáveis e comparáveis sobre a droga e a toxicodependência, além das respetivas conseqüências. Além disso, tem o objetivo de fornecer dados relevantes para o quadro de definição de políticas e das diligências a ter em conta na luta contra a droga e deve garantir que as políticas da UE relativamente às drogas respondem aos novos desafios, e através do fornecimento de evidências (União Europeia, 2022).

Em Portugal, o Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI) é uma medida estruturante e de âmbito nacional cujo objetivo é promover a intervenção integrada no que concerne ao consumo de substâncias psicoativas (Dependências, 2021). Esta medida utiliza uma metodologia específica que privilegia os diagnósticos corretos e que por sua vez justificam a contratualização de terceiros (ONG) no que respeita a intervenções e resposta em territórios considerados prioritários (Cordeiro, 2016). Este

programa, aliado aos Programas de Respostas Integradas (PRI) conseguiu reorganizar as intervenções a nível nacional, aliado às entidades locais, de forma que os recursos fossem potenciados (Cordeiro, 2016). O PRI é composto por respostas interdisciplinares e multissetoriais e que fazem um diagnóstico a nível territorial, quer a nível da intervenção, da diminuição dos comportamentos de risco, do tratamento ou da reinserção (Dependências, 2021).

O nosso país conta com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) que tem como missão a redução do consumo de drogas e a diminuição dos casos de toxicodependências. Assim, tem como o objetivo promover uma estratégia híbrida que englobe o combate e a prevenção dos consumos, na redução dos riscos e dos danos que os mesmos possa acarretar e na reinserção social dos consumidores (SICAD, 2022). O IDT, entre outros, tem também o papel fundamental de auxiliar no bom funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, incentiva à investigação nesta área, e apoia na formação dos profissionais que trabalham nesta vertente. E muito importante trabalha em articulação com outras entidades, no sentido de chegar a um número maior de pessoas prestando um conjunto de serviços que pode ser em espaço escolar, familiar, em instituições, ao ar livre, entre outros, de forma a promover a intervenção num serviço de proximidade (SICAD, 2022).

As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) são também uma valência direcionada para a prevenção dos consumos e atuam em cada capital de distrito do nosso país e na Regiões Autónomas. A sua missão assenta no conceito de que é necessário punir os consumos, mas sobretudo prevenir e dar a possibilidade dos indivíduos terem uma vida mais digna. Assim, num caso de consumos problemáticos, as pessoas devem ser encaminhadas para estruturas de apoio, nas quais é desenvolvido um trabalho individual, na qual as sanções são aplicadas, mas adequadas à situação pessoal, profissional e social do indivíduo (SICAD, 2022). De acordo com Cordeiro (2016), as CDT têm como objetivo demover os consumos através de medidas de contraordenação, ao contrário do cariz criminal que é o expectável, sendo que os seus técnicos têm como incumbência ajudar os indivíduos a chegarem até às respostas existentes na comunidade, tendo em conta o perfil dos mesmos. Os encaminhamentos podem ser feitos para os Centros de Respostas Integradas (CRI), sendo estes integrados na Administração Regional da Saúde (ARS). No entanto, de acordo com Marques (2017), a intervenção é feita quando as autoridades policiais abordam um consumidor maior de 16 anos e elaboram um auto de contraordenação que determina a apresentação dessa pessoa nos

CDT da área de residência, onde será aplicado um processo de contraordenação e determinado o tipo de consumo. A partir daí desenrola-se a restante avaliação e intervenção, de acordo com os critérios estabelecidos pela lei e do envolvente do indivíduo.

A Linha da Vida SOS Droga (LVSD) é um Serviço de Aconselhamento telefónico anónimo, gratuito e confidencial que atua na área dos comportamentos aditivos e das dependências, cujo objetivo é “prestar suporte emocional em situações de crise, esclarecer dúvidas e refletir sobre questões relacionadas com os comportamentos aditivos, dependências e temáticas associadas” (SICAD, 2022). Esta linha atua essencialmente ao nível do aconselhamento, da informação e do encaminhamento dos indivíduos consumidores de substâncias psicoativas ou outros comportamentos aditivos, ou outras pessoas que necessitem de informações ou esclarecimento sobre os mesmos.

Os Centros de Resposta Integradas (CRI) são constituídos por equipas multidisciplinares que implementam “programas de intervenção local no que respeita à prevenção dos consumos aditivos e dependências, bem como prestam cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime de ambulatório” e contam com equipas de intervenção comunitária, cujos objetivos são: trabalhar em prol da prevenção e diminuir os comportamentos de risco relativamente aos comportamentos aditivos e dependências. (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Esses objetivos são postos em prática através de ações implementadas na comunidade, nas escolas e/ou famílias e no “acompanhamento de projetos ou ainda de supervisão/parcerias no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências” (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Além disso, os CRI dispõem de equipas técnicas especializadas que são multidisciplinares e partem de uma premissa terapêutica, dando uma resposta individualizada e uma intervenção médica especializada.

Especificamente na área da prevenção, o programa juvenil “Tu-Alinhas”, criado pelo Instituto da Droga e Toxicodependência e atual SICAD criou um site com conteúdos dirigidos à população jovem. O seu objetivo é a promoção dos comportamentos saudáveis e prevenção de consumos, através da disponibilização de informações sobre substâncias, as leis, o uso e abuso de substâncias, entre outros (SICAD, 2022). Nele está incluído o Programa “Eu e os Outros” do SICAD, que está ligado à prevenção dos comportamentos ligados ao consumo de substâncias psicoativas, é coordenado pelo SICAD em parceria com a administração regional da saúde (ARS). Este deve ser implementado através de “um diagnóstico e de um plano integrado de intervenção preventiva (...) para além da

componente do desenvolvimento de competências pessoais e socio emocionais e da componente informativa” (Melo et al. p.16). O Programa de intervenção contempla nove narrativas a ser exploradas, em grupo, com nove personagens que fazem referência a diferentes papéis sociais (SICAD, 2022). Este, abarca 79 escolas e instituições, conta com cerca de 800 professores e técnicos formados, chega até mais de 3200 crianças e jovens e 653 famílias (SICAD, 2019). Para que um professor ou técnico possa trabalhar com este Programa, deve capacitar-se de forma que possa desenvolver um trabalho mais complexo com os jovens.

Ainda na área da prevenção, o Programa “Cuida-te+”, do Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ) contempla vários parceiros e tem como objetivo promover a saúde dos jovens e ampliar os estilos de vida saudáveis através de um trabalho desenvolvido em diversas áreas, entre elas os comportamentos aditivos e as dependências. Essa promoção é feita com jovens entre os 12 e os 25 anos através do aconselhamento e do treino de estratégias específicas, através de cinco medidas: das unidades móveis, da formação, do teatro/debate e dos gabinetes de saúde juvenil. Segundo dados estatísticos, em 2018 este Programa chegava até mais de 114.000 jovens, sendo a sua continuidade dada como fundamental (SICAD, 2019).

O Programa “Trilhos – Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais” destina-se a jovens, e tal como o próprio nome indica, estimula as competências de vida em contexto escolar, através da prevenção dos comportamentos de risco. O objetivo deste Programa é “reduzir, no prazo de três anos, o número de alunos que inicia o consumo de tabaco, álcool e cannabis antes dos 15 anos de idade” (Tavares & Abraão, 2010, p.3). Este comporta várias sessões a ser implementadas no 3.º ciclo do ensino básico e inclui a vertente informativa, a tomada de decisão e resolução de problemas, a regulação emocional e as competências de comunicação.

É de referir também os programas de sensibilização no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que incluem um trabalho focado em ações de sensibilização através da Escola Segura (GNR/PSP), a Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências da Casa Pia de Lisboa que promove a implementação de um Guião para a Intervenção em CAD nos diversos Centros Educativos de Acolhimento Residencial. É de mencionar ainda a Educação para a Saúde, uma iniciativa do Ministério da Educação implementada em Escolas e Agrupamento de escola públicas, que responderam ao inquérito da Direção Geral da Educação (DGE) e que abordam as temáticas dos CAD (SICAD, 2019).

Além disso, é possível encontrar documentação técnico-normativa, tal como, o projeto de investigação “Intervenção em Reinserção e de Pessoas em CAD”, do qual fazem parte o SICAD, ARS, IP e FPCEUC e o documento “Crianças e Jovens no âmbito dos Comportamento Aditivos e Dependências e Proteção – Linhas de Orientação Técnica” do SICAD, DICAD/ARS, IP e, por fim, o desenvolvimento de novos projetos piloto dentro do Programa “Eu e os Outros” do SICAD (SICAD, 2019). Estes documentos, essencialmente, constituem diretrizes e recomendações que visam orientar os profissionais na “implementação e avaliação de intervenções no âmbito da promoção da saúde e prevenção dos CAD” (SICAD, 2013, p. 6).

2.3. O contributo do educador social para a intervenção

O processo educativo é fundamental em qualquer sociedade, implica sempre uma relação e pode ser entendido como um processo necessário e essencial para qualquer mudança que se queira implementar na comunidade. Para esse processo, pode ser considerada a educação social e os técnicos especializados que dela fazem parte, de forma a dar respostas às necessidades educativas da comunidade em geral e com enfoque na população mais vulnerável.

Tal como refere Baptista (2007),

os educadores sociais atuam em favor da capacitação subjetiva e cívica de todas as pessoas e ao longo de toda a sua vida, designadamente daquelas que, por se encontrarem em situação de especial vulnerabilidade, requerem intervenção pedagógica e especializada e prioritária (p.42).

Assim, as pessoas vulneráveis devem beneficiar de ações educativas e de promoção do bem-estar, privilegiando a intervenção precoce com as crianças e os jovens (Carvalho & Baptista, 2004), embora o educador social deva atuar nas mais diversas faixas etárias nas quais pode e deve estabelecer pontes entre diferentes agentes: indivíduo, família, instituições, organizações e sociedade. A par disso, torna-se cada vez mais eminente, com todas as mudanças que temos assistido no mundo, repensar a forma como educamos os cidadãos, pois, cada vez mais somos confrontados com situações que nos colocam à prova de uma forma mais imprevista e eminente. Com o aumento da inflação, o aumento do desemprego ou o emprego precário, as guerras, os desastres naturais, entre outros, assistimos a mais situações de exclusão social que tendem a ser intensificadas e que podem levar a problemas sociais graves. Estes aspetos levam a uma reflexão dos profissionais de todas as áreas, nomeadamente, da educação social que, de acordo com

Jesus (2018) e Ortega (2005), no mundo atual, preocupa-se com três questões essenciais: aumentar o reconhecimento profissional, aprofundar a ética profissional em termos de ideologia, de direitos humanos, entre outros, e implementar mais veemente uma visão sistêmica e em rede.

Assim, a educação social deve ter “espaços compartilhados de ação, reflexão e pesquisa diante dos novos desafios sociais, em diálogo com os múltiplos agentes e perspectivas, explorando e transferindo conhecimentos derivados da indagação, explicação e interpretação que lhe corresponde como um assunto chave no campo educacional” (De-Juanas & Rodríguez-Bravo, 2018, citados por Caride, 2021, p.26). O que enfatiza a ideia de que o educador social desempenha um papel essencial junto da comunidade, pois contribui para a integração social e além disso, pode ser um agente de intervenção que avalia as necessidades e coloca em marcha uma ação junto de uma determinada população alvo e em articulação com os demais agentes comunitários. Este profissional faz parte de uma intervenção socioeducativa que mobiliza recursos e agentes e os coloca em funcionamento, pelo que trabalha com grupos ou com indivíduos de forma isolada e que são socialmente desprivilegiados trabalhando a promoção social e diminuindo o risco de pobreza e exclusão social, através de estratégias consolidadas e da implementação de projetos educativos (Sáez & Molina, 2006). Além disso, os educadores sociais são agentes que “realizam um diagnóstico social e desenham uma intervenção geral” (p.249), e neste tipo de ação interventiva é importante delimitar o grupo, implementar objetivos e indicar qual o tipo de prevenção a ser implementado, assim como vai ser implementado e como vai ser avaliado (Munoz, 2003). Dentro deste campo, o educador social pode adequar uma série de metodologias de intervenção e ferramentas educativas das quais está apto para dominar, nomeadamente, as

técnicas como *entrenamiento en habilidades sociales*, proporcionar información objetiva sobre las drogas según la edad de las personas a las que va dirigida la intervención, conocimiento de la percepción distorsionada sobre el consumo, conocimiento e inmunización ante la influencia de la publicidad para el consumo de drogas y otras conductas no saludables, juego de roles para escenificar el ofrecimiento y rechazo de distintas sustancias, selección de líderes de grupos para que el trabajo en grupo sea más adecuado y se acerque lo más posible a la situación natural, etc. (Iglesias, 2002, pp. 416-417).

Também Carvalho e Baptista (2004) referem que este profissional utiliza metodologias e técnicas orientadas para a prática social de intervenção, referindo que o educador social pertence “a um espaço profissional desenhado no ponto de encontro, e de cruzamento, entre a área de trabalho social e da área da educação” (p.83), tornando assim abrangente a sua área de atuação. A estratégia de uma ação comunitária é fundamental para que haja uma transformação social e conseqüentemente para que as pessoas saibam lidar de forma estratégica com os problemas que vão surgindo nas suas vidas. Ou seja, é trabalho do educador social ter uma relação educativa e capacitar os indivíduos para a promoção de competências pessoais e sociais, sendo que de acordo com Capul e Lemay (2003), uma relação educativa no contexto da intervenção social passa por quatro fases essenciais: a função de acompanhamento, a função avaliativa, a função de modificação do comportamento e a função de mediador. O que os autores transmitem é que o educador é um mediador que auxilia no processo de aprendizagem do indivíduo, sem impor a sua presença, avaliando a evolução do sujeito e promovendo a sua evolução. De acordo com Haro (1998, citado por António & Arco, 2021), as suas

principais dimensões situam-se no plano do conhecimento: para ter capacidade de entender fenómenos sociais; no plano da ação: criando atividades e envolvimento das pessoas, dando-lhes sentimento de autoconfiança e capacitando-as para enfrentar os problemas; e no plano da relação com intenção de intervir na vida das outras pessoas, procurando influenciar positivamente o seu percurso (p.106).

De acordo com Mateus (2012), o educador social é um dinamizador que está apto a lidar com os mais diversos sentimentos e emoções, pelo que é caracterizado como um agente promotor de mudança e um gestor de complexidade emocional. Por este motivo, o mesmo deve desenvolver as suas competências socio emocionais, não só de forma que possa usufruir delas, mas também, para que as possa transmitir, neste caso aos jovens com que trabalha. Casel (2015) organiza as competências socio emocionais em cinco domínios fundamentais: o autoconhecimento, a autorregulação, a consciência social, a gestão de relações e a tomada de decisão. Sendo que no caso da intervenção com jovens, estas competências podem ser apreendidas pelos mesmos e replicadas em qualquer contexto de vida, quer em família, quer no contexto escolar, que geralmente se foca no ensino das diferentes disciplinas e não tanto nas relações interpessoais.

Na intervenção com a família e, sobretudo, com os pais, de acordo com Tedesco (1995), o educador social é um mediador sociopedagógico, sendo fundamental trabalhar uma série de competências relacionadas com a comunicação, a gestão de conflitos e a

negociação, deve ser desenvolvido um trabalho de consciencialização dos riscos e potenciar atitudes refletidas e de equilíbrio naquelas que são as necessidades dos pais e dos adolescentes. Dado que a família constitui um papel fundamental relativamente às competências socio emocionais das crianças que irão contribuir para o desenvolvimento da personalidade das mesmas, apesar deste papel crucial, a família tem tendência a pressupor que a escola é que tem o papel de ensinar, e a escola entende que o seu papel é de ensinar (Tedesco, 1995).

Perante esta duplicidade de papéis e de funções, para além da família, o espaço escolar e a comunidade constituem locais privilegiados no que respeita à articulação de saber e de práticas educativas. No entanto, a escola ainda não está totalmente orientada para as práticas sociais, privilegiando a área formativa e educacional (Mateus, 2012). No contexto escolar, o educador social deve mostrar as suas competências e “eleger a educação como uma das prioridades de intervenção social significa a sua inserção num quadro amplo de discussão pública onde ela surge, obrigatoriamente, combinada com uma economia, uma história, uma cultura, uma geografia – uma política” (Baptista, 2007, p. 148).

Neste sentido, pode fazer parte dos programas de capacitação a serem implementados com a comunidade escolar no geral e o ideal seria haver programas de sensibilização a ser implementados desde o pré-escolar e para toda a população. Esses projetos devem englobar os pais e envolvê-los para um processo de aprendizagem mais rico e consolidado no futuro e, além disso, deve promover junto dos jovens o “desenvolvimento de competências socioemocionais, suportadas num aumento de informação sobre os efeitos das substâncias e o seu enquadramento legal, perceção de riscos e consciência das consequências associadas mais frequentes” (Vilar et al., 2013, p.41). Para tal, pode recorrer-se a estratégias educacionais que podem passar, de acordo com Ortega (2005), por três tipos de educação: a educação formal, a não formal e a informal dos quais o educador social pode participar numa intervenção socioeducativa ao longo da vida, seja ela em contexto escolar ou na intervenção com a família. É importante, também que na intervenção preventiva seja reforçada a participação dos jovens em sociedade e na cidadania e para que tal aconteça é importante promover uma articulação entre os diferentes parceiros locais por forma a unir esforços e a tirar todo o foco e sobrecarga das instituições de ensino (Vilar et al., 2013).

Relativamente ao papel do educador social na comunidade, importa referir que a mesma constitui um meio coletivo no qual um indivíduo se integra e cria relações de

convivência e de aprendizagem, como tal, é fundamental que seja um elemento de intervenção de forma a promover a reflexão coletiva e a mudança. De acordo com Martins (2013), os programas de intervenção social devem ser planejados com objetivos definidos e estratégias claras que vão ao encontro com as necessidades do público-alvo.

Assim, o educador social deve responder aos desafios do meio, atuando como um mediador que “redefina as suas intervenções na sociedade atual, em sintonia com as redes sociais e de informação/comunicação e de ação...” (Martins, 2013, p.16). Além disso, este profissional deve atuar na comunidade de forma interventiva “no contexto da socialização, convivência comunitária e na formação para uma cidadania ativa, teremos que ter em conta as possibilidades de desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida...de modo a promover a consciência da responsabilidade social e formação do indivíduo...” (Martins, 2013, p.17). O educador social atua, por isso, como um agente socioeducativo que promove o desenvolvimento comunitário, em articulação com outros agentes de intervenção de forma a potenciar a participação da comunidade e das organizações promovendo a integração social dos mais desfavorecidos. Tal como refere Martins (2013) é necessário que haja “políticas orientadas para grupos sociais em situação de pobreza, precariedade, vulnerabilidade ou de risco social de exclusão; as políticas dirigidas a pessoas e zonas em processo de integração, facilitando a inclusão, transição e acesso ao mercado de trabalho” (Martins, 2013, p.17).

Como tal, os educadores sociais através das suas competências podem contribuir para a capacitação do indivíduo para a integração social, nomeadamente na atuação com os adolescentes quer na prevenção, quer na intervenção em casos de consumos. Estes profissionais podem ainda contribuir para a intervenção em casos de consumos através da construção de projetos de vida que, de acordo com Vieira (2009), se processam através da construção de identidade “integrando as suas experiências passadas e presentes, com o fim de dar um sentido ao futuro” (p. 44). Sendo que os projetos de educação social, mais uma vez, devem contemplar a participação de todos, nomeadamente, o indivíduo, a escola, a família e a comunidade numa lógica de mostrar a importância de cada agente para o sucesso do projeto desenvolvido (Carvalho & Batista, 2004).

Por fim, de acordo com Carvalho e Baptista (2004), a educação social depara-se com algumas dificuldades na sua atuação, por um lado devido ao aumento da população alvo e por outro devido à complexidade dos casos e das tarefas que lhes são apresentados, sendo fundamental o investimento no trabalho em rede, com equipas multidisciplinares.

Capítulo II – Investigação Empírica

Neste capítulo é descrita a investigação realizada através da apresentação da formulação do problema e objetivos do estudo, da metodologia e questões éticas, da técnica de recolha de dados, categorias, subcategorias e indicadores, da caracterização dos participantes, da apresentação, análise e discussão dos dados.

1. Formulação do problema e objetivos do estudo

Da necessidade de delimitar a temática que temos vindo a aprofundar, nomeadamente, o consumo de substâncias psicoativas na adolescência, surgiu a questão de investigação: “De que forma os técnicos podem contribuir para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas perceções sobre a intervenção?”

Uma pesquisa deve ter os objetivos especificados de forma que a investigação seja consolidada. De acordo com Marquet e Quivy (1998), os objetivos são um marco para se determinar o que queremos saber e alcançar em termos de pesquisa, e por isso, devem ser claros, exequíveis e pertinentes. O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar a perceção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência. Os objetivos específicos são os seguintes:

1. conhecer as dinâmicas dos projetos de intervenção face à identificação e encaminhamento dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas;
2. conhecer a perspetiva dos técnicos no que respeita à articulação da rede face à intervenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência;
3. analisar as formas de intervenção mobilizadas pelos técnicos no terreno;
4. compreender os efeitos da intervenção dos técnicos, nos adolescentes, nas famílias, na escola, na comunidade.

No ponto seguinte é descrita a metodologia adotada e as questões éticas consideradas neste estudo.

2. Metodologia e questões éticas

De acordo com Morais (2013), a metodologia deve ver respondidas algumas questões, tais como: O que se vai fazer? Como? Quando? Que instrumentos devemos usar? de modo que os objetivos do estudo possam ser respondidos.

Assim, tendo em conta os objetivos deste trabalho de investigação foi utilizado o método qualitativo que pode ser definido como: “uma metodologia de investigação que tem como enfoco os processos e significados que não podem ser experimentalmente examinados ou medidos em termos de quantidade, valor intensidade ou frequência” (Denzin & Lincoln, 2000, p.6). Esses processos caracterizam-se como sendo: comportamentos, atitudes, opiniões/ percepções, conhecimentos, emoções, valores, significados. Nesta perspetiva, o investigador deve atuar como “neutro” quando está no processo de investigação e na interação com o seu objeto de estudo, partindo do particular para o geral. O investigador, na investigação qualitativa, tem um papel preponderante na pesquisa, pois é ele que observa diretamente os comportamentos dos participantes, examina os documentos e entrevista-os, podendo recorrer a insight pessoal mantendo um posicionamento não avaliativo através de um processo indutivo (Creswell, 2015). O método qualitativo “Diz respeito às qualidades das entidades, aos processos e significados que não podem ser experimentalmente examinados ou medidos em termos de quantidade, valor, intensidade ou frequência” (Denzin & Lincoln, 2000, p. 8). Por isso é que este método é o mais indicado para esta pesquisa que pressupõe uma análise em profundidade e sem enviesamentos, de forma que seja possível analisar os dados recolhidos e elaborar conclusões estatísticas. A metodologia deve ir ao encontro do objeto de estudo, dado que segundo Günther (2006), utiliza instrumentos específicos, não padronizados que permitem que a pesquisa seja flexível.

Para a recolha de dados desta investigação recorreremos ao cumprimento de normas e princípios éticos, como o anonimato e a confidencialidade das informações, que foram assegurados, revelando que seriam utilizadas expressamente para fins académicos. Foram, por isso, elaborados dois guiões de entrevistas (para as entrevistas individuais e o *focus group*). Aos entrevistados foi dado a conhecer os objetivos desta pesquisa, bem como os procedimentos de recolha e tratamento de dados. Foi informado que se não se sentissem confortáveis a responder a alguma questão poderiam recusar, e mediante o consentimento dos entrevistados, foram assinados os termos de consentimento (consultar anexo I).

De seguida, estão descritas as técnicas de recolha de dados utilizados nesta investigação, assim como a caracterização das mesmas.

3. Técnicas de recolha de dados

Para este trabalho, a técnica de recolha de dados utilizada foi o inquérito por entrevista, considerando as entrevistas individualizadas e o *focus group*. As entrevistas individualizadas, semiestruturadas, foram realizadas com base num guião elaborado para o efeito, com tópicos a explorar e composto por questões abertas, de modo que o entrevistado possa refletir sobre a questão, sendo privilegiada a interação direta. O que vai ao encontro do que Ruquoy (1997) refere sobre a entrevista, uma vez que “enuncia os temas a abordar com o objetivo de intervir de maneira pertinente para levar o entrevistado a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fala espontaneamente” (p. 102). Correspondendo assim, a um estímulo para que o entrevistado possa falar, usando os seus próprios termos. Também Oliveira (2008) sustenta esta afirmação, ao referir que a entrevista semiestruturada permite que o entrevistado compreenda melhor as questões que lhes são colocadas e há sempre a possibilidade de acrescentar novas perguntas.

O *focus group*, também considerado como entrevista de grupo, constituiu uma ferramenta utilizada nesta pesquisa, tendo sido também elaborado um guião para este efeito. Permitiu compreender as atitudes e opiniões dos participantes acerca de um tópico, sendo que estão subjacentes às experiências dos mesmos. Além disso permitiu observar a diversidade e o consenso entre os participantes e ajustar a linguagem às diversas situações (Merton et al., 1990).

O tratamento de dados foi realizado através da análise de conteúdo, que consiste num

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2016, p. 42).

Nesta técnica, o objeto de estudo é o registo que é feito através de um texto, de um documento, de uma fala ou vídeo. Pressupõe um conjunto de técnicas de análise exploratória de diferentes opiniões e perceções acerca de um determinado tema e em que

são descritos os conteúdos retidos nas mensagens analisadas, sendo importante descrever, analisar e interpretar (Bardin, 2016).

3.1. Guiões de entrevista

Numa primeira fase foram elaborados dois guiões de entrevista, semiestruturados com questões de resposta aberta, que foram analisados por especialistas, indicando algumas sugestões de melhoria. Deste processo resultou um guião de entrevista a utilizar nas entrevistas individuais e outro guião para o *focus group* (consultar os anexos II e III). Tal como já foi sendo referindo, em particular, este guião teve como objetivo obter, por um lado, informações mais pormenorizadas e aprofundadas e por outro, a opinião de grupo, com incentivo ao debate e contou com a participação de oito pessoas. De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a entrevista “tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema” (p. 196). A entrevista semiestruturada dá liberdade ao entrevistador de conduzir a entrevista de forma a explorar uma questão, sendo que em geral as questões são abertas o que permite respostas mais informais (Marconi & Lakatos, 2003).

As entrevistas individuais foram compostas por três pessoas e tiveram uma duração média de uma hora e a entrevista de grupo (*focus group*) durou duas horas. Importa referir que as entrevistas foram agendadas mediante a disponibilidade dos participantes.

No próximo ponto apresentam-se as categorias, subcategorias e indicadores definidos.

4. Categorias, subcategorias e indicadores

Para este trabalho de investigação recorreu-se à análise de conteúdo para o tratamento dos dados, cujo método engloba três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos dados (Bardin, 1977). De acordo com Bardin (1977), as categorias são classes que reúnem elementos, denominados de classes de registos, sendo que devem ser pertinentes, objetivas e fidedignas. Saldana (2009) refere que uma categoria pode condensar a informação e é um ato de interpretação, que está dependente do enquadramento teórico. As categorias são construídas a partir dos dados e são descritivas, sendo que umas podem emergir dos dados analisados e outras da literatura.

Assim, as categorias definidas neste trabalho foram estabelecidas inicialmente, de acordo com o enquadramento teórico da temática em questão. Realizadas as entrevistas, procedeu-se à transcrição das mesmas e respetiva organização, bem como a correspondência às categorias associadas. Posteriormente, com base nas categorias e nas respostas às entrevistas, reajustaram-se as subcategorias e indicadores, sendo que os mesmos resultam da análise às entrevistas.

Na tabela 2 é descrita a categoria *atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas*.

Tabela 2

Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas

Categoria	Subcategorias	Indicadores
Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas	O papel dos cuidadores/família	- Identificação do papel da família - Perceção sobre a intervenção dos técnicos com as famílias.
	O papel da comunidade	- Perceção sobre o papel da comunidade
	O papel da escola	- Identificação da atuação da escola na prevenção e intervenção
	O papel institucional	- Referência ao trabalho em rede

Na tabela seguinte está descrita a categoria *respostas locais e comunitárias em rede* com as subcategorias e indicadores correspondentes.

Tabela 3

Respostas locais e comunitárias em rede

Categoria	Subcategorias	Indicadores
Respostas locais e comunitárias em rede	Perceção da realidade atual	- Indicação do ponto de vista dos técnicos
	Propostas futuras	- Identificação de ideias ou projetos

No ponto seguinte procede-se à caracterização dos participantes neste estudo.

5. Caracterização dos participantes

O grupo de participantes desta investigação é constituído por onze profissionais de áreas de intervenção distintas, nomeadamente, educação social, ação social, ensino e psicologia.

Nas tabelas que se seguem estão representados os dados recolhidos correspondentes aos mesmos.

Assim, relativamente à caracterização do grupo de participantes, este é constituído por onze elementos, conforme já foi referido, que estão divididos entre as entrevistas individuais com três participantes e as entrevistas por *focus group* com oito participantes.

De forma que o sigilo e a confidencialidade fossem preservados foi conferido um código, em forma de letra, a cada participante seguido de um dígito, ambos atribuídos de forma aleatória. Desta forma, nas entrevistas individuais foi atribuída a letra P e na entrevista por *focus group* foi atribuída a letra F.

Na tabela 4 estão representados os dados recolhidos referentes às entrevistas aos participantes, com as seguintes variáveis: sexo, idade, habilitações literárias, profissão, entidade/resposta social, funções ou funções da equipa e tempo de serviço.

Tabela 4*Caracterização dos participantes*

Participantes	Sexo	Idade	Habilitações literárias	Profissão	Entidade/resposta Social	Funções ou funções da equipa	Tempo de serviço
P1	F	46	Licenciatura	Psicóloga clínica	Agrupamento de Escolas	Técnica de Intervenção Local	Dez anos
P2	F	49	Licenciatura	Educadora social	Comissão para a Dissuasão da Toxicodpendência	Educadora Social	Vinte e um anos
P3	F	39	Mestrado	Psicóloga	Agrupamento de Escolas	Psicóloga	Dez anos
F1	F	48	Licenciatura	Professora	Agrupamento de Escolas	Diretora de turma e professora	Vinte e cinco anos
F2	F	46	Licenciatura	Professora	CLDS 4G	Coordenadora CLDS	Vinte e três anos
F3	F	44	Mestrado	Psicóloga clínica	Escola Profissional	Psicóloga	Vinte anos
F4	F	48	Licenciatura	Assistente social	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	Serviço Social	Vinte e dois anos
F5	M	51	Licenciatura	Professor	Grupo Desportivo	Coordenador técnico do grupo desportivo	Trinta anos
F6	F	32	Licenciatura	Assistente social	Agrupamento de Escolas	Presidente CPCJ	Oito anos
F7	F	38	Licenciatura	Educadora Social	Câmara Municipal	Educadora Social	Quinze anos
F8	M	50	Licenciatura	Professor	Escola de Segunda Oportunidade	Diretor de Escola de Segunda Oportunidade	Trinta anos

Os dados apresentados na tabela anterior foram obtidos através das respostas dos participantes. Assim, de acordo com os dados obtidos é possível aferir que nove participantes são do sexo feminino e dois são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 32 e os 51 anos.

Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos entrevistados possui uma licenciatura como grau de escolaridade. As profissões variam entre educadores sociais, psicólogos, assistentes sociais ou serviço social e professores.

A entidade empregadora de cada participante é distinta, desde as escolas, a instituições ou projetos sociais e comunitários. As funções de cada participante no seu local de trabalho são específicas, de acordo com o cargo que ocupam na equipa. Quanto ao tempo de serviço, varia entre valor mínimo de oito anos e o máximo de trinta anos.

Segue no próximo ponto a apresentação dos dados recolhidos, a sua análise e a discussão dos resultados.

6. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Neste ponto serão discutidos os resultados recolhidos nesta investigação, sendo descritas apenas as questões do guião de entrevista. Serão apresentados excertos das entrevistas considerados como relevantes para a análise dos dados. Nos anexos IV e V podem ser consultados os excertos das entrevistas que foram considerados mais relevantes para os efeitos desta investigação, na sua generalidade.

6.1. Análise e discussão da categoria *Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas*

Na categoria *Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas* são consideradas quatro subcategorias: o Papel dos cuidadores/família, o Papel da comunidade, o Papel da escola e o Papel institucional. É objetivo desta categoria analisar a atuação dos técnicos face ao consumo de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes.

6.1.1. Análise e discussão da subcategoria *Intervenção com os cuidadores/família*

Relativamente à subcategoria *o Intervenção com os cuidadores/família* procede-se à análise das respostas às seguintes questões para a entrevista individual: “Considera

que há um envolvimento das famílias ou dos cuidadores face à sensibilização no que respeita ao consumo de substâncias? De que forma?”

Nesta questão as respostas dos entrevistados não são consensuais. Se para o entrevistado 1 não há um envolvimento por parte das famílias, e as que demonstram esse envolvimento são famílias estruturadas, para os entrevistados 2 e 3 há um envolvimento efetivo quer por parte dos pais ou cuidadores, quer por parte dos técnicos e do trabalho que fazem com o agregado familiar dos jovens. Apresentam-se os seguintes excertos que sustentam essas afirmações.

- “Não, não há...enquanto escola não sentimos que haja nem envolvimento nem na preocupação...” (F1)
- “...aí realmente intervimos desta forma ao tentar envolver a família e consciencializar...” (F2)
- “Sim, normalmente há, nós fazemos questão de que os pais se envolvam...” (F3)

Na questão foi “Como é feita a intervenção por parte dos técnicos com as famílias e/ou cuidadores?”, os entrevistados responderam de forma consensual referindo que a intervenção que é feita por parte dos técnicos não tem propriamente uma estruturação ou uma norma e que geralmente são intervenções feitas em situações em que os jovens já são consumidores assíduos. No entanto, também concordaram que, ainda assim, tentam incluir os responsáveis pelos jovens nas estratégias de intervenção, tal como demonstram os excertos que se seguem.

- “As intervenções junto das famílias já são em situações de limite, ou seja, não há uma intervenção preventiva, já há uma intervenção remediativa...” (P1)
- “...intervenção que se faz com a família, não é uma intervenção muito estruturada...” (P1)
- “...o psicólogo escolar não tem tempo para a intervenção em família...” (P2)
- “...como educadora social faço questão de os pais estarem presentes na entrevista preliminar... tento perceber a relação que eles têm”. (P3)

Face à questão “Qual é a sua perceção acerca dos benefícios da intervenção nos adolescentes e nas famílias?”, o entrevistado 2 respondeu que a sua perceção é que a intervenção não é adequada e por isso os benefícios ficam aquém do desejado. Além disso, o entrevistado 1 refere que essas famílias, por norma, são multiproblemáticas e,

portanto, a intervenção não se deve só focar nos consumos, mas também nas problemáticas envolventes. Baseamos esta análise nos seguintes excertos:

- “A minha perceção é que é muito curta e muito má...” (P2)

- “...a questão nem é identificar a problemática em si porque, normalmente, estas famílias têm multiproblemas... O consumo é apenas um sinal, um sintoma destes problemas...” (P1)

A próxima questão na entrevista individual foi “Na sua opinião, o que é que os técnicos podem fazer no sentido de capacitar os cuidadores/famílias para a prevenção?”. Esta questão gerou opiniões diversificadas, por parte dos entrevistados, e que incluem a área da saúde, a capacitação individual ou o apoio por parte das organizações e/ou projetos. O entrevistado 1 afirma que sozinho não consegue fazer essa capacitação e reforça que sem o apoio da área da saúde é difícil desenvolver um trabalho completo. O entrevistado 3 vai ao encontro da afirmação anterior e reforça a importância do acompanhamento dos técnicos para com as famílias e o esclarecimento de dúvidas ligadas à área dos consumos. Além disso, afirma que a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) deve atuar junto das famílias no sentido de as capacitar através da articulação com outras entidades. Assim, subentende-se que ambos concordam que o trabalho de capacitação deve ser multidisciplinar. Os excertos que se seguem sustentam estas afirmações:

- “...a capacitação, eu sozinha não consigo fazer...” (P1)

- “...na questão dependência se tu não estiveres articulada com a saúde e com outros parceiros, muito pouca há a fazer porque os jovens já chegam aqui com consumos.” (P1)

- “Eu penso que a intervenção terá que ser direta.” (P3)

- “...as Comissões têm o objetivo de trabalhar a dissuasão e esclarecer, dar ferramentas...” (P3)

De forma a obter mais informações sobre o consumo de substâncias nos adolescentes e a intervenção familiar, procedeu-se à entrevista através do *focus group*. Assim foram colocadas duas questões, sendo a primeira “Qual ou quais as metodologias de intervenção implementadas com as famílias e/ou cuidadores?”. O tipo de metodologias de intervenção relatadas pelos entrevistados é variável, no entanto segundo os participantes 3, 4, 5 a intervenção direcionada às famílias passa pelo estabelecimento de objetivos, pela consciencialização e pela responsabilização. Além disso, o participante 3 refere que na organização onde trabalha existe um manual de procedimentos pelo qual se

pode guiar e que, geralmente, os jovens são encaminhados para consulta e os seus cuidadores são incluídos nesse processo.

Os participantes 3, 4, 5 argumentam que a área da saúde é fundamental para o início de uma intervenção, tal como afirmaram os entrevistados na entrevista individual. O participante 4 afirma que a escola nem sempre consegue dar uma resposta adequada relativamente à prevenção e à intervenção. Retiram-se os seguintes excertos:

- “A família é a primeira entidade cuja metodologia de trabalho é direcionada, na tentativa de cumprir alguns objetivos.” (F4)

- “...nós acionamos o nosso guião de procedimentos (...) e sempre com a participação das famílias...” (F3)

- “O início deverá ser sempre clínico...” (F4)

- “... propomos ao pai ou à mãe poder acompanhar a consulta do médico de família...” (F4)

Outra questão foi “Qual a vossa perceção acerca dos efeitos da intervenção nos adolescentes e nas famílias?” e as respetivas respostas a esta questão vão ao encontro das dadas nas entrevistas individuais. O participante 1 vai ao encontro da afirmação do entrevistado 1 ao referir que as famílias muitas vezes não são estruturadas e que por isso é mais difícil trabalhar com os jovens. Relata ainda que os recursos humanos e de orientação, que auxiliem num trabalho interventivo, são escassos, o que dificulta ainda mais o trabalho com os adolescentes e com as famílias. Esta análise foi baseada nos seguintes excertos:

- “... e depois, são famílias que muitas vezes não são estruturadas...” (P1)

“...tenho uma enorme dificuldade quando toca a esses aspetos porque não tenho muitas valências para me conseguir apoiar nesse sentido...” (E1)

O papel das famílias ou dos cuidadores é sempre tido com fundamental e em muitos casos determinante para o consumo ou não de substâncias psicoativas. Um estudo de Marques (2007) revela que quando o adolescente tem supervisão por parte dos pais, a tendência para consumirem substâncias psicoativas é menor, e vice-versa, assim como Muñoz-Rivas et al. (2000) referem que a família pode constituir um fator de proteção, se for estruturada. Também o estudo de Simões et al. (2012) vai ao encontro da conclusão de que a família tem um papel fundamental no bem-estar geral do jovem. Esta deve ser

trabalhada no sentido de uma educação positiva e de práticas positivas ao invés das coercivas, como afirmam os autores Schenker e Minayo (2005). Esse tipo de trabalho poderá ser desenvolvido por profissionais competentes, preferencialmente, num trabalho em rede, através da escola, através de ações implementadas na comunidade, entre outros. O objetivo será capacitar as famílias/cuidadores para que estas constituam um fator de proteção aos jovens, com base na prevenção, como referem Feijó e Oliveira (2001) ao privilegiarem a prevenção como um meio mais económico e eficaz. Além disso, é fundamental que as competências pessoais e sociais dos jovens possam ser desenvolvidas, de forma que consiga usar as suas habilidades cognitivas para tomar decisões ponderadas e ser mais resiliente Griffin et al., (2002).

De acordo com o Plano Nacional sobre Drogas (2020), nos últimos anos tem havido uma aposta nos programas de prevenção de consumos junto das famílias, com objetivos ambiciosos, no sentido da capacitação familiar e da promoção das competências pessoais e sociais, e de facto, com as famílias cujo plano é implementado, o resultado tem sido positivo. O que acontece, é que em muitos casos, como comprovam as respostas às entrevistas, quando se deteta um caso de um jovem com consumo regular de substâncias, as famílias que realmente necessitam de ajuda para intervir, dificilmente a procuram, de acordo com Marques (2007). Assim, o ideal seria que em famílias nas quais o risco de consumo é elevado, haja uma intervenção direcionada e específica.

6.1.2. Análise e discussão da subcategoria *Papel da comunidade*

Na subcategoria *Papel da comunidade* procedemos à seguinte análise das respostas à primeira questão para a entrevista individual: “Qual é a sua perceção sobre o papel da comunidade face ao consumo de substâncias?”.

Para esta questão os entrevistados reforçam o facto de alguns consumos designados como ligeiros, como o tabaco, álcool ou cannabis, entre outros, ser generalizado e aceitável pela sociedade, sobretudo nas camadas mais jovens. Além disso, o entrevistado 1 identifica a falta de respostas no âmbito da prevenção dos consumos, junto dos jovens, o que pode levar ao aumento dos consumos. O entrevistado 3 considera que a comunidade tem um papel essencial na prevenção ou dissuasão dos comportamentos aditivos e, por isso, refere que na sua área laboral, são criados vários protocolos com entidades como escolas ou forças policiais de forma a implementar sessões de esclarecimento. Estas afirmações tiveram como base os seguintes excertos:

- “As pessoas aceitam, nomeadamente, o álcool e o tabaco e, também, já começam a aceitar outro tipo de consumos...” (P1)
- “...a questão que é mais difícil são as respostas que existem na comunidade para esta problemática dos consumos.” (P1)
- “O papel da comunidade é fulcral, é muito importante. Por isso é que nós criamos vários protocolos com escolas, com forças policiais, com todas as entidades que acharmos relevantes para fazermos intervenções de esclarecimento.” (P3)

A segunda questão da entrevista individual nesta subcategoria foi “Quais são as estratégias de intervenção para com o consumo de substâncias psicoativas que estão a ser implementadas na comunidade?”, para a qual as respostas não foram consensuais.

Se por um lado o entrevistado 1 considera que apesar da comunidade ter um papel a desempenhar, não há um trabalho de sensibilização para com os jovens, o entrevistado 3 considera que no âmbito da sua atuação há estratégias a ser implementadas na comunidade. Tal como havia respondido na questão anterior, essas estratégias passam pelas sessões de esclarecimento, quer nas escolas com os jovens, mas também, como as pessoas que trabalham diretamente com esse público alvo. Nest sentido apresentamos as seguintes afirmações:

- “...a comunidade de alguma forma também tem aqui um papel a desempenhar. Não se faz em relação aos consumos nos jovens, não há essa sensibilização.” (P1)
- “...temos os protocolos, fazemos isso sempre que é necessário eles... na educação cívica, se for preciso, até mesmo para professores, forças policiais, como disse também, nós fazemos sempre sessões de esclarecimento.” (P3)

A última questão da entrevista individual é “Na sua opinião, como é que podemos mobilizar a comunidade como um recurso de prevenção dos consumos?” e gerou respostas que se completam.

O entrevistado 1 refere que é necessário haver mais articulação entre as diferentes entidades, com mais atividades e sessões de esclarecimento regulares para os jovens, os entrevistados 2 e 3 referem que o papel dos pais para a prevenção dos consumos é fundamental. Colocam o foco nos agrupamentos de escolas e na importância que a associação de pais pode ter para este trabalho. Além disso, o entrevistado 2 aponta o

Ministério da Saúde como uma das entidades que pode ter peso no processo preventivo, tal como referem os seguintes excertos:

- “Mais protocolos, mais atividades, ou seja, que estas intervenções de esclarecimento e estas sessões de esclarecimento sejam menos espaçadas...” (P1)
- “...acho que não passa só pelos pais ou pelo agrupamento de escolas, acho que passa mais do que isso, passa por entidades e pelo Ministério da Saúde também”. (P2)
- “...tem de passar pelos pais acima de tudo. A associação de pais podia ter aqui um papel mais interventivo...” (P3)

Relativamente às entrevistas por *focus group*, nesta categoria a primeira questão lançada foi “Quais são as estratégias de intervenção implementadas na comunidade para com o consumo de substâncias psicoativas?” as respostas enveredaram por caminhos como o associativismo ou o desporto, pela saúde ou pela promoção de competências pessoais e sociais. Assim, o participante 3 reforça a necessidade de prevenção com as camadas mais jovens, em que o início ideal será no primeiro ciclo do ensino básico, sendo que o participante 7 complementa referindo a importância de trabalhar as competências socio emocionais nas crianças, tais como, o pensamento crítico e a tomada de decisão.

Os participantes 5 e 6 concordam que o desporto e o ingresso numa equipa desportiva, como por exemplo, uma equipa de futebol é benéfico para os jovens, pois, criam rotinas, responsabilidade e querem estar bem fisicamente. Os consumos não se coadunam com esse estilo de vida saudável. Além disso, o participante 5 refere que mesmo que um jovem integre um clube, mas que tenha hábitos de consumo ou intenção disso, acaba por ser excluído pelos colegas. Num clube de futebol não se faz propriamente sensibilização para os consumos, mas sim, uma sensibilização para o comportamento, no geral, e acredita que isso faz toda a diferença para a capacidade do jovem em dizer “não”. No entanto, participante 6 alerta para o facto do desporto incluir alguns custos e isso pode ser um entrave para as famílias mais carenciadas.

O participante 4 reforça a importância da saúde nas questões de prevenção e intervenção face aos consumos e da necessidade de articulação com outras entidades ou projetos. Seguem-se os excertos que fundamentam estas afirmações:

- “A prevenção tem de ser feita em idades muito mais precoces... tem mesmo de ser no primeiro ciclo...” (F3)

- “... os pais não têm dinheiro para pagar uma atividade... e muitos destes miúdos vulneráveis seguem assim por outros caminhos.” (F6)
- “Há outros tipos de serviços ao nível da saúde que poderiam ser ativos e que poderiam estar em articulação com a escola, com os outros projetos que todos funcionamos com a Segurança Social...” (F4)
- “...as nossas intervenções em turma são desde o primeiro ciclo, segundo ciclo e terceiro ciclo, essencialmente. É muito baseada nas competências socioemocionais onde trabalhamos... a empatia, a tomada de decisão, a comunicação... começamos a trabalhar muito essa parte do dizer “não”, da consciência, da responsabilização, da pressão dos pares, deles saberem também tudo isso...” (F7)
- “...procuramos fazer com os jovens é no sentido de alterar o comportamento...” (F5)
- “Também pensamos que o ambiente do treino, do jogo e dos jovens que lá estão, que faz com que algum jovem que venha com outras ideias não se sinta confortável porque, não sente ali também acolhimento...” (F5)

Tal como referido na subcategoria anterior, a família por si só pode não ser suficiente para travar a questão dos consumos e para esta problemática a comunidade tem um papel fundamental relativamente à dissuasão. Iglesias (2002) e Vilar et al., (2013) partilham o mesmo ponto de vista ao afirmar que o tipo de prevenção que é implementado na comunidade deverá ser mais especializado, e para tal, há que envolver diversos agentes, como pessoas, instituições ou organizações, coletividades, entre outros. Ao longo das entrevistas realizadas, os participantes foram relatando essa mesma necessidade, de incluir os jovens em atividades desportivas, por exemplo, de forma a minimizar os comportamentos de risco, algo que Vilar et al., (2013) afirma ser fundamental. A aposta no contexto recreativo, aliado a hábitos saudáveis e à sensibilização previamente pensada por entidades de saúde, podem ser um fator diferencial na vida dos jovens.

No entanto, esses programas que devem ser implementados na comunidade, estruturados e ter uma rede de suporte, para além de que se deve conhecer o público-alvo e o tipo de problemática a ser trabalhado. É nesse âmbito que a atuação do educador social pode ser uma mais-valia, dado que este profissional é um agente mediador e vai ao encontro das necessidades da comunidade, através das ferramentas que foi apreendendo ao longo do seu percurso académico e profissional. De acordo com Sáez e Molin (2006)

o educador social avalia as necessidades de uma comunidade e faz uma intervenção socioeducativa assente na diminuição do risco e da exclusão social e através da promoção de comportamentos saudáveis.

6.1.3. Análise e discussão da subcategoria *Papel da escola*

A subcategoria *Papel da escola* tem como primeira questão das entrevistas individuais “Mediante a identificação de um caso (ou mais) de consumo de substâncias em contexto escolar, como se faz a sinalização e encaminhamento dos alunos?”.

A esta questão o entrevistado 1 respondeu que desconhece para onde pode encaminhar os jovens que são identificados com consumo de substâncias e que tenta contornar essa questão, através dos serviços de saúde. O entrevistado 2 afirma que a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens é a sua primeira linha de encaminhamento. Retiram-se os seguintes excertos:

- “...no sítio onde eu estou não há encaminhamento para os jovens...” (P1)
- “...a maneira como eu contornei um bocadinho o facto de não haver resposta e aqui, isso já me aconteceu algumas vezes, é fazer a marcação de uma consulta de medicina familiar regular...” (P1)
- “Sempre que há consumos temos de reportar Comissão de Proteção de Jovens e Crianças”. (P2)

Quanto à questão “Os adolescentes identificados como consumidores de substâncias são encaminhados para instituições ou projetos? Quais?”, o entrevistado 1 continua a afirmar que não existe qualquer resposta nesse sentido. No entanto, os entrevistados 2 e 3 conseguem identificar ou a Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência, ou os serviços de saúde e ainda a Comissão de Proteção de Jovens e Crianças, como podem apresentar os seguintes excertos:

- “Aqui não há.” (P1)
- “Enviar para o tribunal e ver se tem idade, isto é, se é menor, se não é menor, ver a área de residência para ver se é a nossa CDT ou não, abrir processo...” (P3)
- “...em termos do jovem há sempre a Saúde e a Comissão...” (P2)

Relativamente à questão “Que outras medidas educativas, no que diz respeito à intervenção do consumo de substâncias, estão a ser implementadas em meio escolar?” as

respostas, mais uma vez, são consensuais. Os entrevistados 1 e 2 referem que na escola são feitas ações de sensibilização pontuais e que há necessidade de apostar não só na prevenção, mas também na intervenção, de acordo com as seguintes afirmações:

- "...o que se faz são ações de sensibilização, não se faz mais do que isso..." (P1)

- "Uma coisa é tu estás a fazer um trabalho de prevenção ou trabalho de exposição, explicação, de capacitação, mas depois e o resto?" (P1)

- "Em contexto escolar as estratégias são muito reduzidas, vou ser sincera. Nem temos uma intervenção típica ou um manual pronto a seguir..." (P2)

Na questão "Na sua opinião, em meio escolar, quais são as competências que o adolescente adquire com o trabalho implementado na prevenção do consumo de substâncias?" apenas o entrevistado 1 respondeu de forma clara afirmando que no caso dos jovens que tem um acompanhamento mais estruturado, essas competências podem ser mais evidentes, contudo não especificou quais as competências adquiridas. Reforçou a importância dos hábitos de vida saudáveis e da atividade desportiva e que nos casos em que existem consumos, tendencialmente, o papel que exercem tende a ser reforçado. Segue o excerto que fundamenta a afirmação:

- "Os jovens que têm de alguma maneira um acompanhamento mais adequado nesta questão, nomeadamente, da família, ou porque praticam desporto, ou têm hábitos de vida mais saudáveis, estas capacitações vêm incrementar. Agora, quando falamos de jovens, que já têm consumos e que não tem hábitos saudáveis de vida, muitas das vezes, ainda reforça um bocadinho o papel que eles querem desempenhar." (P1)

Relativamente à questão "Considera que a prevenção em meio escolar é uma medida socioeducativa eficaz para os adolescentes? Porquê?" o entrevistado 1 respondeu que acredita que de maneira geral a prevenção, nomeadamente, as ações de sensibilização são fundamentais. No entanto, nos jovens em que já existe algum tipo de consumo, a prevenção pode já não surtir o efeito desejado, e, por isso, as ações devem ser adequadas mediante o público alvo. Apresenta-se o excerto que sustenta a afirmação:

- "...se pensarmos na escola como um todo, todas essas ações de sensibilização acho que são produtivas, naqueles adolescentes com os quais eu trabalho, é que às vezes, eu tenho algumas dúvidas, porque eles têm já os comportamentos diferentes dos outros. Já são comportamentos de consumo, nomeadamente, de famílias destruídas, tem uma data de

fatores, que às vezes temos que pensar se estas ações, que nós temos estruturadas para um público em geral, se adequa a este público que já tem um determinado comportamento.” (P1)

Na última questão na entrevista individual nesta subcategoria, é “O que considera que pode ser melhorado em termos de prevenção e intervenção nos comportamentos aditivos em meio escolar?”, o entrevistado 1 respondeu que é necessário apostar em planos estruturados que sejam implementados durante o ano letivo, pois, na sua opinião, sessões esporádicas não podem ser avaliadas e não têm o impacto desejado. Ressalva o facto de no caso desse trabalho preventivo ser feito, não haver uma resposta por parte da área saúde. O entrevistado 2 considera que é importante apostar mais nos serviços de psicologia e na capacitação dos professores para poderem fazer uma prevenção e intervenção adequadas. Além disso refere que a escola deveria ter programas ou estratégias de intervenção delineadas, quer seja através da psicologia ou de disciplinas escolares mais apropriadas ao tema. Tais afirmações baseiam-se nos seguintes excertos:

- “...os programas que existem na escola, nesta temática, são coisas muito pontuais, não são coisas estruturadas do ano, durante um ano letivo inteiro, com aquele foco, realmente, para trabalhar e que tu possas medir o que que é que aconteceu...” (P1)

- “Uma coisa estruturada poderá ter mais impacto trabalhar essas questões, mas depois de tu não teres a articulação com a saúde...” (P1)

- “...através do serviço de psicologia ou através de formação a professores para capacitar... (P2)

- “...mas, eu acho que através da escola deveria haver aqui um programa, mesmo ao nível do Serviço de Intervenção aos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, dirigido aos agrupamentos, em que os mesmos interviessem nesse sentido. Que fosse obrigatório, que os agrupamentos tivessem horas para isto...” (P2)

- “Eu acho que em escola (...) é fundamental haver estratégias de intervenção. Pode ser através da escola e da psicologia, pode ser através de alguma disciplina de cidadania, não sei...” (P2)

Ainda na subcategoria o papel da escola, na entrevista *focus group* foi colocada uma questão “Após a identificação de um ou mais casos de consumo de substâncias em contexto escolar, quais os procedimentos a adotar?”, à qual o participante 3 respondeu que em meio escolar, essencialmente, é acionada a atuação da Escola Segura, como forma

de sinalização do caso. Além disso, a escola possui um guião de procedimentos que permite orientar os profissionais para casos de consumos de substâncias. Tal não se verificou no caso dos restantes participantes inquiridos.

Após a validação de um caso de consumos, de acordo com o participante 3, os encarregados de educação são alertados da situação e a escola aplica uma medida disciplinar ao jovem em questão. No entanto o participante considera que essa medida é sancionatória, o que pode não trazer benefícios, devendo ser corretiva.

Em situações de consumos recorrentes, o participante 4 refere que a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens recebe encaminhamentos diretamente da escola, ao invés de receber por parte da área da saúde, como seria desejado. Esses casos são aqueles em que a escola já não tem a capacidade de trabalhar com os jovens a questão dos consumos e além disso, o participante 4 afirma que a escola, no geral, não tem competência para sinalizar casos de consumo por falta de apoio por parte das entidades externas e por falta de um manual de procedimentos. Os excertos que se seguem baseiam-se nas afirmações:

- “É chamada a Escola Segura, é chamado o encarregado de educação, e aplicada uma medida disciplinar que pode no máximo vir a ser a transferência de escola...” (F3)

- “Para nós devia ser uma medida mais corretiva e menos sancionatória...” (F3)

- “A escola tem um guião de procedimentos, relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, que muitas vezes é moldável... (F3)

- “...muitas vezes não é a saúde a sinalizar-nos situações de consumo de estupefacientes, é exatamente a escola. E muitas vezes a escola quando já não tem meios para reverter a situação.” (F4)

- “É mesmo uma questão de reinventar...é muito difícil uma escola poder sinalizar um jovem que está a consumir, porque a escola não tem competência...” (F4)

No seguimento da discussão das duas subcategorias anteriores, não se pode descurar o papel fundamental que a escola tem para a instrução e educação dos jovens, e isso inclui os comportamentos de risco. É em contexto escolar que os jovens passam parte do seu dia, em momentos de aprendizagem curricular e em momentos de aprendizagem informal com o grupo de pares, com os quais Schenker e Minayo (2005) acreditam que pode ter influência positiva ou negativa para o consumo de substâncias psicoativas.

O estudo em Portugal da Health Behaviour in School-aged Children, em 2018, confirmou que a experiência e manutenção de comportamentos aditivos tem vindo a

umentar, assim, de acordo com Matos e Equipa Aventura Social (2018), a escola deve ser um espaço de promoção da saúde e de prevenção de comportamentos de risco, de forma a excluir comportamentos que coloquem em risco o bem-estar dos jovens. Essa promoção da saúde e prevenção dos comportamentos de risco, em contexto escolar, pode ser trabalhada de diversas formas, incluindo, através de ações de sensibilização adequadas ao público alvo, ou como referem Muñoz-Rivas et al. (2000) e Marques (2007) através da prevenção do absentismo e abandono escolar e da promoção de competências pessoais e sociais. Também Griffin et al. (2002) referem que há características transversais a quem inicia os consumos e que a escola pode trabalhar em contexto de treino de competências pessoais e sociais de forma a promover o bem-estar psicológicos dos seus alunos e a desmotivar para os comportamentos de risco. Neste aspeto os professores podem ser uma mais-valia na promoção de comportamentos positivos, pois de acordo com o resultado do estudo de Simões, et al. (2012), o professor tem um efeito positivo na satisfação escolar e neste mesmo estudo, também os pares tem um peso positivo na satisfação e bem-estar geral do jovem. Se for promovido um ambiente escolar positivo, em que os jovens se sintam acolhidos e se se conheceram as turmas e os riscos associados, o risco de consumo de substâncias tendo a diminuir.

É de ressaltar que os projetos escolares devem incluir também a família/cuidadores e a comunidade, de forma a combater o insucesso e o abandono escolar, mas, ainda assim segundo Vilar, et al., (2002), a escola é o agente mais interventivo em questão de consumos.

Existem programas direcionados a jovens em contexto escolar, cujo objetivo é a prevenção de consumos, tais como o “Eu e os Outros”, o programa “Trilhos” ou o “Cuidate” e ainda ações de sensibilização que são implementadas pela Escola Segura. Contudo, de acordo com Mateus (2012) a escola privilegia essencialmente a vertente do ensino tradicional e não das práticas pessoais e sociais. É essencial que a escola crie programas que tenham continuidade e que promovam comportamentos saudáveis nos jovens e que, de acordo com Mateus (2012) tenham em conta a fase de desenvolvimento do jovem.

6.1.4. Análise e discussão da subcategoria *Papel institucional*

Relativamente à subcategoria *Papel institucional* a primeira questão da entrevista individual é “No geral, o que pensa sobre o tipo de intervenção implementada na sua instituição face ao consumo de substâncias?”.

Nesta questão os entrevistados 1 e 3 referem que existem recursos e que existe prevenção e intervenção, no entanto, de acordo com o entrevistado 1 esses recursos não são potenciados. Sobretudo, e mais uma vez, quando se trata de jovens que já têm consumos e cujo encaminhamento para a área da saúde se torna dificultado por falta de recursos e parcerias. Já o entrevistado 3 faz intervenção direta com esses jovens através de sessões psicoeducacionais com um sentido de reflexão, promovendo o acompanhamento de proximidade com o jovem e considera que esse tipo de intervenção é essencial. Estas afirmações tiveram como base os seguintes excertos:

- "...existem recursos, mas eu acho que não estão... não estão bem organizados os recursos que existem. Acho que não são potenciados todos os recursos que nós temos..." (P1)

- "Estamos a falar com os jovens que estão em situação limite e se depois não tivermos a articulação com a saúde..." (P1)

- "Eu concordo plenamente com a lei... Nós vemos caso a caso e eu faço intervenções de cerca de uma hora com eles, onde explano tudo o que é possível." (P3)

- "Vou fazendo sempre intervenções breves ou psicoeducacionais terminando com follow up, pronto, é sempre um acompanhamento." (P3)

A segunda questão colocada foi "*Em matéria de prevenção e de intervenção no consumo de substâncias, qual é o papel que os técnicos desempenham na instituição em causa?*". O entrevistado 3 referiu que na sua organização o profissional que intervém na prevenção ou intervenção de consumos deve ser da área das ciências sociais e com competências psicoeducacionais. Complementarmente, o entrevistado 2 refere que o papel dos técnicos na instituição para a qual colabora atua na base da promoção de hábitos de vida saudáveis e na promoção de competências pessoais dos jovens, com mediação com os professores, de forma a promover o sucesso escolar, que em muitos casos tem influência positiva no abandono de comportamentos de risco. Seguem os excertos que fundamentam as afirmações:

- "Sempre dentro da área das ciências, ciências sociais (...) intervenções diretas com os com os indiciados, claro, convém ser das áreas psicoeducacionais." (P3)

- "Nos hábitos saudáveis, na promoção de outras estratégias..." (P2)

- "...a autoestima dos jovens, como a autoeficácia dele na imagem enquanto aluno, ao nível da ponte com os professores devido a situação das notas e das faltas e de todo este registo". (P2)

À pergunta "No caso de necessidade de trabalho em rede quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte?", os entrevistados expuseram entidades com quem podem articular, quer a nível legal, na área social, na área da educação ou da saúde. O entrevistado 1 referiu que só tem conhecimento do Centro de Saúde e reforça a necessidade de apostar na saúde como um aliado na prevenção e sobretudo intervenção em casos de consumos.

O entrevistado 2 identifica parcerias com a Guarda Nacional Republicana (GNR) através da Escola Segura e das ações de sensibilização que a mesma promove em contexto escolar e o Serviço de Psicologia e Orientação que também intervém no sentido da prevenção dos consumos nos jovens. Além disso, identifica a Equipa Multidisciplinar de Intervenção Comunitária que trabalha com crianças e jovens, sobretudo na promoção de competências pessoais e sociais, e consequentemente na prevenção de comportamentos de risco. Ainda com o Programa de Promoção e Educação para a Saúde que dispõe de um profissional de enfermagem que dá auxílio em questão de encaminhamento dos jovens para os serviços de saúde.

O entrevistado 3 referiu que a entidade que lhe dá suporte em termos de trabalho é o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e o Centro de Respostas Integradas, embora, esta atue mais ao nível da intervenção do que de prevenção.

- "São os Centros de Saúde, neste caso aqui, não temos mais nada... Devia de haver as consultas de persuasão, de acompanhamento, etcetera." (P1)

- "...a GNR que também costuma fazer um trabalho connosco mais ao nível da formação, de professores, de adultos e também às vezes dos jovens, não só na questão dos consumos..." (P2)

- "...SPO algumas atividades, webinars ou formações online e também já convidamos pessoas a vir presencialmente..." (P2)

- "Às vezes articulamos, por exemplo, com as EMIC que são equipas multidisciplinares de intervenção comunitária..." (P2)

- “Articulamos também com o PES onde está uma enfermeira destacada em serviço e temos também ajuda para canalizar estes jovens para a saúde...” (P2)

- “A nós é o SICAD que nos dá sempre o suporte, tudo o que nós precisamos, aliás, eles são os nossos backgrounds, são os nossos alicerces. Agora, as entidades com que trabalhamos em rede o CRI é o direto é o mais próximo...” (P3)

A mesma questão “No caso do trabalho em rede, quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte a um trabalho de intervenção?” foi aplicada na entrevista *focus group* para a mesma subcategoria. Para esta questão as respostas foram diversificadas e acrescentaram informação, face às entrevistas individuais, para além de que alguns dos participantes procuram apoio nas mesmas entidades. O SICAD é um dos parceiros que pode prestar auxílio em casos de consumos identificados pelos participantes 3 e 4, no entanto, consideram que o trabalho que esta entidade presta, em termos de prevenção, é tardia e que não tem atuação no concelho no qual trabalham atualmente.

Os participantes 3 e 7 articulam com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, mas o participante 3 considera que este tipo de articulação deve ser mais célere. Já o participante 4 considera que os jovens com mais de 14 anos não tem resposta ao nível da intervenção, neste concelho.

O participante 5 conta com a colaboração do projeto de Contrato Local de Desenvolvimento Social do seu concelho, relativamente à prevenção dos consumos por parte dos jovens e o participante 7 refere que articula com as Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais, tal como referem os excertos que se seguem.

- “Podemos recorrer, efetivamente, às equipas de prevenção do SICAD quando existem e quando estão disponíveis, alguns fazem prevenção tardia... se calhar, não vamos é conseguir chegar aos jovens que já tem comportamento de consumo.” (F3)

- “...trabalhamos muito bem com o serviço de psicologia... os colegas de (nome da localidade) sabem...” (F3)

- “...é algo que nós poderíamos articular-nos melhor, entre todos os parceiros. Com EMIC, com CPCJ ... com outras entidades num trabalho mais precoce...” (F3)

- “...o concelho de (nome da localidade) está a descoberto.” (F4)

- “...os jovens que não tem os catorzes, infelizmente, alguns já consomem, ficam um bocadinho na terra de ninguém.” (F4)

- “...este ano já recorreremos também ao apoio do CLDS...” (F5)

- "...com a CPCJ já articulamos imenso..." (F7)
- "...acho que temos uma boa articulação, mesmo a EMAT..." (F7)

Nas entrevistas individuais, as respostas à questão "Que tipo de apoio podem elas prestar?" foram, de alguma forma, dadas na questão anterior, mas essencialmente, na área da saúde o entrevistado 1 refere que é importante que se façam rastreios e/ou análises regulares aos jovens. Relatou a dificuldade em solicitar que um médico de família prescreva análises clínicas, mesmo com suspeita de consumos por parte do jovem. Essa constatação vai de certa forma ao encontro da resposta do entrevistado 3, ao referir que os médicos de família, por vezes não têm meios para colmatar todas as necessidades, mas por vezes não estão sensibilizados para a problemática dos consumos nas camadas mais jovens.

O entrevistado 2 reforça a necessidade de trabalho em rede, considerando que é difícil trabalhar individualmente e que por isso o apoio a prestar deve ser mútuo.

- "Tentar fazer aqui uns rastreios ou análises..." (P1)
- "Ou seja, eu acho que o potencial é muito se for em rede. Se for a nível individual o resultado traduz-se em nada, a não ser que o jovem queira, o que é muito raro..." (P2)
- "Nós queremos a dissuasão. Portanto, tentamos sempre falar com o médico de família, que não estão muito direcionados, infelizmente para isso, porque tem mais de mil coisas para fazer, não têm tempo." (P3)

Também esta questão "Que apoio podem elas prestar?" foi colocada na entrevista *focus group*, à qual o participante 3 respondeu que no caso do SICAD, este faz um acompanhamento psicológico aos jovens consumidores, articulação com as escolas e em casos mais severos na administração terapêutica. Além disso, o SICAD dispõe de um programa de prevenção que é útil para o participante 3, que se designa "Eu e os Outros" e que o mesmo considera ser fundamental apostar autonomamente na capacitação, quer seja neste tipo de programas ou noutros. O participante 4 refere que em termos da área da saúde, esta faz essencialmente uma avaliação do tipo de consumo e encaminha o jovem em termos terapêuticos. Seguem os seguintes excertos que sustentam as afirmações:

- "...o SICAD (...) fazem acompanhamento psicológico que muitas vezes vai conseguir articular com as escolas..." (F3)
- "...o SICAD, começa numa primeira instância com estes acompanhamentos, claro que, quanto mais tardiamente for a sinalização, quanto maiores forem os consumos, também

obviamente, que o acompanhamento difere de umas situações para outras, e se calhar passaremos a ter um acompanhamento psicológico com a administração terapêutica”.

(F3)

- “...eu trabalho com um programa de prevenção que é promovido pelo SICAD... que é o programa “Eu e os Outros”. Um programa de prevenção...” (F3)

- “...há aqui todo um conjunto de coisas que às vezes, tem mesmo que ser avaliado clinicamente, para se perceber o quão grave é ou não o tipo de consumo. E se é um consumo esporádico ou se já passou a um consumo regular...” (F4)

Relativamente à questão “Da sua experiência de trabalho com essas entidades, como é que se organizam para dar resposta eficaz aos problemas identificados neste contexto?” apenas o entrevistado 1 respondeu de forma clara, afirmando que na instituição com a qual colabora não existe organização em termos de encaminhamento, dado que o mesmo não se realiza por falta de respostas externas. O excerto que se segue sustenta a afirmação.

- “Com o agrupamento onde estou não serve... não nos organizamos porque a resposta é que não há encaminhamento, portanto a maneira como eu tenho de me organizar com as minhas colegas é facilitar o acesso às consultas, de uma forma mais rápida...” (P1)

A última pergunta para a entrevista individual é “Quais as potencialidades do trabalho em rede quer para os técnicos quer para os destinatários?” e os entrevistados 1 e 3 concordam que é trabalho em rede é necessário e que o trabalho individual não é tão produtivo. O entrevistado 1 considera importante a articulação em rede de vários setores, como o social, a saúde ou o emprego e o entrevistado 3 refere que é importante que os destinatários sintam empatia com o técnico que os acolhe, pois isso, pode levar a uma mudança na postura e no comportamento. Seguem os excertos que demonstram as afirmações:

“... nenhuma instituição sozinha tem a resposta para todo este problema que é multifatorial, portanto não, tem que ter várias intervenções: a intervenção social, intervenção de saúde, a intervenção psicológica... Muitas das vezes até de habitação, de emprego.” (P1)

- “Para os destinatários que é o que interessa mais, que é o nosso foco e a nossa (...) é que eles tenham vários pontos de visão diferentes da abordagem do assunto. E se calhar,

criam mais empatia (...) E se calhar, estando mais acolhidos na minha perspectiva, logo estão mais recetivos à informação, e logo, por consequência, à mudança de comportamento” (P3)

Esta última questão “Quais as potencialidades de o trabalho em rede neste contexto quer para os técnicos quer para os destinatários?” desta subcategoria também foi aplicada em entrevista *focus group*. Os participantes 3 e 4 responderam que se houver um trabalho em rede, a proatividade na intervenção num caso é maior e mais eficaz. O que acontece, por vezes, segundo o participante 3 é que na falta de articulação, há casos que são sinalizados duas vezes, sem que haja necessidade e tornam o processo mais moroso. Além disso, há um desgaste emocional por parte dos jovens e das famílias que podem levar à desmotivação.

O participante 4 complementa dizendo que deveria de haver um circuito de comunicação pré-definido para este tipo de problemáticas, de forma a agilizar os processos e o participante 7 sugere que sejam implementados momentos de partilha como reuniões ou *brainstorming* de forma a debater os casos e delegar funções. Tais afirmações são sustentadas pelos seguintes excertos:

- “...vou receber um jovem que, à partida, se trabalharmos em rede que nós podemos dar continuidade a esse trabalho. Não é um começar do zero, não é eu vou sinalizar esta situação...” (F3)

- “...muitas vezes sinalizo situações CPCJ e o que me dizem, seja de (nome da localidade), seja de outros concelhos, e que me dizem “Ah, já sei esse jovem já foi sinalizado”, pois não sei se foi, se não foi. Não, fazemos ideia...” (F3)

- “...poupa dinheiro, poupa o desgaste emocional, muitas vezes a estes jovens, essas famílias... Porque passam por uma série de entrevistas, com uma série de entidades em articulação, e neste caso eu só vejo é vantagens...” (F3)

- “...o trabalho em rede tem vantagens a este nível, portanto não, nem há duplicação do trabalho, há continuidade de um trabalho”. (F4)

- “Os jovens estão permanentemente no sistema...” (F4)

“...devíamos ter um circuito de comunicação...” (F4)

“...conseguir articulação, conversar, momentos num espaço que fosse, uma hora que fosse, algo às vezes para partilhar, para criar ideias, um *brainstorming*, às vezes pode-se suscitar até novos projetos...” (F7)

Em termos institucionais, tal como referido na reflexão da subcategoria anterior, a escola é das entidades que maior peso tem na prevenção de consumos de estupefacientes e na promoção de competências pessoais e sociais.

6.2. Análise e discussão da categoria *Respostas locais e comunitárias em rede*

Da categoria *Respostas locais e comunitárias em rede* fazem parte duas subcategorias: *Perceção da realidade atual* e *Propostas futuras*. É objetivo desta categoria analisar a perspetiva dos técnicos face às respostas locais e comunitárias na atualidade e identificar quais são as suas propostas de futuros eixos de intervenção para implementar com jovens com o objetivo de prevenir com o consumo de substâncias psicoativas.

6.2.1. Análise e discussão da subcategoria *Perceção da realidade atual*

Na subcategoria *Perceção da realidade atual* faz parte a seguinte questão para a entrevista individual “No geral, qual a sua opinião sobre as respostas locais e comunitárias?”.

O entrevistado 1 respondeu que da parte da intervenção social existem respostas, no entanto, em termos de serviço de desabituação para os jovens, tal não se verifica.

O entrevistado 2 considera que socialmente ainda se encaram os consumos com alguma naturalidade e que é necessário incidir na prevenção, assumindo que ainda há muito trabalho a ser desenvolvido nesse sentido. O entrevistado 3 respondeu que na sua localidade de trabalho tem dificuldade em obter quaisquer respostas locais ou comunitárias. Estas afirmações tiveram como base os seguintes excertos:

- “...em relação à parte da intervenção social, há resposta e há atendimento, e em relação ao consumo, mas depois não há para trabalhar com os jovens nestas idades, não há nenhum serviço de desabituação.” (P1)

- “...eu acho que também temos de deixar de parar de olhar para o início dos consumos como algo muito ligeiro, que toda a gente pode experimentar e não há problema, portanto, eu acho que devíamos mudar um bocadinho essa ótica e intervir mais na prevenção. E nesse sentido eu acho que há poucos recursos ainda e que há muito trabalho a fazer...” (P2)

- “Eu na (nome da localidade), confesso que me vejo um bocadinho aflita.” (P3)

Na entrevista de *focus group* relativamente à subcategoria *percepção da realidade* e na questão “No geral, qual a vossa opinião sobre as respostas locais e comunitárias?”, os participantes 2 e 4 concordam que são necessários mais técnicos a atuar no terreno. O participante 1 refere que tem de haver maior investimento na prevenção dos consumos e o participante 4 conclui que é necessário haver orientação no sentido de os técnicos saberem como devem proceder perante uma situação de consumos, considerando que tal não acontece, tal como referem os seguintes excertos:

- “Não há prevenção... Há já alguns programas para quem é consumidor, mas não existe prevenção.” (F1)

- “Faltam técnicos na área da intervenção, na psiquiatria com os jovens, ou seja... não há para onde encaminhar...” (F2)

- “...quando no aparece uma problemática, quer seja da área da toxicodependência, ou outra problemática, seria importante que todos nós tivéssemos um conhecimento de para onde vamos.” (F4)

- “Eu acho que precisamos de técnicos em todo lado, precisamos de mais professores nas nossas escolas, precisamos de mais técnicos nas equipas multidisciplinares...” (F4)

6.2.2. Análise e discussão da subcategoria *Propostas futuras*

A subcategoria *Propostas futuras* tem como primeira questão para as entrevistas individuais “Que propostas de eixos de intervenção considera essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?”.

A esta questão o entrevistado 1 reforça que a prevenção nos comportamentos aditivos deve iniciar na educação pré-escolar, tal como já havia sido referido por outros entrevistados. Complementa ainda, afirmando que o trabalho clínico é fundamental, quer na prevenção como na intervenção, e que o médico de família pode ser um aliado quer dos jovens como dos seus cuidadores, pois, em princípio, acompanha-os há vários anos e poderá ter uma relação empática com os mesmos.

O entrevistado 2 reforça o papel das escolas como metodologia para chegar até aos jovens que consomem ou que tendencialmente poderão vir a fazê-lo. O entrevistado 3 afirma que é importante promover mais sessões de esclarecimento, mas mais

direcionadas para a camada jovem, com maior criatividade e com seriedade, evitando levar o assunto como banal. Seguem os excertos que fundamentam as afirmações:

- "...o trabalho preventivo deveria de começar na pré." (P1)
- "Tendo médico de família, este é um clínico privilegiado pela relação que tem com os pais, pela relação que tem com as crianças desde pequenas, de ter aqui um papel muito mais interventivo..." (P1)
- "...eu acho que as escolas podiam ser o eixo de intervenção para chegar a estes jovens" (P2)
- "Mais sessões de esclarecimento, mais atuações... não naquele foco massivo de apresentação massivo... chato, intenso, ossificado até, mas estar num ambiente mais à vontade, mas com regras, disciplina...Com a seriedade que o assunto merece..." (P3)

Para a entrevista de *focus group* a questão colocada, nesta subcategoria, foi a mesma "Que propostas de eixos de intervenção considera essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?", à qual os participantes foram ao encontro da análise das respostas dadas na entrevista individual.

Os participantes 3 e 4 responderam que é importante reforçar os programas de saúde, incluindo a saúde mental. Os entrevistados 2 e 3 consideram importante promover programas de prevenção de comportamentos de risco através da promoção do estilo de vida saudável e da prática do desporto. O entrevistado 2 sublinha a importância dessas intervenções serem feitas precocemente. Seguem os excertos que sustentam as afirmações:

- "...apostar na prevenção muito precocemente, numa perspetiva positiva e de adoção de hábitos positivos, hábitos de vida saudáveis, a prática do desporto... prevenção ao nível do primeiro ciclo e do segundo ciclo..." (F2)
- "...continuar a apostar nestes programas de prevenção..." (F3)
- "...para além da prevenção acho que é fundamental o reforço dos programas de saúde mental..." (F3)
- "Tudo seria mais fácil, penso eu, se o processo começasse pela saúde." (F4)

Perante a pergunta, para a entrevista individual, "Considera que as organizações e os agentes interventivos são suficientes para trabalhar as questões das dependências nos adolescentes? Se não, que estratégias podem ser aplicadas para colmatar essa

necessidade?”, os entrevistados 1 e 3 responderam que consideram que atualmente, as organizações e os agentes são suficientes. Contudo, o entrevistado 1 afirma que os técnicos que trabalham nestas áreas devem ver o seu trabalho especificado e delineado a fim de intervirem ativamente. Algo que o entrevistado 3 considera que não acontece.

Retiram-se os seguintes excertos:

- “...as organizações e os agentes interventivos, que estão no terreno, são suficientes. Têm é que colocar técnicos apenas com essa perspectiva de trabalho.” (P1)

- “Eu considero que são suficientes. Não sei, é se estão muito ativas.” (P3)

Na questão “Tem propostas para a criação de outros projetos? Quais?”, de um modo geral, os entrevistados consideram que não há necessidade de criar mais projetos, mas sim, de potenciar os que já existem. O entrevistado 1 considera importante definir o trabalho dos técnicos e que os mesmos trabalhem a questão da desabitação nas camadas mais jovens, e não apenas nos adultos, e sensibilizar os técnicos para o trabalho parental na questão dos consumos e do seu impacto.

O entrevistado 2 acredita que o trabalho de mentoria entre pares, nas escolas, é essencial para a dissuasão dos consumos e pela questão da promoção da saúde mental que em muito influencia a tendência ao consumo.

O entrevistado 3 acredita que através de mais parcerias e protocolos e da envolvência da comunidade, é possível contribuir para a diminuição dos comportamentos aditivos. Seguem os seguintes excertos, em que se baseiam as afirmações:

- “Eu acho que já temos as estruturas. É pô-las a funcionar. É pôr técnicos a desempenhar, definir trabalho...” (F1)

- “A proposta que eu faria a este núcleo ou ao núcleo local de intervenção (...) era realmente termos um grupo de técnicos que trabalhasse já na desabitação do consumo.” (F1)

- “...trabalhar os técnicos que estão envolvidos a trabalhar com a família e sensibilizá-los para terem um olhar um pouco diferente e para perceberem a dimensão do impacto que eles têm nestas famílias”. (F1)

- “...a mentoria entre pares... essa mentoria funciona bem mesmo na problemática do consumo...” (F2)

- “...eu acredito muito nos programas de mentoria... se calhar um programa de mentoria entre pares, mas direcionado para a saúde mental, era interessante...” (F2)

- "...eu não vejo como projeto, eu vejo mesmo os protocolos e estar mais participativa no que a comunidade..." (F3)

Nesta subcategoria a mesma questão "Tem propostas para a criação de outros projetos? Quais?" foi aplicada no *focus group* e os participantes responderam de acordo com as entrevistas individuais. O participante 3 refere que já existem projetos de prevenção, que devem ter continuidade, e que é importante apostar mais na intervenção e que, além disso, é de a responsabilidade do técnico procurar capacitar-se para que possa intervir de forma adequada. O participante 2 assume a importância da saúde mental e do impacto que a sua ausência pode provocar na sociedade, e no consumo de substâncias psicoativas por parte dos jovens. Os seguintes excertos sustentam as afirmações anteriores:

- "Existem vários projetos de prevenção. Nós temos é que nos articular bem, dando continuidade a muitos deles, e devemos apostar também, obviamente, paralelamente, não só na prevenção, mas no tratamento." (F3)

- "Eu este ano descobri o programa "Eu e os Outros", portanto, também temos que procurar, temos que ter uma atitude proativa..." (F3)

- "...a questão da saúde mental que está a criar alguns problemas graves na sociedade e irá criar ainda problemas muito maiores no futuro e precisamos de técnicos." (F2)

A última questão para a entrevista individual desta subcategoria é "Na sua opinião qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído?" os entrevistados 1 e 3 concordam que é essencial os técnicos de reunirem.

O entrevistado 3 considera importante que essas reuniões tenham uma data, hora e local para que os técnicos se possam organizar. E o entrevistado 1 refere que essas reuniões são importantes, pois, podem discutir-se casos e delinear a intervenção de uma forma mais prática. Os excertos que se seguem fundamentam as afirmações:

- "Poderia ser feita em vez em quando uma reunião alargada onde se fala de tudo e mais alguma coisa...onde as pessoas falam determinados casos e a intervenção que está a ser feita e a delineação da intervenção..." (P1)

- "É marcar reuniões com agenda marcada..." (P3)

Na subcategoria propostas *futuras* os participantes do *focus group* responderam à última questão “Qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído?”, o participante 3 referiu a importância da comunicação entre os técnicos, e o participante 7 acrescenta que a articulação é essencial para que esse trabalho seja de facto fluído, tal como referem os seguintes excertos:

- “...liguem os telefones, agarrem telefone e liguem todos uns para os outros... digam fui professor deste aluno, eu tenho esta dificuldade, estou preocupado e preciso deste apoio, vamos conversar uns com os outros.” (F3)

- “...acho que a articulação é fundamental...” (F7)

Considerações finais

Na adolescência tomam-se opções, adotam-se comportamentos que podem determinar o trajeto individual, e que por vezes, englobam comportamentos de risco, como o caso do consumo de substâncias psicoativas, que pode evoluir para situações ainda mais graves, como as dependências. Há vários fatores que podem determinar esses comportamentos, como a família, a escola, a comunidade ou o grupo de pares que são fundamentais no processo de socialização e, por isso, podem constituir fatores de risco ou de proteção face aos consumos de substâncias psicoativas nos adolescentes. Esta temática é preocupante, sendo necessário valorizar a prevenção e a intervenção neste domínio.

Neste contexto, o presente trabalho de investigação surge da necessidade de *compreender como é que os técnicos percecionam o seu contributo para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas perceções sobre a intervenção*, sendo esta a questão de investigação deste trabalho. Como tal, procuramos apresentar as principais conclusões retiradas e responder aos objetivos específicos delineados nesta investigação.

Quanto ao primeiro objetivo *conhecer as dinâmicas dos projetos de intervenção face à identificação e encaminhamento dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas*, concluímos que, de modo geral, a intervenção nos casos de consumos de substâncias é feita em situação limite, o que reflete a falta de respostas por parte das entidades, até que haja intervenção, seja ela individual ou comunitária. Percebemos que no processo de encaminhamento, após a deteção de um caso de consumo de substâncias psicoativas, de modo geral, o mesmo é feito para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, para os serviços de saúde ou para o Centro de Respostas Integradas. No entanto, este processo nem sempre é celebre e regulado, pois, segundo os dados desta investigação, há desconhecimento por parte dos técnicos em saber qual a entidade para a qual podem referenciar os jovens e como podem fazê-lo. Em meio escolar, em alguns casos, existe um manual de procedimentos que orienta a atuação em caso de consumos de substâncias, mas podemos concluir que esse manual de orientação não é a regra. Ainda em meio escolar, a sinalização dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas é feita para a Escola Segura ou para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e os encarregados de educação dos jovens são alertados da situação e esclarecidos. No entanto, por parte desta entidade, o trabalho que é feito quer com o jovem quer com os seus

responsáveis é reduzido, em parte, pela falta de técnicos disponíveis e pela falta de orientação, assim o entendimento geral é que o trabalho de acompanhamento fica aquém do desejado.

Por parte da CPCJ após a sinalização do adolescente, seja por parte da escola ou de outra entidade, ou mesmo a título individual, há uma preocupação em articular com a família do adolescente, aliás, a CPCJ só pode fazer uma intervenção com o jovem mediante o consentimento dos cuidadores. A partir daí, é estabelecida uma metodologia de intervenção que permita trabalhar no sentido da capacitação dos mesmos. No entanto, considera-se nesta investigação, que os técnicos que trabalham nesta área têm dificuldade em fazer face ao crescente número de casos, pelo que se torna mais difícil fazer um acompanhamento personalizado e que responda às reais necessidades dos destinatários.

É importante referir que se constatou que há falta de sensibilização e de formação para com os adolescentes, que iniciam os consumos cada vez mais cedo, pois, apesar de serem implementadas sessões psicoeducacionais, as mesmas são esporádicas e sem monitorização do grau de eficácia. Além disso, os programas de prevenção do consumo de substâncias psicoativas, são meramente informativos e universais. O que leva a que, quando ocorrem sinalizações, se perceba que na maioria dos casos, trata-se de consumos num grau mais avançado que poderia ter sido detetado ou prevenido se houvesse um maior investimento nas sessões de esclarecimento e de prevenção. E através de uma intervenção seletiva e/ou indicada e com o direcionamento dos programas de prevenção adequados ao público alvo, evitando generalizações. Considera-se, por isso, que a prevenção é tardia, levando a que a intervenção seja a ação de primeira linha, quando deveria ser o oposto. Contribui para isso, a questão dos pares e a sua influência, a personalidade do adolescente e também concluímos que a parentalidade pode ser um forte gatilho para o início dos consumos. Quer através da permissibilidade, na qual em muitos casos os adolescentes iniciam os seus consumos em ambiente familiar, ou tem aceitação para o fazerem, quer através da repressão, do ambiente familiar ou dos maus-tratos que podem instigar o jovem a procurar uma fonte de prazer alternativa e rápida. Assim, conclui-se que há dificuldade em implementar a prevenção de consumos de substâncias psicoativas junto dos adolescentes e, por isso, em identificar casos de consumo em fase inicial, pelo que quando os mesmos são encaminhados, a intervenção requer metodologia e articulação, quer por parte dos técnicos, quer por parte da envolvente do adolescente.

O próximo objetivo deste estudo é *conhecer a perspetiva dos técnicos no que respeita à articulação da rede face à intervenção do consumo de substâncias psicoativas*

na adolescência e a conclusão retirada é que de facto, existe a possibilidade de estabelecer protocolos com algumas entidades, nomeadamente, por parte das escolas com as forças policiais ou com o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. No entanto, tem de partir das entidades interessadas procurar essas parcerias e promover junto delas sessões de esclarecimento para os jovens, o que nem sempre acontece. Sessões essas, que mais uma vez são esporádicas e não são mensuráveis. Há necessidade de criar uma maior articulação entre as diferentes entidades e a necessidade de criação de mais protocolos e de mais sessões de esclarecimento junto dos adolescentes, que produzam efeitos e mudanças. É necessária uma maior comunicação entre as entidades, pois, considera-se que existem recursos, mas não existe articulação nem potenciação dos serviços. Assim, é fundamental haver articulação quer no setor social, na saúde ou no emprego de forma estruturada. Verificou-se que também há algum desconhecimento, por parte dos profissionais, da rede de suporte em caso de consumo por parte dos adolescentes, no entanto foi possível identificar nesta investigação, as seguintes equipas de apoio: os serviços de saúde, a Guarda Nacional Republicana, Serviço de Psicologia e Orientação, Equipa Multidisciplinar de Intervenção Comunitária, o Programa de Promoção e Educação para a Saúde, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e o Centro de Respostas Integradas. Por fim, neste objetivo é importante frisar que apesar da articulação entre as entidades ser fundamental, é necessário incluir nesse processo os pais, a escola e a comunidade, se possível, de forma conjunta, trabalhando as diferentes esferas da vida do adolescente.

Os últimos objetivos deste trabalho de investigação pretendem *analisar as formas de intervenção mobilizadas pelos técnicos no terreno e compreender os efeitos da intervenção dos técnicos, nos adolescentes, nas famílias, na escola, na comunidade*. Para estes objetivos não foi fácil obter respostas estruturadas. A conclusão geral é a de que é difícil retirar conclusões acerca dos efeitos da intervenção, sendo que as mesmas ficam aquém do desejado pois são esporádicas ou de curta duração ou simplesmente não existem. Em particular, nesta investigação, a conclusão retirada é que as respostas em termos de intervenção efetiva são escassas, sobretudo para os adolescentes até aos catorze anos, dado que para os adultos existem alguns programas de intervenção vigentes e ativos. Além disso, para encaminhar um adolescente com consumo de substâncias, há dificuldade em saber para onde o encaminhar e a quem recorrer, tendo o mesmo e a família que passar, muitas das vezes, por vários técnicos até vislumbrarem alguma solução. A perspetiva é a de que a intervenção deve ser ampliada e regulada e que deve

haver a promoção do acompanhamento personalizado e individualizado. Verificou-se ainda que sem articulação das entidades perde-se tempo, pois, cada profissional na sua organização vai iniciar um novo processo, possivelmente com a informação que anteriormente foi dada noutra entidade. Além disso, há maior desgaste e desmotivação do adolescente que tem de contar a sua história a pessoas diferentes e que vê o seu processo a ser moroso.

Após as conclusões retiradas para os objetivos definidos neste trabalho de investigação, acrescentamos, com base na fundamentação teórica apresentada, que a família tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança e do adolescente, e por isso, a influência que a mesma exerce nas suas vidas ao nível da saúde e do bem-estar, seja de forma mais ou menos positiva, podem atuar como fator de risco ou de proteção. Desta forma, o suporte afetivo, a comunicação e a supervisão são fundamentais para o sentimento de proteção familiar e para o ajustamento nas diferentes áreas da vida da criança/adolescente. Também os pares são essenciais para a integração social e felicidade em geral, podendo ser uma influência mais ou menos positiva. Para além dos pares, a escola, nomeadamente os professores, podem ser preditores do caminho a trilhar por parte dos adolescentes, na medida em que quanto maior for o grau de satisfação dos mesmos com a escola, maior o envolvimento e menor a tendência para os comportamentos de risco. Assim, se a relação entre o professor e o aluno for positiva, com compreensão, aconselhamento e apoio, a predisposição para o sucesso escolar será maior e os comportamentos de risco tendem a diminuir. Não podemos esquecer o papel da comunidade e da influência dos comportamentos sociais que servem de modelo para o adolescente, dependendo do meio em que esteja inserido. É de realçar a importância que os momentos de recreação ou lazer, como o caso do desporto, podem ter para evitar os consumos. Assim, uma ligação positiva por parte da família, da escola, da comunidade e dos pares constitui um fator de proteção e por sua vez, aumenta o bem-estar geral dos adolescentes e conseqüentemente, diminui os comportamentos de risco.

É, então, fundamental combater a tendência aos consumos por parte dos adolescentes e para tal, é necessário investir globalmente na prevenção primária precoce e implementar uma intervenção seletiva e direcionada, quer aos grupos mais vulneráveis de maior risco, quer individualmente. Como tal, há que conhecer de forma aprofundada os contextos, e entender os fatores de risco subjacentes na comunidade. Neste sentido, o educador social pode ser um agente de intervenção nestes contextos, pois, no dia a dia confronta-se com situações variadas de emergência social estando apto para intervir de

forma ativa. Por um lado, na prevenção de comportamentos de risco, nomeadamente, dos consumos de substâncias psicoativas, através das sessões de esclarecimento, por exemplo, ou ainda na promoção da parentalidade. Para tal, deve contar com a participação das equipas multidisciplinares e promover a construção de projetos de vida eficazes ou pontes socioeducativas que possibilitem potenciar a mudança.

Como limitações deste trabalho de investigação é importante referir que os estudos sobre a temática, bem como a literatura relativa ao trabalho de prevenção ou intervenção por parte dos profissionais que trabalham com adolescentes, são ainda escassos. Importa estudar estes fenómenos e desenvolver a atuação do educador social com este público-alvo e com a problemática dos consumos nesta faixa etária. Uma outra limitação para a obtenção de mais informação acerca do tema, prendeu-se com o facto de alguns profissionais entrevistados não atuarem de forma interventiva e mensurável com os adolescentes que consomem substâncias psicoativas. Por falta de informação e de formação nesta área em específico, algumas das questões propostas ficaram por responder ou com respostas breves.

Considerando que é importante que haja mais investigação, por parte dos educadores sociais, naquela que pode ser a atuação destes profissionais face ao consumo de substâncias na adolescência, a sua metodologia e o seu impacto, este trabalho de investigação pode ter continuidade e ser aprofundado. A partir do estudo realizado, entendemos que é pertinente apresentar um conjunto de propostas de intervenção, organizadas pelos três eixos seguintes:

1. Investimento e capacitação profissional

- Rever e modernizar as metodologias de trabalho utilizadas atualmente, atualizando-as de acordo com as necessidades e exigências dos adolescentes;
- Formação e capacitação dos profissionais que trabalham com crianças ou jovens em comportamentos aditivos ou de risco, de forma que estes saibam como atuar em caso de consumo de substâncias psicoativas. Quer através da formação dirigida, quer através de workshops práticos com os grupos de trabalhos de forma a articular procedimentos.

2. Organização e atuação das entidades

- Conceção de um manual de procedimentos e/ou fluxogramas com a representação gráfica do circuito de procedimentos a adotar em caso de suspeita ou confirmação do uso de substâncias psicoativas;
- Criação de reuniões alargadas e programadas com os técnicos e professores envolvidos nos processos de adolescentes com consumo de substâncias psicoativas com o objetivo de articular e debater os casos, de forma que o trabalho de intervenção não se sobreponha;
- Implementação de uma equipa especializada em prevenção e intervenção nos comportamentos de risco, nos concelhos, com atuação direta com as crianças e adolescentes, famílias, escola e comunidade;
- Implementação de um programa de prevenção de comportamentos de risco e/ ou de capacitação das crianças ou jovens a ser aplicada nas escolas de forma continuada e mensurável, com o objetivo de avaliar o impacto do mesmo;
- Ampliação dos programas de capacitação socio emocional e promoção de hábitos de vida saudáveis, com maior incidência no pré-escolar e promoção da parentalidade positiva com potenciais famílias de risco.

3. Avaliação do impacto da prevenção e/ou intervenção

- Monitorização e avaliação dos programas e/ou projetos de prevenção e intervenção de consumos de substâncias psicoativas, com grelhas que permitam verificar se a metodologia utilizada correspondeu aos objetivos propostos.

Estes eixos foram pensados no sentido da agilização do trabalho em rede e da promoção de competências quer do ponto de vista da capacitação pessoal e profissional, quer da intervenção feita com os adolescentes seja ela direta ou indireta. Consideramos que é fundamental perceber o impacto do trabalho desenvolvido junto destes jovens e do seu meio envolvente e criar condições tanto para os profissionais das mais diversas áreas como para os adolescentes, para que juntos possam construir um futuro mais saudável e mais sólido.

Referências

- Acton, S. (2003). Measurement of Impulsivity in a Hierarchical Model of Personality Traits: Implications for Substance Use. *Marcel Dekker, Inc*, 38(1), 77–78. <https://doi.org/10.1081/JA-120016566>
- Almeida, R. (2005). A toxic dependência e os novos enquadramentos. *Psiquiatria Clínica*, 26, pp. 11-14.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- António, R., & Arco, J. (2021). Investigação em Educação Social – prática e reflexão. *Educação Social e Desenvolvimento Local. Que contributos? O Projeto n(d)o Município de Almodôvar*, 2. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14974/1/EBook_MES-Vol%20II%20-%202021.pdf
- Baptista, I. (2007). Políticas de alteridade e cidadania solidária - As perguntas da Pedagogia Social. *Cadernos de Pedagogia Social*, 1. <https://doi.org/file:///C:/Users/CBES02/Downloads/1920-article-4128-1-10-20191019.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70. <https://archive.org/details/bardin-laurence-analise-de-conteudo/mode/2up>
- Calado, V. G. (2021). *A Antropologia e a perspetiva sociocultural das drogas* (3ª ed.). Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Capul, M. e Lemay, M. (2003). *Da Educação à Intervenção Social*. 2ª ed. Porto Editora.
- Carapinha, L. (2021). *Comportamentos Aditivos em tempos de COVID: Alterações no consumo de drogas ilícitas*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. https://www.sicad.pt/pt/Paginas/detalhe.aspx?itemId=637&lista=SICAD_NOVIDADES&bKUrl=/BK
- Caride, J. (2021). Conocer para actuar en Educación Social: Apuntes teóricos y contextuales en clave pedagógica-social. *Investigação em Educação Social*, 2. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/14974/1/EBook_MES-Vol%20II%20-%202021.pdf
- Casel. (2015). CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: *Middle and High School Edition*. <http://secondaryguide.casel.org/casel-secondaryguide.pdf>

- Cordeiro, M. (2016). *Os nossos adolescentes e as drogas: realidades, mitos, verdades e estratégias*. A Esfera dos Livros.
- Dependências, S. d. (2021). *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.
<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Programas/PORI/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Dias, P. (2021). *A propósito do consumo de canábis em Portugal – por uma política baseada na prevenção*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg. [ESPAD report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs](#)
- Feijó, R. B. & Oliveira, É. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77(Supl. 2), S125-S134. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.300>
- Ferreira, B. (2022, 7 de janeiro). *Foram consumidas menos drogas durante a pandemia*. *OBSERVADOR*. <https://observador.pt/2022/01/07/foram-consumidas-menos-drogas-durante-a-pandemia/>
- Ferreira, M. (2013). *Consumo De Substâncias, Estilos de Vida Ativos E a Saúde Dos Adolescentes Portugueses*. Dissertação Apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação – Educação Para a Saúde. Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2014). *Psicologia* (10ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Griffin, K., J Botvin, G., M. Scheier, L., A Epstein, J., & M Doyle, M. (2002). Personal Competence Skills, Distress, and Well-Being as Determinants of Substance Use in a Predominantly Minority Urban Adolescent Sample. *PubMed*, 3(23-32). <https://doi.org/10.1023/A:1014667209130>
- Gómez, C., & Miranda, J. (2018). *Guia de Adicciones para especialistas en formación*. Socidrogalcohol.
- Henriques, S. (2021). *Ciência da prevenção e qualificação para a intervenção*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1). <https://www.nature.com/articles/npp2009110>
- Lancet. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Seattle: *Global Health Metrics*. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930925-9>
- Lopes, G., Nóbrega, B., Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista Brasileira. Psiquiatria*, 35. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S105>
- Magalhães, I. (2010). *Consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas nos jovens: um estudo comparativo entre meio litoral e interior*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/1674>.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5.º ed.). Atlas S.A.
- Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar*. Ministério da Educação.
- Marquet, J. e Quivy, R., (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed. Gradiva.
- Martins, E. (2013). A Pedagogia social/ Educação social nos meandros da comunidade e da escola. *Educaeducare*, (1). https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2654/1/Educare%20educere_Ernesto_Martins.pdf
- Mateus, M. (2012). *O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas* [Instituto Politécnico de Bragança - ESE]. <http://hdl.handle.net/10198/7726>
- Matos, M. G. (2008). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Matos, M. G., & Social, E. A. (2018). Relatório do Estudo HBSC 2018: A Saúde Dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão. *Equipa Aventura Social: Lisboa, Portugal*. https://aventurasocial.com/wpcontent/uploads/2021/12/publicacao_1545534554.pdf

- Medeiros, T., Patrício, L., & Dinis, R. (2013). *Aditologia: Prevenção e intervenções*. Letras Lavadas Edições.
- Melo, R., Leonardo, J., Roque, A., Abraão, I., Bucu, C., Frazão, C., Jesus, P., & Pinto, M. (2016). *Linhas Orientadoras do Programa Eu e os Outros*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/Documents/2017/LinhasOrientadoras_Eu_e_os_outros.pdf
- Morton, B. S. (2007). Social Influencies on Adolescents Substance Use. *American Journal of Health Behavior*, 672–682. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.6.13>
- Muñoz, O. (2003). Intervención socioeducativa con discapacitados. El papel del Educador Social. *Boletín de Estudios e Investigación*, (4). <https://www.redalyc.org/pdf/771/77100413.pdf>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). Drug Facts: Understanding Drug Use and Addiction. *National Institute on Drug Abuse*, 2–4. <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts-understanding-drug.pdf>
- Nutt, D., & MeeLelland, A. T. (2014). Can Neuroscience Improve Addiction Treatment and Policies? *Public Health Reviews*, 35(2), 2–12. <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1007/BF03391704.pdf?site=publichealthreviews.biomedcentral.com>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019). Relatório Europeu sobre Drogas 2019: *Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021). Relatório Europeu sobre Drogas 2021: *Tendências e Evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- Oliha, J. (2014). Adolescent and drug abuse in tertiary institution implication for counselling. *British Journal of Education*, 2(1), 1–9. <https://www.eajournals.org/wp-content/uploads/Adolescent-and-Drug-Abuse-in-Tertiary-Institution-Implication-for-Counselling.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Ortega, J. (2005). Pedagogía social y pedagogía escolar: la educación social en la escuela. *Revista de Educación*, 336. O Papel específico do(a) educador(a) social Fernando

- [Canastra.pdf \(ipleiria.pt\)](#) União Europeia. (2022, 23 de dezembro). *Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência*. European Union. https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/emcdda_pt
- Report, W. D. (2020). *Socioeconomic characteristics and drug use disorders*. Austria: United Nations publication. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_5.pdf
- Sáez, J. e Molina, J. (2006). *Pedagogía social. Pensar la educación social como profesión*. Madrid: Alianza Editorial. [La Pedagogía Social | PDF | Sociedad | Pedagogía \(scribd.com\)](#)
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência saúde coletiva*, 10(3), 707–715. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Saldana, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Los Angeles, CA: Sage Publications. Saldana 2009 The Coding Manual For Qualitative Researchers [d49odko85649] (idoc.pub)
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Comportamentos Aditivos e Dependências*. <https://www.arscentro.min-saude.pt/dicad/centro-de-respostas-integradas-cri/>.
- SICAD. (2013). *Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/Documents/Linhas_Gerais_de_Orientacao_Intervencao_Preventiva_em_CAD_.pdf
- SICAD. (2019). *Relatório Anual de 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/162/Relatorio_Anuual_2018_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf
- SICAD. (2022, 27 de janeiro). *Comissões para a dissuasão da toxicodependência*. <https://www.sicad.pt/PT/Dissuasao/SitePages/cdt.aspx>
- Silva, A. I., & Summavielle, T. (2021). Neuroinflamação e substâncias psicoativas – uma relação negligenciada. *Comportamentos aditivos. Perspetivas e desafios*.
- Simões, C., Matos, M., Moreno, C., Rivera, F., Foguet, J., & Morton, B. (2012). Substance use in Portuguese and Spanish Adolescents: Highlights from

- Differences and Similarities and Moderate Effects. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3).
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Elsevier*, 9(2), 70–72. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Tavares, A. I., & Abraão, I. (2010). *TRILHOS - Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/programas_prevencao/codlct0i-trilhos_vo.pdf
- Tedesco, J. (1995). El nuevo pacto educativo: *educación, competitividad y ciudadanía en la sociedad moderna*. Madrid: Grupo Anaya. [Tedesco - El Nuevo Pacto Educativo \(caps. 1, 2, 4 Y 5\) \[3no70q782eld\] \(idoc.pub\)](#)
- Tomé, G. (2011). *Grupo de Pares, Comportamentos De Risco e a Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Dissertação Apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação – Educação Para a Saúde. Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade De Motricidade Humana.
- Toxicodependência, O. E. (2021). *Relatório Europeu Sobre Drogas 2021: Tendências e Evoluções*. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. doi:10.2810/222511
- União Europeia. (2021, 24 de março). Estratégia da União Europeia em matéria de Drogas 2021-2025. *Jornal Oficial da União Europeia*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2021:102I:FULL&from=PT>
- Vilar, J. (2018). Elementos de reflexión para el futuro próximo de la educación social. *Educación Social. Revista d'Intervención Socioeducativa*, 70. https://www.researchgate.net/publication/330667590_Elementos_de_reflexion_para_el_futuro_proximo_de_la_educacion_social
- Vilar, G., Pissarra, P., Frango, P., & Melo, R. (2013). *Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. https://catolicaporto-my.sharepoint.com/personal/320115004_ucpcrp_pt/_layouts/15/onedrive.aspx?id=/personal/320115004_ucpcrp_pt/Documents/Tese/Textos%202/Linhas_Gerais_CAD.pdf&parent=/personal/320115004_ucpcrp_pt/Documents/Tese/Textos%202

- Vieira, R. (2009). *Identidades Pessoais. Interações, Campos de Possibilidade e Metamorfoses Culturais*. Edições Colibri.
- Winters, K., Botzet, A., & Fahnhorst, T. (2011). Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 13(5), 416–421. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0214-2>
- Yucel, M., Lubman, D. I., Solowij, N., & Brewer, W. J. (2008). Understanding Drug Addiction: A Neuropsychological Perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/00048670701689444>

Anexos

Anexo I – Termo de consentimento informado

Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação
Mestrado de Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida

Termo de consentimento Informado

Exmo.(a) Sr(a)

Eu, Ana Maria Teixeira dos Santos, mestranda do curso de Educação Social – Educação e Intervenção ao Longo da Vida, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Bragança, estou a desenvolver uma dissertação que se intitula “*O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a percepção dos técnicos sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias*” sob a orientação científica da Professora Doutora Graça Margarida Medeiros Teixeira e Santos.

Assim, necessito de realizar uma entrevista que tem como objetivo principal: analisar a percepção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência.

A entrevista é semiestruturada, em que, para além de informações de carácter pessoal e profissional, são solicitadas informações diversificadas sobre a temática.

Para a entrevista serão fornecidas oralmente informações pormenorizadas sobre a investigação e esclarecidas as dúvidas do(a) entrevistado(a). Sendo que estão assegurados o anonimato e a confidencial e os dados recolhidos serão para uso exclusivo desta investigação, tendo o entrevistado o direito de não responder a questões que não considere pertinentes.

Depois de retiradas todas as dúvidas relativamente à investigação em curso, o(a) entrevistado(a) aceita que a entrevista seja gravada em registo áudio.

Tendo em consideração a informação supracitada, concordo com os termos que constam nesse protocolo de consentimento informado.

_____, em _____ de _____ de 2022

Assinatura do(a) participante

Anexo II – Guião de entrevista individual

Tema: O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a percepção dos técnicos sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias

Questão-problema: De que forma os técnicos podem contribuir para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas percepções sobre a intervenção?

Objetivos:

Geral: Analisar a percepção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência.

- 1) Conhecer as dinâmicas dos projetos de intervenção face à identificação e encaminhamento dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas;
- 2) Conhecer a perspectiva dos técnicos no que respeita à articulação da rede face à intervenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência;
- 3) Analisar as formas de intervenção mobilizadas pelos técnicos no terreno;
- 4) Compreender os efeitos da intervenção dos técnicos, nos adolescentes, nas famílias, na escola, na comunidade.

			Questões para Técnicos/Profissionais
Bloco 1	Legitimação da entrevista	Termo consentimento informado (prévio)	
Bloco 2	Dados de caracterização dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Habilitações literárias • Profissão • Entidade/Resposta social • Funções • Funções da equipa • Tempo de serviço (nas funções em análise) 	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>Quais são as suas habilitações literárias?</p> <p>Qual é a sua profissão?</p> <p>Qual é a organização ou a resposta social para a qual colabora atualmente?</p> <p>Que funções exerce no âmbito do seu atual emprego?</p> <p>Se integra uma equipa multidisciplinar, quais são as funções da equipa?</p> <p>Há quanto tempo trabalha com adolescentes ou jovens que consomem substâncias ou que são potenciais consumidores?</p>
Bloco 3	Categoria A. Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas	Subcategoria A1. Intervenção com cuidadores/família	<ol style="list-style-type: none"> 1. Considera que há um envolvimento das famílias ou dos cuidadores face à sensibilização no que respeita ao consumo de substâncias? De que forma? 2. Como é feita a intervenção por parte dos técnicos com as famílias e/ou cuidadores? 3. Qual é a sua perceção acerca dos benefícios da intervenção nos adolescentes e nas famílias?

			4. Na sua opinião, o que é que os técnicos podem fazer no sentido de capacitar os cuidadores/famílias para a prevenção?
		Subcategoria A2. O papel da comunidade	5. Qual é a sua perceção sobre o papel da comunidade face ao consumo de substâncias? 6. Quais são as estratégias de intervenção para com o consumo de substâncias psicoativas que estão a ser implementadas na comunidade? 7. Na sua opinião, como é que podemos mobilizar a comunidade como um recurso de prevenção dos consumos?
		Subcategoria A.3 O papel da escola	8. Mediante a identificação de um caso (ou mais) de consumo de substâncias em contexto escolar, como se faz a sinalização e encaminhamento dos alunos? 9. Os adolescentes identificados como consumidores de substâncias são encaminhados para instituições ou projetos? Quais? 10. Que outras medidas educativas, no que diz respeito à intervenção do consumo de substâncias, estão a ser implementadas em meio escolar? 11. Na sua opinião, em meio escolar, quais são as competências que o adolescente adquire com o trabalho implementado na prevenção do consumo de substâncias? 12. Considera que a prevenção em meio escolar é uma medida socioeducativa eficaz para os adolescentes? Porquê?

			13. O que considera que pode ser melhorado em termos de prevenção e intervenção nos comportamentos aditivos em meio escolar?
		Subcategoria A4. O papel Institucional	14. No geral, o que pensa sobre as o tipo de intervenção implementada na sua instituição face ao consumo de substâncias? 15. Em matéria de prevenção e de intervenção no consumo de substâncias, qual é o papel que os técnicos desempenham na instituição em causa? 16. No caso de necessidade de trabalho em rede quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte? 17. Que tipo de apoio podem elas prestar? 18. Da sua experiência de trabalho com essas entidades, como é que se organizam para dar resposta eficaz aos problemas identificados neste contexto? 19. Quais as potencialidades do trabalho em rede quer para os técnicos quer para os destinatários?
Bloco 4	Categoria B. Respostas locais e	Subcategoria B1. Perceção da realidade atual	20. No geral, qual a sua opinião sobre as respostas locais e comunitárias?

	comunitárias em rede	B.2. Propostas futuras	<p>21. Que propostas de eixos de intervenção considera essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?</p> <p>22. Considera que as organizações e os agentes interventivos são suficientes para trabalhar as questões das dependências nos adolescentes? Se não, que estratégias podem ser aplicadas para colmatar essa necessidade?</p> <p>23. Tem propostas para a criação de outros projetos? Quais?</p> <p>24. Na sua opinião qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído?</p>
--	----------------------	-------------------------------	--

Anexo III – Guião de entrevista *Focus group*

Tema: O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: a percepção dos técnicos sobre a intervenção nas respostas locais e comunitárias

Questão-problema: De que forma os técnicos podem contribuir para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, a partir das suas percepções sobre a intervenção?

Objetivos:

Geral: Analisar a percepção dos técnicos acerca das respostas locais face à prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência.

- 1) Conhecer as dinâmicas dos projetos de intervenção face à identificação e encaminhamento dos adolescentes que consomem substâncias psicoativas;
- 2) Conhecer a perspetiva dos técnicos no que respeita à articulação da rede face à intervenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência;
- 3) Analisar as formas de intervenção mobilizadas pelos técnicos no terreno;
- 4) Compreender os efeitos da intervenção dos técnicos, nos adolescentes, nas famílias, na escola, na comunidade.

Constituição do grupo focal – critérios de seleção

1. Ser detentor de formação na área social, da educação, psicologia ou da área da intervenção;
2. Trabalhar com adolescentes há mais de 2 anos;
3. Trabalhar em articulação com outras entidades.

			Questões para Técnicos/Profissionais
Bloco 1	Legitimação da entrevista	Termo consentimento informado (prévio)	
Bloco 2	Dados de caracterização dos participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Idade - Habilitações literárias - Profissão -Entidade/ Resposta - Funções - Funções da equipa - Tempo de serviço (nas funções em análise) 	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>Quais são as suas habilitações literárias?</p> <p>Qual é a sua profissão?</p> <p>Qual é a organização ou resposta social para a qual colabora atualmente?</p> <p>Quais são as funções que exerce atualmente?</p> <p>Se integra uma equipa multidisciplinar, quais são as funções desempenhadas pela equipa?</p> <p>Há quanto tempo trabalha com adolescentes ou jovens que consomem substâncias ou que são potenciais consumidores?</p>
Bloco 3	Categoria A. Atuação sobre o consumo de	Subcategoria A1. Intervenção cuidadores/família	1. Qual ou quais as metodologias de intervenção implementadas com as famílias e/ou cuidadores?

	substâncias psicoativas		2. Qual é a vossa perceção acerca dos efeitos da intervenção nos adolescentes e nas famílias?
		Subcategoria A2. O papel da comunidade	3. Quais são as estratégias de intervenção implementadas na comunidade para com o consumo de substâncias psicoativas? 4. Como podemos mobilizar a comunidade para se tornar um recurso na prevenção dos consumos?
		Subcategoria A.3 O papel da escola	5. Após a identificação de um ou mais casos de consumo de substâncias em contexto escolar, quais os procedimentos a adotar? 6. Que outras medidas educativas, no que diz respeito à intervenção do consumo de substâncias, estão a ser implementadas em meio escolar?
		Subcategoria A4. O papel Institucional	7. No caso do trabalho em rede, quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte a um trabalho de intervenção? 8. Que apoio podem elas prestar? 9. Quais as potencialidades de o trabalho em rede neste contexto quer para os técnicos quer para os destinatários?
Bloco 4	Categoria B. Respostas locais e	Subcategoria B1. Perceção da realidade atual	10. No geral, qual a vossa opinião sobre as respostas locais e comunitárias?

	comunitárias em rede	B.2. Propostas futuras	<p>11. Que propostas de intervenção consideram essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?</p> <p>12. Têm propostas para a criação de outros projetos? Quais?</p> <p>13. Qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído?</p>
--	----------------------	-------------------------------	---

Anexo IV – Transcrição das entrevistas individuais com categorização

Categoria A: Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas	
Subcategoria A.1: Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativa	
Questões	
<p>Considera que há um envolvimento das famílias ou dos cuidadores face à sensibilização no que respeita ao consumo de substâncias? De que forma?</p>	<p>“Não, não há...enquanto escola não sentimos que haja nem envolvimento nem na preocupação, nem na prevenção, as famílias que normalmente têm esse envolvimento, normalmente, até nem têm ou tem alguma função na associação de pais...” (P1)</p> <p>“...ultimamente nos últimos casos que temos tido de consumos ligeiros, mas que envolvam já faltas ou algum abandono escolar, ou risco de não transitar, aí realmente intervimos desta forma ao tentar envolver a família e consciencializar...” (P2)</p> <p>“Sim, normalmente há, nós fazemos questão de que os pais se envolvam, tenham conhecimento da lei e tenham conhecimento dos efeitos físicos e psicológicos e até psiquiátricos da substância... que fazemos isso tanto com eles como com os pais, os pais ou representantes legais.” (P3)</p>
<p>Como é feita a intervenção por parte dos técnicos com as famílias e/ou cuidadores?</p>	<p>“As intervenções junto das famílias já são em situações de limite, ou seja, não há uma intervenção preventiva, já há uma intervenção remediativa...” (P1)</p> <p>“...intervenção que se faz com a família, não é uma intervenção muito estruturada, poderá ser algum atendimento, alguma sensibilização, alguma cooperação e acompanhamento... mas a escola não me parece que tenha...” (P1)</p>

	<p>“...eu sou técnica de intervenção local, nem todas as escolas têm. No meu papel sim, no meu no meu papel é feito um trabalho para as famílias...” (P1)</p> <p>“...o psicólogo escolar não tem tempo para a intervenção em família...” (P2)</p> <p>“...o psicólogo juntamente com o professor, faz uma reunião elucidativa da situação, porque geralmente e do conhecimento da família e sai estratégias para a situação que está a decorrer, nomeadamente ao nível dos consumos. Reunimos sempre com o encarregado de educação, mas não só. Queremos que também venham elementos do agregado familiar que também tenham vínculo...” (P2)</p> <p>“...entrevistas preliminares, nas intervenções psicoeducacionais ou com intervenções breves.” (P3)</p> <p>“...como educadora social faço questão de os pais estarem presentes na entrevista preliminar... tento perceber a relação que eles têm”. (P3)</p>
<p>Qual é a sua perceção acerca dos benefícios da intervenção nos adolescentes e nas famílias?</p>	<p>“...o meu primeiro trabalho que faço com as famílias é elas sentirem-se à vontade para se relacionarem com a escola, que é algo que as famílias não se sentem. Sentirem-se à vontade, ou seja, criar essa ponte entre as famílias para mim é sempre uma prioridade...” (P1)</p> <p>“...a questão nem é identificar a problemática em si porque, normalmente, estas famílias têm multiproblemas... O consumo é apenas um sinal, um sintoma destes problemas...”. (P1)</p> <p>“O que eu faço é desmistificar. A informação de rua, a informação de grupo de pares, ao mostrar a verdade sobre os consumos ou as consequências dos consumos com estudos, com estudos técnicos científicos.” (P3)</p> <p>“A minha perceção é que é muito curta e muito má...” (P2)</p>

<p>Na sua opinião, o que é que os técnicos podem fazer no sentido de capacitar os cuidadores/famílias para a prevenção?</p>	<p>“...a capacitação, eu sozinha não consigo fazer esta capacitação como deveria de ser, porque eu acredito na prevenção, mas já estou num patamar onde as coisas já estão a acontecer.” (P1)</p> <p>“...por muito que tu tenhas trabalhos com a família... na questão dependência se tu não estiveres articulada com a saúde e com outros parceiros, muito pouca há a fazer porque os jovens já chegam aqui com consumos.” (P1)</p> <p>“Eu penso que a intervenção terá que ser direta, pelo menos numa primeira fase, perceber se há ali realmente um acompanhamento e se os pais estão esclarecidos sobre os assuntos.” (P3)</p> <p>“...mostro a lei e mostro as consequências físicas, psicológicas e psiquiátricas, mas quando faço a intervenção mais pessoal com o menor, ou seja, o que eu quero saber: historial de consumos, um ambiente familiar...” (P3)</p> <p>“...as Comissões têm o objetivo de trabalhar a dissuasão e esclarecer, dar ferramentas...” (P3)</p>
<p>Subcategoria A.2: O papel da comunidade</p>	
<p>Qual é a sua perceção sobre o papel da comunidade face ao consumo de substâncias?</p>	<p>“As pessoas aceitam, nomeadamente, o álcool e o tabaco e, também, já começam a aceitar outro tipo de consumos que é aquilo que temos pelo menos nos jovens destas faixas etárias.” (P1)</p> <p>“...a questão que é mais difícil são as respostas que existem na comunidade para esta problemática dos consumos.” (P1)</p>

	<p>“O papel da comunidade é fulcral, é muito importante. Por isso é que nós criamos vários protocolos com escolas, com forças policiais, com todas as entidades que acharmos relevantes para fazermos intervenções de esclarecimento.” (P3)</p>
<p>Quais são as estratégias de intervenção para com o consumo de substâncias psicoativas que estão a ser implementadas na comunidade?</p>	<p>“...a comunidade de alguma forma também tem aqui um papel a desempenhar, não se faz em relação aos consumos nos jovens, não há essa sensibilização.” (P1)</p> <p>“...temos os protocolos, fazemos isso sempre que é necessário eles... na educação cívica, se for preciso, até mesmo para professores, forças policiais, como disse também, nós fazemos sempre sessões de esclarecimento.” (P3)</p>
<p>Na sua opinião, como é que podemos mobilizar a comunidade como um recurso de prevenção dos consumos?</p>	<p>“Mais protocolos, mais atividades, ou seja, que estas intervenções de esclarecimento e estas sessões de esclarecimento sejam menos espaçadas...” (P1)</p> <p>“...acho que não passa só pelos pais ou pelo Agrupamento de escolas, acho que passa mais do que isso, passa por entidades e pelo Ministério da Saúde também”. (P2)</p> <p>“...tem de passar pelos pais acima de tudo. A associação de pais podia ter aqui um papel mais interventivo...” (P3)</p>
<p>Subcategoria A.3: O papel da escola</p>	
<p>Mediante a identificação de um caso (ou mais) de consumo de</p>	<p>“...no sítio onde eu estou não há encaminhamento para os jovens...” (P1)</p>

<p>substâncias em contexto escolar, como se faz a sinalização e encaminhamento dos alunos?</p>	<p>“...a maneira como eu contornei um bocadinho o facto de não haver resposta e aqui, isso já me aconteceu algumas vezes, é fazer a marcação de uma consulta de medicina familiar regular...” (P1)</p> <p>“Sempre que há consumos temos de reportar Comissão de Proteção de Jovens e Crianças”. (P2)</p>
<p>Os adolescentes identificados como consumidores de substâncias são encaminhados para instituições ou projetos? Quais?</p>	<p>“Aqui não há.” (P1)</p> <p>“Enviar para o tribunal e ver se tem idade, isto é, se é menor, se não é menor, ver a área de residência para ver se é a nossa CDT ou não, abrir processo.” (P3)</p> <p>“...em termos do jovem há sempre a Saúde e a Comissão...” (P2)</p>
<p>Que outras medidas educativas, no que diz respeito à intervenção do consumo de substâncias, estão a ser implementadas em meio escolar?</p>	<p>“...o que se faz são ações de sensibilização, não se faz mais do que isso...” (P1)</p> <p>“Uma coisa é tu estás a fazer um trabalho de prevenção ou trabalho de exposição, explicação, de capacitação, mas depois e o resto?” (P1)</p> <p>“Que eu saiba, não tenho conhecimento de mais nenhuma, estas são as que eu sei dentro da atuação do psicólogo, para além da articulação com pedopsiquiatria e às vezes com a Ordem dos Psicólogos com a disponibilização de testes para perceber que tipo de consumo o jovem tem...” (P2)</p> <p>“Em contexto escolar as estratégias são muito reduzidas, vou ser sincera. Nem temos uma intervenção típica ou um manual pronto a seguir...” (P2)</p>

<p>Na sua opinião, em meio escolar, quais são as competências que o adolescente adquire com o trabalho implementado na prevenção do consumo de substâncias?</p>	<p>“Os jovens que têm de alguma maneira um acompanhamento mais adequado nesta questão, nomeadamente, da família, ou porque praticam desporto, ou têm hábitos de vida mais saudáveis, estas capacitações vêm incrementar. Agora, quando falamos de jovens, que já têm consumos e que não tem hábitos saudáveis de vida, muitas das vezes, ainda reforça um bocadinho o papel que eles querem desempenhar.” (P1)</p>
<p>Considera que a prevenção em meio escolar é uma medida socioeducativa eficaz para os adolescentes? Porquê?</p>	<p>“...se pensarmos na escola como um todo, todas essas ações de sensibilização acho que são produtivas, naqueles adolescentes com os quais eu trabalho, é que às vezes, eu tenho algumas dúvidas, porque eles têm já os comportamentos diferentes dos outros. Já são comportamentos de consumo, nomeadamente, de famílias destruídas, tem uma data de fatores, que às vezes temos que pensar se estas ações, que nós temos estruturadas para um público em geral, se adequa a este público que já tem um determinado comportamento.” (P1)</p>
<p>O que considera que pode ser melhorado em termos de prevenção e intervenção nos comportamentos aditivos em meio escolar?</p>	<p>“...os programas que existem na escola, nesta temática, são coisas muito pontuais, não são coisas estruturadas do ano, durante um ano letivo inteiro, com aquele foco, realmente, para trabalhar e que tu possas medir o que que é que aconteceu...” (P1)</p> <p>“...uma coisa mais estruturada, acho que tem sempre mais impacto, do que ir lá fazer uma sessão ou duas ou três, não é?” (P1)</p>

	<p>“Uma coisa estruturada poderá ter mais impacto trabalhar essas questões, mas depois de tu não teres a articulação com a saúde...” (P1)</p> <p>“...através do serviço de psicologia ou através de formação a professores para capacitar... (E2)</p> <p>“...mas eu acho que através da escola deveria haver aqui um programa, mesmo ao nível do SICAD, dirigido aos agrupamentos, em que os mesmos interviessem nesse sentido. Que fosse obrigatório, que os agrupamentos tivessem horas para isto...” (P2)</p> <p>““Eu acho que em escola (...) é fundamental haver estratégias de intervenção. Pode ser através da escola e da psicologia, pode ser através de alguma disciplina de cidadania, não sei...” (P2)</p>
<p>Subcategoria A.4: O papel institucional</p>	
<p>No geral, o que pensa sobre as o tipo de intervenção implementada na sua instituição face ao consumo de substâncias?</p>	<p>“...existem recursos, mas eu acho que não estão... não estão bem organizados os recursos que existem. Acho que não são potenciados todos os recursos que nós temos...” (P1)</p> <p>“Estamos a falar com os jovens que estão em situação limite e se depois não tivermos a articulação com a saúde...” (P1)</p> <p>“Eu concordo plenamente com a lei... Nós vemos caso a caso e eu faço intervenções de cerca de uma hora com eles, onde explano tudo o que é possível.” (P3)</p> <p>“Vou fazendo sempre intervenções breves ou psicoeducacionais terminando com follow up, pronto, é sempre um acompanhamento.” (P3)</p>

<p>Em matéria de prevenção e de intervenção no consumo de substâncias, qual é o papel que os técnicos desempenham na instituição em causa?</p>	<p>“Sempre dentro da área das ciências, ciências sociais... sim. E é assim, convém haver um jurista também, não é? E também temos juristas em todos os CDTs, pelo menos convém, mas as intervenções diretas com os com os indiciados, claro, convém ser das áreas psicoeducacionais.” (P3)</p> <p>“Nos hábitos saudáveis, na promoção de outras estratégias...” (P2)</p> <p>“...a autoestima dos jovens, como a autoeficácia dele na imagem enquanto aluno, ao nível da ponte com os professores devido a situação das notas e das faltas e de todo este registo”. (P2)</p>
<p>No caso de necessidade de trabalho em rede quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte?</p>	<p>“São os Centros de Saúde, neste caso aqui, não temos mais nada, temos de saúde hospital. Devia de haver as consultas de persuasão, de acompanhamento, etcetera.” (P1)</p> <p>“...a GNR que também costuma fazer um trabalho connosco mais ao nível da formação, de professores, de adultos e também às vezes dos jovens, não só na questão dos consumos...” (P2)</p> <p>“A nós é o SICAD que nos dá sempre o suporte, tudo o que nós precisamos, aliás, eles são os nossos backgrounds, são os nossos alicerces. Agora, as entidades com que trabalhamos em rede o CRI é o direto é o mais próximo...” (P3)</p> <p>“...SPO algumas atividades, webinares ou formações online e também já convidamos pessoas a vir presencialmente...” (P2)</p> <p>“Às vezes articulamos, por exemplo, com as EMIC que são equipas multidisciplinares de intervenção comunitária, que estão na zona e às vezes abordam as famílias...” (P2)</p> <p>“Articulamos também com o PES onde está uma enfermeira destacada em serviço e temos também ajuda para canalizar estes jovens para a saúde...” (P2)</p>

<p>Que apoio podem elas prestar?</p>	<p>“Tentar fazer aqui uns rastreios ou análises...” (P1)</p> <p>“Ou seja, eu acho que o potencial é muito se for em rede. Se for a nível individual o resultado traduz-se em nada, a não ser que o jovem queira, o que é muito raro...” (P2)</p> <p>“Nós queremos a dissuasão. Portanto, tentamos sempre falar com o médico de família, que não estão muito direcionados, infelizmente para isso, porque tem mais de mil coisas para fazer, não têm tempo.” (P3)</p>
<p>Da sua experiência de trabalho com essas entidades, como é que se organizam para dar resposta eficaz aos problemas identificados neste contexto?</p>	<p>“Com o agrupamento onde estou não serve... não nos organizamos porque a resposta é que não há encaminhamento, portanto a maneira como eu tenho de me organizar com as minhas colegas é facilitar o acesso às consultas, de uma forma mais rápida...” (P1)</p> <p>“A parte social funciona. Ou seja, o desbloquear, o acesso a funciona e é rápido e tem sido rápido, mas depois não há continuidade.” (P1)</p>
<p>Quais as potencialidades do trabalho em rede quer para os técnicos quer para os destinatários?</p>	<p>“A resposta a este tema ou a qualquer outro porque nenhuma instituição sozinha tem a resposta para todo este problema que é multifatorial, portanto não, tem que ter várias intervenções: a intervenção social, intervenção de saúde, a intervenção psicológica... Muitas das vezes até de habitação, de emprego. As respostas têm de estar concentradas nos núcleos. Os núcleos existem.” (P1)</p> <p>“É preciso articulação.” (P1)</p> <p>“Para os destinatários que é o que interessa mais, que é o nosso foco e a nossa... é que eles tenham vários pontos de visão diferentes da abordagem do assunto. E se calhar, criam mais empatia com aquele técnico ou</p>

	com outro ou não sei quê e assim sentem-se mais acolhidos. E se calhar, estando mais acolhidos na minha perspectiva, logo estão mais receptivos à informação, e logo, por consequência, à mudança de comportamento” (P3)
Categoria B: Respostas locais e comunitárias em rede	
Subcategoria B.1: Percepção da realidade atual	
No geral, qual a vossa opinião sobre as respostas locais e comunitárias?	<p>“...em relação à parte da intervenção social, há resposta e há atendimento, em relação ao consumo, mas depois não há, para trabalhar com os jovens nestas idades, não há nenhum serviço de desabituação.” (E1)</p> <p>“...eu acho que também temos de deixar de parar de olhar para o início dos consumos como algo muito ligeiro, que toda a gente pode experimentar e não há problema, portanto, eu acho que devíamos mudar um bocadinho essa ótica e intervir mais na prevenção. E nesse sentido eu acho que há poucos recursos ainda e que há muito trabalho a fazer...” (P2)</p> <p>“Eu na (nome da localidade), confesso que me vejo um bocadinho aflita.” (P3)</p>
Subcategoria B.2: Propostas futuras	
Que propostas de eixos de intervenção considera essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?	<p>“...o trabalho preventivo deveria de começar na pré.” (P1)</p> <p>“Tendo médico de família, este é um clínico privilegiado pela relação que tem com os pais, pela relação que tem com as crianças desde pequenas, de ter aqui um papel muito mais interventivo...” (P1)</p> <p>“...eu acho que as escolas podiam ser o eixo de intervenção para chegar a estes jovens” (P2)</p>

	<p>“Mais sessões de esclarecimento, mais atuações... não naquele foco massivo de apresentação massivo... chato, intenso, ossificado até, mas estar num ambiente mais à vontade, mas com regras, disciplina... Com a seriedade que o assunto merece...” (P3)</p>
<p>Considera que as organizações e os agentes interventivos são suficientes para trabalhar as questões das dependências nos adolescentes? Se não, que estratégias podem ser aplicadas para colmatar essa necessidade?</p>	<p>“As que existem neste momento não, mas as organizações e os agentes interventivos, que estão no terreno, são suficientes. Têm é que colocar técnicos apenas com essa perspectiva de trabalho.” (P1)</p> <p>“Eu considero que são suficientes. Não sei, é se estão muito ativas.” (P3)</p>
<p>Tem propostas para a criação de outros projetos? Quais?</p>	<p>“A proposta que eu faria a este núcleo ou ao núcleo local de intervenção, ou seja, onde estão todos os representantes indicados para conseguirmos ter algum impacto no consumo das substâncias nos adolescentes, era realmente termos um grupo de técnicos que trabalhasse já na desabituação do consumo.” (P1)</p> <p>“...trabalhar os técnicos que estão envolvidos a trabalhar com a família e sensibilizá-los para terem um olhar um pouco diferente e para perceberem a dimensão do impacto que eles têm nestas famílias”. (P1)</p> <p>“...a mentoria entre pares... essa mentoria funciona bem mesmo na problemática do consumo...” (P2)</p>

	<p>“...eu acredito muito nos programas de mentoria... se calhar um programa de mentoria entre pares, mas direcionado para a saúde mental, era interessante...” (P2)</p> <p>“...acho que os serviços existem têm que se pôr a funcionar nesse sentido, quer dizer mais um projeto eu acho que já há projetos a mais.” (P1)</p> <p>“Eu acho que já temos as estruturas. É pô-las a funcionar. É pôr técnicos a desempenhar, definir trabalho...” (P1)</p> <p>“...eu não vejo como projeto, eu vejo mesmo os protocolos e estar mais participativa no que a comunidade...” (P3)</p>
<p>Na sua opinião qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído?</p>	<p>“Poderia ser feita em vez em quando uma reunião alargada onde se fala de tudo e mais alguma coisa...onde as pessoas falam determinados casos e a intervenção que está a ser feita e a delineação da intervenção, ou seja, não há uma intervenção delineada por todos os que estão a ser envolvidos e aqui não acontece.” (P1)</p> <p>“...em escola, não sei para onde me virar, não sei para onde ir... ainda para mais tendo tido esta notícia triste que é só o Centro de Saúde que presta apoio, e estamos a falar já de um fim de linha, de troca de seringas, metadona e coisas do género...” (P2)</p> <p>“É marcar reuniões com agenda marcada...” (P3)</p>

Anexo V – Transcrição da entrevista *Focus group* com categorização

Categoria A: Atuação sobre o consumo de substâncias psicoativas	
Subcategoria A.1: O papel dos cuidadores/família	
Questões	
Qual ou quais as metodologias de intervenção implementadas com as famílias e/ou cuidadores?	<p>“A família é a primeira entidade cuja metodologia de trabalho é direcionada, na tentativa de cumprir alguns objetivos.” (F4)</p> <p>“...tipo de metodologia de acordo com as problemáticas muito importante a se ir reavaliando anualmente e se e se puder ir atualizando.” (F4)</p> <p>“...enquanto psicóloga e enquanto escola, o que posso dizer e que tentamos sempre que haja consciência da família face a esta problemática...” (F3)</p> <p>“...quando existe alguma situação mais evidente, mais vulnerável com registos de consumo que começam a preocupar, nós acionamos o nosso guião de procedimentos, e depois dependendo da situação, ou é enviado para consultas em Santarém, ou é acompanhado pela nossa equipa de apoio do Centro de Respostas Integradas, e sempre com a participação das famílias...” (F3)</p> <p>“...nós não temos nenhum apoio no concelho de (nome da localidade) na área da toxicod dependência, na área dos jovens, independentemente da idade.” (F4)</p> <p>“O início deverá ser sempre clínico, ainda que ele tenha repercussões a nível social, a nível escolar... há esta lacuna grande e nem sempre o acompanhamento em consulta de especialidade é feito de forma celebre...” (F4)</p>

	<p>“...perceber qual a sensibilidade pelos pais para aquele problema...” (F5)</p> <p>“...quando o pai e a mãe autorizam e o jovem reconhece que de vez em quando faz algum tipo de consumo, propomos ao pai ou á mãe poder acompanhar á consulta do médico de família e ser o próprio jovem a contar á médica o que é que faz, o que é que sente, e com isto o médico iniciar o processo com análises e depois a partir daí fazer o processo de acompanhamento... penso que o processo deve ser o inverso.” (F4)</p>
Qual é a vossa perceção acerca dos efeitos da intervenção nos adolescentes e nas famílias?	<p>“...alguns alunos que tenho perdido no CEF acabam por ser alguns alunos que são consumidores e depois não tenho muita forma de os agarrar...e depois são as famílias que muitas vezes não são estruturadas...” (F1)</p> <p>“...ainda temos muitos jovens que experimentam o primeiro cigarro e a primeira bebida alcoólica no seio familiar”. (F3)</p> <p>“há muitos anos e tenho uma enorme dificuldade quando toca a esses aspetos porque não tenho muitas valências para me conseguir apoiar nesse sentido...” (F1)</p>
Subcategoria A.2: O papel da comunidade	
Quais são as estratégias de intervenção implementadas na comunidade para com o consumo de substâncias psicoativas?	<p>“...em associativismo em desporto também não é fácil porque estes miúdos... os pais não têm dinheiro para pagar uma atividade... e muitos destes miúdos vulneráveis seguem assim por outros caminhos.” (F6)</p>

	<p>“...ouvi aqui uma colega falar que muitas vezes a questão monetária pode ser a razão para eles não aderirem à prática desportiva, sei que algumas entidades isso pode acontecer, nós no Grupo Desportivo de (nome da localidade) não ficamos ninguém de fora por não poder pagar a mensalidade.” (F5)</p> <p>“Há outros tipos de serviços ao nível da saúde que poderiam ser ativos e que poderiam estar em articulação com a escola, com os outros projetos que todos funcionamos com a Segurança Social, com...antes de chegar a um processo de Comissão.” (F4)</p> <p>“A prevenção tem de ser feita em idades muito mais precoces... tem mesmo de ser no primeiro ciclo...” (F3)</p> <p>“...nas EMIC de facto nós não trabalhamos diretamente a prevenção ou consumos, a não ser que nos seja diretamente pedido alguma intervenção em turma...” (F7)</p> <p>“...as nossas intervenções em turma são desde o primeiro ciclo, segundo ciclo e terceiro ciclo, essencialmente. É muito baseada nas competências socioemocionais onde trabalhamos... a empatia, a tomada de decisão, a comunicação... começamos a trabalhar muito essa parte do dizer não, da consciência, da responsabilização, da pressão dos pares, deles saberem também tudo isso...” (F7)</p> <p>“...não é numa de prevenção com os mais pequeninos, de falar das drogas e tudo mais, mas sempre na postura da tomada de decisão e da importância de dizer não...” (F7)</p> <p>“...procuramos fazer com os jovens é no sentido de alterar o comportamento...” (F5)</p> <p>“Também pensamos que o ambiente do treino, do jogo e dos jovens que lá estão, que faz com que algum jovem que venha com outras ideias não se sinta confortável porque, não sente ali também acolhimento...” (F5)</p>
--	--

	<p>“...o jovem devido aos consumos e a outros problemas que tinha, não cumpria as regras, nem questões de pontualidade, questões da cidade de jogo e isso foi fazendo com que ele estivesse cada vez mais longe, quer dos treinos quer da competição, e por isso, acabou por abandonar.” (F5)</p> <p>“...eles têm que cumprir ali horários de repouso, para que possam estar a horas nos treinos e nos jogos e permite que nós também fazemos quer ações de sensibilização, quer formação, agora que temos uma área dos consumos...” (F5)</p> <p>“...apesar de toda a sensibilização, que é importante na comunidade alguns destes miúdos não estão formados. Nem fisicamente, nem psicologicamente e alguns deles começam a consumir muito cedo e com isto começam a ter perturbações de comportamentos, alterações emotivas, que depois vão muitas vezes levar a outro tipo de situações...” (F4)</p>
<p>Como podemos mobilizar a comunidade para se tornar um recurso na prevenção dos consumos?</p>	<p>“...não se pode de todo descurar aquilo que é a prevenção primária, que é feita nas coletividades. Na promoção do desporto, na promoção cultural...” (F8)</p> <p>“..... trazer as famílias para um evento...” (F8)</p> <p>“...apostarmos no associativismo, no futebol, o karaté, as danças... (F3)</p> <p>“...acredito que a práticas desportivas pode ser uma solução, pode ser uma ajuda muito forte para evitar esses comportamentos...” (F5)</p> <p>“...de facto o desporto é uma das melhores para aqui, para os miúdos, para a formação deles pessoal também.” (F7)</p>

	<p>“...eu considero que a prática desportiva pode ser dissuasora dos comportamentos negativos, quer pelo tempo que eles passam na prática desportiva que lhes tira tempo para outros maus ambientes e maus hábitos...” (F5)</p>
<p>Subcategoria A.3: O papel da escola</p>	
<p>Após a identificação de um ou mais casos de consumo de substâncias em contexto escolar, quais os procedimentos a adotar?</p>	<p>“Depende muito da quantidade e do regulamento interno. É chamada a Escola Segura, é chamado o encarregado de educação, e aplicada uma medida disciplinar que pode no máximo vir a ser a transferência de escola...” (F3)</p> <p>“Para nós devia ser uma medida mais corretiva e menos sancionatória... muitas vezes são encaminhados para um atendimento individual que eu tento de alguma maneira fazer com que haja consciência do consumo”. (F3)</p> <p>“A escola tem um guião de procedimentos, relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, que muitas vezes é moldável (...) mas trabalhamos em parceria com o Centro de Respostas Integradas do Ribatejo, portanto temos uma equipa de prevenção, que trabalha connosco e tenta fazer sessões de intervenção das turmas...” (F3)</p> <p>“...muitas vezes não é a saúde a sinalizar-nos situações de consumo de estupefacientes, é exatamente a escola. E muitas vezes a escola quando já não tem meios para reverter a situação.” (F4)</p> <p>“É mesmo uma questão de reinventar...é muito difícil uma escola poder sinalizar um jovem que está a consumir, porque a escola não tem competência...” (F4)</p>

<p>Que outras medidas educativas, no que diz respeito à intervenção do consumo de substâncias, estão a ser implementadas em meio escolar?</p>	<p>“Eu tenho conhecimento que muitos destes temas são abordados na disciplina de cidadania...” (F6)</p> <p>“...na parte da mentoria do programa que fazemos com os jovens, ir buscar sempre os interesses deles, e muitas vezes passa justamente pelo desporto e tentar que eles vezes integrem...” (F7)</p>
<p>Subcategoria A.4: O papel institucional</p>	
<p>No caso do trabalho em rede, quais são as entidades a nível local ou nacional que podem dar suporte a um trabalho de intervenção?</p>	<p>“O SICAD através do CRI, Centro de Respostas Integradas do Ribatejo é a tal equipa de prevenção.” (F3)</p> <p>“...o Centro de Recuperação que nos dá algum apoio, que o SICAD faz parte e o NAT nos apoios de toxicodependentes que temos no concelho e que faz.” (F4)</p> <p>“...o grande problema é que nos fazemos parte do CRI de Alverca e Xabregas e que não há nada previsto em termos de formação a este nível.” (F4)</p> <p>“...os jovens que não tem os catorzes, infelizmente, alguns já consomem, ficam um bocadinho na terra de ninguém.” (F4)</p> <p>“...o que seria importante era que associado a este Tutelar Educativo que decorre em tribunal, e ao processo de Comissão, houvesse a questão do tratamento.” (F4)</p> <p>“...trabalhamos muito bem com o serviço de psicologia... os colegas de (nome da localidade) sabem que o jovem vem frequentar a nossa escola aqui, eles próprios dão-nos uma palavra...” (F3)</p> <p>“...com a CPJ já articulamos imenso...” (F7)</p> <p>“...acho que temos uma boa articulação, mesmo a EMAT...” (F7)</p>

	<p>“...o princípio clínico é sempre o médico de família, que depois encaminha para o Hospital de Vila Franca, para onde há um encaminhamento da pedopsiquiatria, porque de facto, em termos do acompanhamento do SICAD e do NAT, o concelho de (nome da localidade) está a descoberto.” (F4)</p> <p>“Podemos recorrer, efetivamente, às equipas de prevenção do SICAD quando existem e quando estão disponíveis, algumas fazem prevenção tardia... se calhar não vamos conseguir chegar aos jovens que já tem comportamento de consumo.” (F3)</p> <p>“...é algo que nós poderíamos articular-nos melhor, entre todos os parceiros. Com EMIC, com CPCJ ... com outras entidades num trabalho mais precoce...” (F3)</p> <p>“...este ano já recorreremos também ao apoio do CLDS...” (F5)</p>
Que apoio podem elas prestar?	<p>“...o apoio do SICAD acontece quando efetivamente já houve ou há fortes indicadores, e aqui sim a progressão é fundamental, quando nós começamos a ter um jovem começa com onze ou doze anos a fumar.” (F3)</p> <p>“...diz-nos um bocadinho essa questão da prevenção que se calhar aquele jovem que começa a fumar muito cedo era um jovem possível poder ser acompanhado numa verdadeira área da prevenção.” (F3)</p> <p>“...incluído em grupos associativos...quer seja um médico de família ter aqui um bocadinho a noção e tentar fazer analiticamente alguma supervisão para perceber se há consumos ou não”. (F3)</p> <p>“...o SICAD e os NAT não fazem só, exclusivamente, a administração terapêutica. Fazem todo o trabalho, fazem acompanhamento psicológico que muitas vezes vai conseguir articular com as escolas...” (F3)</p>

	<p>“...o SICAD, começa numa primeira instância com estes acompanhamentos, claro que, quanto mais tardiamente for a sinalização, quanto maiores forem os consumos, também obviamente, que o acompanhamento difere de umas situações para outras, e se calhar passaremos a ter um acompanhamento psicológico com a administração terapêutica”. (F3)</p> <p>“...há aqui todo um conjunto de coisas que às vezes, tem mesmo que ser avaliado clinicamente, para se perceber o quão grave é ou não o tipo de consumo. E se é um consumo esporádico ou se já passou a um consumo regular...” (F4)</p> <p>“...eu trabalho com um programa de prevenção que é promovido pelo SICAD... que é o programa “Eu e os Outros”. Um programa de prevenção...” (F3)</p>
<p>Quais as potencialidades de o trabalho em rede neste contexto quer para os técnicos quer para os destinatários?</p>	<p>“...vou receber um jovem que, à partida, se trabalharmos em rede que nós podemos dar continuidade a esse trabalho. Não é um começar do zero, não é eu vou sinalizar esta situação...” (F3)</p> <p>“...muitas vezes sinalizo situações CPCJ e o que me dizem, seja de (nome da localidade), seja de outros concelhos, e que me dizem “Ah, já sei esse jovem já foi sinalizado”, pois não sei se foi, se não foi. Não, fazemos ideia...” (F3)</p> <p>“...o trabalho em rede tem vantagens a este nível, portanto não, nem há duplicação do trabalho, há continuidade de um trabalho”. (F4)</p> <p>“...poupa dinheiro, poupa o desgaste emocional, muitas vezes a estes jovens, essas famílias... Porque passam por uma série de entrevistas, com uma série de entidades em articulação, e neste caso eu só vejo é vantagens...” (F3)</p>

	<p>“Os jovens estão permanentemente no sistema...” (F4)</p> <p>“...tão importante é um aluno que muda de escola e vai de uma escola para outra, e aí deve levar todo o seu dossier, como é importante perceber o que é que essa família tem de apoios na comunidade, não é? E a comunidade inclui as várias vertentes, até a clínica...” (F4)</p> <p>“...devíamos ter um circuito de comunicação...” (F4)</p> <p>“...conseguir articulação, conversar, momentos num espaço que fosse, uma hora que fosse, algo às vezes para partilhar, para criar ideias, um brainstorming, às vezes pode-se suscitar até novos projetos...” (F7)</p>
Categoria B: Respostas locais e comunitárias em rede	
Subcategoria B.1: Perceção da realidade atual	
No geral, qual a vossa opinião sobre as respostas locais e comunitárias?	<p>“Não há prevenção... Há já alguns programas para quem é consumidor, mas não existe prevenção.”. (F1)</p> <p>“...quando no aparece uma problemática, quer seja da área da toxicodependência, ou outra problemática, seria importante que todos nós tivéssemos um conhecimento de para onde vamos.” (F4)</p> <p>“...acho que os Concelhos, de alguma maneira a nível geral, e o nosso também de forma particular, que se organiza à medida que vai percebendo de algumas áreas mais desfalcadas, quer através das entidades obrigatórias que participam quase sempre nos grupos operativos, quer dos projetos que vão desenvolvendo algumas dessas entidades.” (F4)</p> <p>“Faltam técnicos na área da intervenção, na psiquiatria com os jovens, ou seja... não há para onde encaminhar...” (F2)</p>

	<p>“Quem trabalha, quem precisa encaminhar e não tem resposta vê-se com dificuldade nestas situações...” (F4)</p> <p>“Eu acho que precisamos de técnicos em todo lado, precisamos de mais professores nas nossas escolas, precisamos de mais técnicos nas equipas multidisciplinares, sejam elas quais forem. Nas EMIC, CLDS, SPO... técnicos precisamos.” (F4)</p>
Subcategoria B.2: Propostas futuras	
<p>Que propostas de intervenção consideram essenciais para aplicar num futuro próximo, a fim de prevenir o consumo de substâncias nos adolescentes?</p>	<p>“...apostar na prevenção muito precocemente, numa perspetiva positiva e de adoção de hábitos positivos, hábitos de vida saudáveis, a prática do desporto... prevenção ao nível do primeiro ciclo e do segundo ciclo...” (F2)</p> <p>“...continuar a apostar nestes programas de prevenção...” (F3)</p> <p>“...para além da prevenção acho que é fundamental o reforço dos programas de saúde mental...” (F3)</p> <p>“Tudo seria mais fácil, penso eu, se o processo começasse pela saúde.” (F4)</p>
<p>Têm propostas para a criação de outros projetos? Quais?</p>	<p>“...eu falo de reforço a este nível, do ponto de vista, não é uma prevenção é de intervenção...” (F3)</p> <p>“Existem vários projetos de prevenção. Nós temos é que nos articular bem, dando continuidade a muitos deles, e devemos apostar também, obviamente, paralelamente, não só na prevenção, mas no tratamento.” (F3)</p> <p>“...a questão da saúde mental que está a criar alguns problemas graves na sociedade e irá criar ainda problemas muito maiores no futuro e precisamos de técnicos.” (F2)</p>

	<p>“Eu este ano descobri o programa “Eu e os Outros”, portanto, também temos que procurar, temos que ter uma atitude proativa...” (F3)</p>
<p>Qual seria a melhor forma de gerir o trabalho em rede e de mobilizar os agentes para um trabalho articulado e fluído</p>	<p>“...liguem os telefones, agarrem telefone e liguem todos uns para os outros... digam fui professor deste aluno, eu tenho esta dificuldade, estou preocupado e preciso deste apoio, vamos conversar uns com os outros.” (F3)</p> <p>“Acho que muitas vezes estamos escondidos atrás dos ecrãs e de formalidade e de cartas e cartinhas, quando se calhar, conseguimos mais rapidamente e de melhor forma resolver a situação ligando, dando a cara, conversando uns com os outros.” (F3)</p> <p>“...acho que a articulação é fundamental...” (F7)</p>

