

Serviço Social e Comportamentos Aditivos e Dependências: O papel das Políticas de Intervenção Social

Addictive Behaviors and Dependencies: The role of Social Intervention Policies

Ana Carolina Tavares¹
Ana Paula Caetano²
Mónica Teixeira³
Clara Cruz Santos⁴

Resumo

Os comportamentos aditivos e dependências são uma questão complexa que requer esforços multidisciplinares para uma intervenção concertada, quer do ponto de vista da ação profissional, quer do ponto de vista político. O investimento político revê-se, em Portugal, na criação e implementação de respostas articuladas entre saúde e ação social, através do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. Com base na revisão crítica da literatura, é delineada a política portuguesa no âmbito dos comportamentos e dependências, bem como a intervenção social realizada nesse contexto. Na intervenção social, os/as assistentes sociais desempenham um papel importante na prevenção, tratamento, reinserção social, redução de riscos e minimização de danos. É sublinhado o papel do/a assistente social nos diferentes eixos de intervenção, enfatizando os modelos sistémicos e ecológicos. Na construção do corpo teórico que se pretende para o Serviço Social é fundamental um investimento na investigação que, desta forma, contribua para uma intervenção teórico-prática robusta e especializada.

Palavras-chave: Comportamentos Aditivos e Dependências; Intervenção Social; Serviço Social; Políticas Sociais.

Abstract

Addictive behaviors and dependencies are complex issues that requires multidisciplinary efforts for concerted intervention, both from a professional and political perspective. Political investment is seen, in Portugal, in the creation and implementation of articulated responses between health and social action, through the Intervention Service for Addictive Behaviors and Dependencies.

Based on a critical review of the literature, we outlined Portuguese policy on addictive behaviors and the social intervention carried out in this context. In social intervention, social workers play an important role in prevention, treatment, social reintegration and harm reduction.

The role of the social worker in the different areas of intervention is highlighted, emphasizing systemic and ecological models. In the construction of the theoretical body intended for Social Work, is essential to invest in research that, in this way, contributes to a robust and specialized theoretical-practical intervention.

Keywords: Addictive Behaviors and Dependencies; Social Intervention; Social Work; Social Policies.

¹ Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto (FCESE) | Estudante da licenciatura de Serviço Social | carolinatavares1403@gmail.com

² Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto (FCESE) | doutoranda no Programa Interuniversitário em Serviço Social (UC-FPCE & UCP-FCH) | paula.caetano@ulusofona.pt

³ Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto (FCESE) | doutoranda no Programa Interuniversitário em Serviço Social (UC-FPCE & UCP-FCH) | monicateixeira1974@gmail.com

⁴ Universidade de Coimbra – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação | Investigadora integrada CEIS20 | clarasantos@fpce.uc.pt

Introdução

O consumo abusivo de substâncias é considerado um problema social que afeta comunidades, famílias e pessoas. Na literatura está correlacionado com crimes violentos, perda de produtividade, desigualdade de rendimentos e é a principal causa de morte, apesar dos esforços de prevenção e tratamento (Ashford et al., 2020; Mekonnen & Lee, 2022). A sua importância na saúde mental reflete-se no fato de surgir na classificação do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (APA, 2023) como Transtornos Relacionados com Substâncias e Dependência, que presentemente integra, também, a dependência comportamental do transtorno do jogo. O distúrbio de jogo na internet foi reconhecido na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (WHO- ICD-11, 2022).

Os Comportamentos Aditivos e Dependências são termos comumente utilizados como sinónimos quando se refere ao uso e abuso de substâncias. Comportamentos aditivos correspondem a ações que podem ser obsessivas, caracterizadas pela impulsividade e compulsividade e, por vezes, destrutivas. Estão relacionadas com o uso e abuso de uma substância psicoativa e podem incluir comportamentos disruptivos como a procura incessante pela substância, a desobediência à lei e o envolvimento em comportamentos de risco (APA, 2023). Uma adição corresponde, assim, a um estado de dependência física e/ou psicológica, que conduz a uma repetição compulsiva e involuntária de um comportamento viciante, seja pelo uso continuado de substâncias psicoativas, seja pelo comportamento aditivo em relação ao jogo.

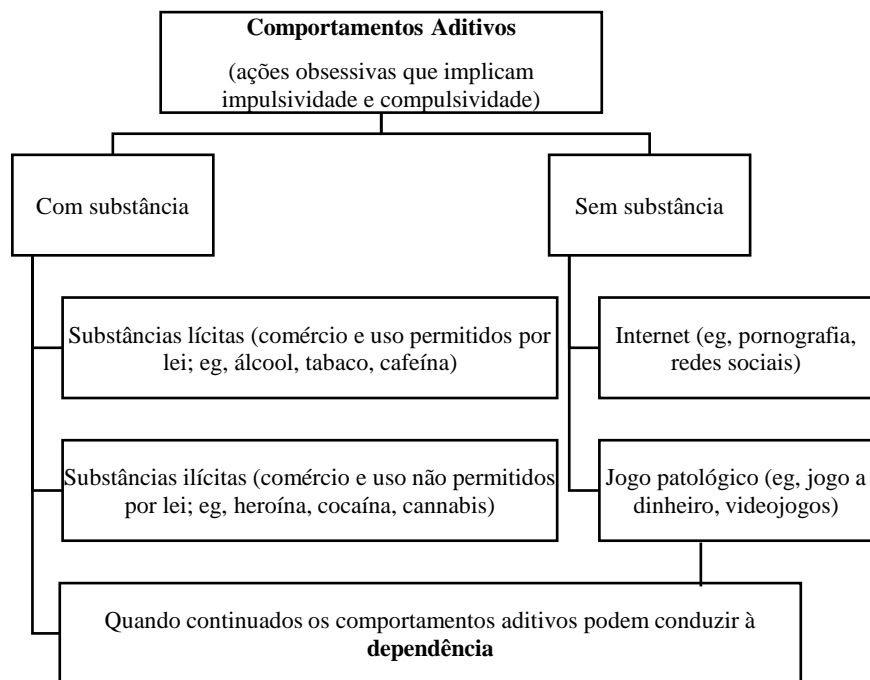
Os comportamentos aditivos quando continuados podem conduzir à dependência, isto é, a um estado de dependência ou associação com outra entidade, substância ou evento (APA, 2023). No contexto do uso de substâncias, a dependência representa um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos associados ao uso continuado de uma substância (padrão de uso repetido), que resulta em tolerância do organismo à mesma, sintomas de abstinência no caso da suspensão do uso – *craving*⁵ – e um desejo incontrolável de a usar, apesar dos problemas significativos associados ao seu uso.

Os Comportamentos Aditivos e Dependências podem ser divididos em duas categorias principais: comportamentos aditivos sem substância e comportamentos aditivos com substância. Os comportamentos aditivos sem substância não implicam o

⁵ A OMS (2018) define o *craving* como uma ânsia de repetir uma experiência em função dos efeitos (de prazer) de uma dada substância, ie, um desejo intenso de consumir alguma substância.

consumo de uma substância pelo utilizador, mas estão associados a outros eventos, objetos ou prática de comportamentos que conduzem à adição (e.g. jogos a dinheiro, pornografia, redes sociais), pela ativação dos mesmos mecanismos de recompensa cerebrais (WHO, 2004). Por outro lado, tal como o próprio nome indica, os comportamentos aditivos com substância implicam o uso de uma substância psicoativa, seja ela lícita (e.g. tabaco ou álcool) ou ilícita (e.g. cocaína ou heroína) (cf. Figura 1).

Figura n.º 1. Esquema da relação entre comportamentos aditivos e dependências

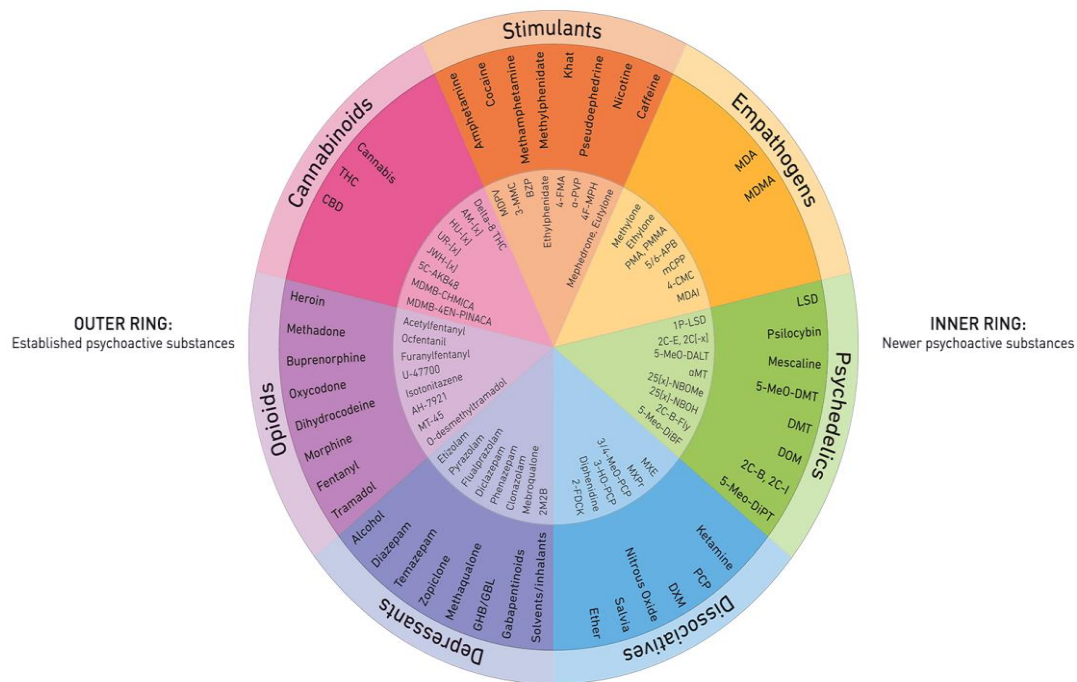


Fonte: Elaboração própria.

Uma substância psicoativa, comumente referida como “droga”, corresponde a uma substância natural ou sintética que tem a capacidade de alterar o funcionamento do sistema nervoso central, deprimindo-o, estimulando-o ou provocando alterações psicóticas, sendo suscetível de criar uma dependência psicológica e/ou física (WHO, 2004). As substâncias podem ser: (a) depressoras (e.g. o álcool e os hipnóticos), que proporcionam relaxamento, diminuição da percepção dos estímulos e aumento do bem-estar e tranquilidade; (b) estimulantes (e.g. cafeína, cocaína, nicotina) que conduzem a aumento de energia, euforia e excitação psicomotora e; (c) perturbadoras ou alucinogénias (e.g. cannabis e LSD) caracterizadas pela alteração do humor e pensamento que conduz a alterações dos sentidos (WHO, 2004).

Atualmente, considerando o número crescente de novas substâncias psicoativas disponíveis no mercado que não se enquadravam nos métodos anteriores de classificação de drogas, Adley e colaboradores (2023) criaram a Roda das Drogas (*the drugs wheel*), um modelo que não tem como objetivo listar todos os medicamentos do mercado ou identificar o efeito de cada composto, mas simplificar a categorização de cada substância e o modo como podem afetar as pessoas formas (Figura 2).

Figura n.º 2. A Roda das Drogas (*the drugs wheel: a new model for substance awareness*)



Fonte: Adley et al., 2023, p.351.

De forma a enquadrar as políticas sociais dirigidas a pessoas com comportamentos aditivos e dependências em Portugal, sistematizar a intervenção social dirigida a este grupo e refletir sobre o papel do/a assistente social neste contexto, foi realizada uma revisão da literatura, procurando estudos e relatórios (nacionais e internacionais) atuais e pertinentes sobre o tema.

1. A Política Portuguesa nos Comportamentos Aditivos e Dependências

A política portuguesa começou a delinear a legislação em matérias de consumo de substâncias em 1924, com a aprovação da Lei n.º 1/678, Decreto-Lei n.º 10/375 de 9 de dezembro, com as recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio. Anos mais tarde, em 1963, a Lei de Saúde Mental fazia referência ao tratamento das

toxicomanias, contudo não existia uma estrutura para efetivar esse tratamento. A partir dos anos 1970 o fenómeno do uso de substâncias e psicotrópicos aumenta e, por isso, são dados os primeiros esforços no sentido de criar uma resposta pública para esta problemática, tendo, em 1973, sido criada a primeira consulta específica de toxicodependência. Em 1975 foram estabelecidos o Centro de Estudos da Juventude para prevenção e tratamento médico-social e o Centro de Investigação Judiciária da Droga, para fiscalização do tráfico ilícito de substâncias, centros que um ano mais tarde foram extintos (SICAD, s.d.).

Em 1987, o governo atribuiu ao Ministério da Saúde o tratamento das dependências e integração das mesmas no âmbito da saúde e, um ano mais tarde, surge o serviço de prevenção e tratamento da toxicodependência. Rompendo com a vertente criminal, o Ministério da Saúde começou a adotar uma atitude mais flexível influenciada pelo quadro compreensivo do fenómeno do consumo das drogas numa vertente psicossocial. Em meados da década de 1990, em Portugal, existiam altas taxas de consumo de drogas e problemas associados. Nesse sentido, em 2000, houve um investimento nas políticas de redução de riscos e minimização de danos, passando a ser implementada a lei de descriminalização das drogas, Lei n.º 30/2000 de 29 de novembro de 2000, que descriminaliza o consumo e posse de drogas para uso pessoal.

Em 1999, foi formado o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) que passou a ser responsável pelo planeamento, conceção, gestão e operacionalização no que concerne às substâncias, sendo um organismo central do Estado com autonomia. Em 2012, uma crise económica levou à sua extinção, e criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que manteve os princípios de intervenção do IDT, mas cujos serviços operacionais passaram a estar alocados às administrações regionais de saúde. Esta alteração de estruturas levou a uma fragilidade da intervenção do Estado no domínio das toxicodependências, pois os três anos que mediam a extinção do IDT e o funcionamento organizacional do SICAD corresponderam a um vazio de respostas com impacto muito direto nas pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências. O SICAD continua a ser, até aos dias de hoje, o serviço mais importante no que concerne aos comportamentos aditivos e dependências em Portugal, atuando segundo o Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro (SICAD, s.d.).

Recentemente, o Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, criou o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências I. P. com a, conseqüente, extinção, por fusão, do SICAD. Em paralelo, introduz, ainda, as alterações legislativas necessárias para

garantir a coerência normativa, a reconfiguração das estruturas de coordenação e a efetividade das políticas relacionadas com os Comportamentos Aditivos e Dependências. Esta ação surge com o objetivo adotado no Programa do XXIII Governo Constitucional que prevê a aprovação de um novo modelo de organização das respostas aos Comportamentos Aditivos e Dependências, mediante a integração das competências de planeamento, coordenação e intervenção.

2. Prevalência de Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal

Compreender a prevalência dos Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal permite alcançar a lógica e a narrativa das políticas atuais nesta matéria. Permite, ainda participar no debate público sobre a elaboração de políticas e intervenções mais eficazes e baseadas na evidência científica, sendo este um dos objetivos do SICAD que, anualmente, investiga e relata a realidade do consumo de substâncias psicoativas e de comportamentos aditivos em Portugal, reforçando a necessidade de estratégias de intervenção mais eficazes.

Relativamente ao consumo de álcool os dados do SICAD (2021) revelam que o consumo por pessoas com idade igual ou superior a 15 anos aumentou de 11,9 litros em 2015 para 12,1 litros em 2019 (19,5 litros no sexo masculino e 5,6 litros no sexo feminino), sendo este valor superior à média da região europeia, que segundo os dados da OMS se situava, em 2019, em 9,5 litros (15,2 litros no sexo masculino e 4,3 litros no sexo feminino). Dos/as participantes inquiridos, com idade entre os 15 e os 74 anos, 58,3% consumiam bebidas alcoólicas. O tipo de bebida alcoólica mais consumida era o vinho (45,4%) seguido da cerveja (38,5%) e, por fim, as bebidas espirituosas (19,5%). Em 2016/2017, foram identificadas 2,8% pessoas em risco elevado ou nocivo de álcool (4,8% do sexo masculino e 1% sexo feminino), 0,8% dos/as inquiridos estavam dependentes desta substância (1,4% sexo masculino e 0,2% sexo feminino).

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas na população, entre os 15 e os 74 anos, os dados do SICAD (2021) revelam que em 2016/2017, 10,4% dos/as inquiridos/as (14,7% do sexo masculino e 6,3% do sexo feminino) referem ter consumido substâncias ilícitas nos últimos 12 meses. Entre as substâncias mais consumidas encontrava-se a cannabis (9,7%) e a cocaína (1,1%). O consumo de substâncias era mais elevado no grupo de pessoas entre os 25 e os 24 anos (9,2%), seguido do grupo com 15 a 24 anos (7,5%), o que realça o aumento do consumo destas substâncias entre os mais jovens. Dos consumidores de cannabis, 0,4% apresentavam risco elevado para a

dependência (0,6% do sexo masculino e 0,2% do sexo feminino) e 0,3% apresentavam risco moderado para dependência (0,4% do sexo masculino e 0,1% do sexo feminino).

Quanto aos Comportamentos Aditivos e Dependências sem substância os dados do SICAD (2021) indicam que a prevalência do jogo em geral em 2016/2017 era de 48,1% (51,1% do sexo masculino e 45,5% do sexo feminino). O grupo etário com maior percentagem de prevalência do jogo a dinheiro corresponde aos 45 a 54 anos (56,2%). A prevalência de jogo online em 2021 era de 60,3%, representando as apostas online uma percentagem de 18,3%. No que respeita à faixa etária dos 14 aos 20 anos, em 2015, 33,4% dos/as inquiridos jogavam a dinheiro, dos quais 27,7% jogavam a dinheiro online. Por sua vez, no que respeita ao uso da internet, a prevalência de utilização de internet em 2016/2017 era de 60,4% (61,2% no sexo masculino e 59,6% no sexo feminino). A percentagem de população total, em 2016/2017, com dependência ligeira de internet era de 4,7%, moderada de 0,5% e severamente dependente de 0%. O grupo com maior percentagem de dependência correspondia a pessoas com faixa etária entre os 15 e os 24 anos, que apresentavam 8,9% de dependência de internet ligeira, 1,5% de dependência de internet moderada e 0,2% para dependência de internet severa.

Embora Portugal continue, como nos anos 2000, com níveis de consumo abaixo dos registados no conjunto dos países europeus (Balsa et al., 2023), entre 2001 e 2022, a prevalência do consumo ao longo da vida e a prevalência nos últimos 12 meses, para qualquer substância psicoativa ilícita, aumentou.

3. Intervenção Social nos Comportamentos Aditivos e Dependências

A intervenção ao nível dos Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal organiza-se principalmente segundo cinco áreas de intervenção: (1) prevenção; (2) dissuasão; (3) redução de riscos e minimização de danos; (4) tratamento e; (5) reinserção social. O objetivo geral desta intervenção passa por promover a redução do consumo de substâncias psicoativas e diminuir os Comportamentos Aditivos e Dependências em Portugal.

No que respeita à prevenção, esta tem como objetivo dotar as pessoas de conhecimentos e competências para lidarem com o risco associado ao consumo de substâncias e comportamentos aditivos, destinando-se às pessoas, família, escola e comunidade. A prevenção é universal, quando se dirige à população geral, contemplando informação e desenvolvimento de competências. A prevenção seletiva dirige-se a subgrupos da população com características específicas consideradas de risco para o

consumo de substâncias. A prevenção indicada dirige-se a comportamentos de risco, que apresentam sinais de uso de substâncias. A prevenção ambiental tem em vista alterar as normas sociais, aplicando estratégias globais para intervenção social e nos sistemas sociais (Institute of Medicine, 2009; SICAD, s.d.a).

A dissuasão corresponde a uma área transversal que desenvolve um trabalho abrangente no sentido de deteção e intervenção precoce, de motivação para a mudanças de comportamentos e do tratamento da dependência, para aproximar os/as consumidores/as de substâncias psicoativas ilícitas aos sistemas de saúde e às suas respostas. As linhas de orientação para intervenção em dissuasão, bem como o modelo de intervenção, centra-se na valorização da avaliação e motivação para a mudança de comportamentos, com vista a promover a saúde e a conseguir uma maior adesão aos apoios disponibilizados. Os/as profissionais neste eixo trabalham em articulação com múltiplas respostas locais, tais como centros de emprego, centros de saúde, estabelecimentos prisionais e tribunais, escolas, entre outras (SICAD, s.d.a.).

A abordagem na área da redução de riscos e minimização de danos pretende abranger as pessoas que não queiram ou que não conseguem abandonar os consumos, fornecendo-lhes informações para reduzir os riscos (prevenir o aparecimento de danos pelo consumo) e minimizar os danos (medidas que previnem o seu agravamento). Este tipo de intervenção é caracterizada por: (a) abordagem holística (considera a pessoa e o seu contexto); (b) abordagem de proximidade; (c) abordagem gradual (na qual existem avanços e recuos); (d) promoção da autonomia (no qual são salvaguardados os interesses, motivações e prioridades da pessoa); (e) promoção da cidadania, do diálogo, da relação e negociação, da educação para a saúde e acessibilidade a serviços de saúde e sociais. Neste eixo encontram-se respostas de proximidade como as equipas de rua, os gabinetes de apoio, os centros de acolhimento, os pontos de contacto e informação e os programas para consumo vigiado (Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho).

O tratamento caracteriza-se pela disponibilização de intervenções estruturadas que permitam lidar com os problemas de saúde e outros que resultem dos Comportamentos Aditivos e Dependências, para melhorar o funcionamento pessoal e social das pessoas. A intervenção pode ocorrer em diferentes estruturas e segundo diferentes modelos, podendo ocorrer através dos cuidados de saúde primários, ou através dos cuidados de saúde especializados, integrando diferentes intervenções e modalidades terapêuticas, como por exemplo, consultas de psicologia, psicoterapia, enfermagem, grupo de suporte terapêutico, unidade de desabituação ou alcoologia, entre outras (SICAD, s.d.a.).

A reinserção centra-se na transformação das instituições e dos agentes sociais e económicos e acompanhamento das pessoas, procurando garantir respostas às necessidades identificadas. O modelo de intervenção em reinserção tem, por isso, como objetivos colocar o/a cidadão/ã no centro da ação, avaliar as necessidades multidimensionais e estabelecer uma relação significativa com a pessoa, negociar o plano individual de inserção, intervir numa lógica integrada e de equipa, assegurar acompanhamento continuado e sistemático à pessoa e garantir o desenvolvimento de práticas de mediação social (Sumnall & Brotherhood, 2012).

4. O papel do/a Assistente Social na Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências

Os Comportamentos Aditivos e Dependências estão entre os problemas mais comuns que os/as assistentes sociais encontram na sua prática, sendo estes frequentemente chamados para assumir funções de supervisão no tratamento do abuso de álcool e de substâncias psicoativas e são, geralmente, os/as primeiros/as prestadores de cuidados a entrar em contacto com pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências em vários sistemas de prestação de serviços (Mekonnen & Lee, 2022).

Uma interpretação social das questões relacionadas com os Comportamentos Aditivos e Dependências oferece uma forma diferente de encarar as intervenções nesta área. Tal como o aumento dos Comportamentos Aditivos e Dependências está ligado à degradação de outras relações, qualquer enfraquecimento da relação de dependência requer um processo de fortalecimento gradual de outras relações. Este processo de mudança é, por necessidade, um processo lento que se concentra principalmente nas relações imediatas de cuidado entre amigos e familiares.

Na literatura os serviços que procuram envolver as famílias reconhecem que é mais provável que a mudança nos Comportamentos Aditivos e Dependências leve meses ou anos e não décadas (Adams, 2016; Copello et al. 2005). O complexo de relações sociais deve ser visto como a força motriz para a mudança a longo prazo. A prática inclusiva familiar amplia o foco de intervenção da pessoa com Comportamentos Aditivos e Dependências para a própria família. É, portanto, vital que desde o início a intervenção ocorra com a família, porque as mudanças nas relações familiares acabarão por determinar o processo de mudança geral. Esta reorientação dos serviços foi formalizada em vários modelos de intervenção, incluindo terapia comportamental de casais e terapia em rede. Para além do envolvimento das famílias é importante encontrar formas de

reintegração na vida quotidiana, especialmente nas situações em que as pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências saem do ambiente doméstico por algum período (como acontece com programas de tratamento em comunidades terapêuticas) (Adams, 2016). Uma pessoa pode conseguir uma série de mudanças pessoais significativas enquanto está no programa, mas ao receber alta pode ter dificuldades em manter essas mudanças no seu contexto social. As próprias modificações que conseguiu podem contrastar negativamente com a falta de mudanças no seu ambiente doméstico. Os programas de tratamento residencial reconhecem, cada vez mais, o papel que o contexto social desempenha nos resultados a longo prazo.

O/a assistente social representa um/a profissional que baseia a sua atuação em evidências científicas, pelo que representa um importante elemento na resposta aos Comportamentos Aditivos e Dependências, bem como aos problemas que lhes são associados. Este/a profissional pode atuar ao nível das cinco áreas de intervenção anteriormente mencionadas, desempenhando diferentes papéis e respostas de acordo com a abordagem e modelo a ser utilizado (Begun & Murray, 2020). Deste modo, o/a assistente social deve recorrer a todos os seus instrumentos técnico-operativos, como a visita domiciliária, o apoio e acompanhamento psicossocial, a mediação social, a elaboração de diagnósticos, relatórios e informações sociais e a avaliação de casos com vista a uma intervenção eficaz nos Comportamentos Aditivos e Dependências (Brinca, 2018).

Na intervenção na área da redução de riscos e minimização de danos o/a assistente social, segundo a literatura (Brinca, 2018; Begun & Murray, 2020), desempenha um conjunto de funções, nomeadamente: (a) terapêutica integrada, solucionando problemas psicossociais da comunidade e integrando as pessoas marginalizados na comunidade; (b) preventiva, ao desenvolver práticas que previnam o aparecimento de problemas sociais através de soluções adequadas e coerentes e; (c) condutora/impulsionadora, com vista à melhoria do bem-estar social e elaboração do diagnóstico social através de instrumentos adequados para gerar mudança social.

Na reinserção social, o/a assistente social pode representar um papel de destaque, através da implementação do modelo de intervenção em reinserção, implementado através de um conjunto de fases: (a) avaliação inicial da situação e diagnóstico social (necessidades, recursos e potencialidades do indivíduo); (b) elaboração e implementação do plano individual de inserção (objetivos e estratégias de acordo com as potencialidades e necessidades identificadas e criação de metas adequadas); (c) avaliação intermédia e

final do plano individual de inserção; (d) alta social (quando o objetivo do plano for atingido e as necessidades resolvidas) e; (e) follow-up (progressos ou dificuldades após a alta social) (Begun & Murray, 2020).

Quando comparados os dois modelos de intervenção - redução de riscos e intervenção em reinserção - é visível uma maior centralidade na atuação comunitária e em redes de suporte no modelo de intervenção em redução de danos e, pelo contrário, uma centralidade na intervenção psicossocial no modelo de intervenção em reinserção. O (re)posicionamento permanente da/o assistente social entre estes dois polos exige um perfil de competências e de atuação profissional fundamentado por uma posição científica, assente no compromisso com a intervenção e com uma atitude de aceitação, não julgamento, respeito e empatia, e capaz de garantir o sigilo e a confidencialidade (Begun & Murray, 2020).

O/a assistente social é, pelo exposto, considerado como um/a profissional de charneira na intervenção social nos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Nota final

A dependência de substâncias, assim como os comportamentos aditivos, estão associados a problemas significativos para as pessoas, famílias e comunidades. Os Comportamentos Aditivos e Dependências e os problemas que deles advém acarretam preocupações globais ao nível da saúde pública, da saúde mental, do contexto económico e social. Uma realidade onde os/as assistentes sociais, de entre outros profissionais, representam um importante elemento para o desenvolvimento das políticas sociais. O papel científico do/a Assistente Social tem vindo a ser enfatizado no estudo de questões sociais relevantes, sendo questionado qual o papel específico do Serviço Social na resposta a questões de carácter social, como nos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Os/as assistentes sociais defendem uma visão alargada da realidade social, ao nível dos sistemas biopsicossociais e ecológicos, bem como, uma avaliação que inclua os sistemas familiares, bairros e comunidades (Mekonnen & Lee, 2022). Esta abordagem permite uma compreensão dos Comportamentos Aditivos e Dependências numa perspetiva mais alargada e contextualizada, no qual se compreende os problemas subjacentes e não como uma perturbação primária em si (Whitley, 2010). Neste sentido, o Serviço Social pode trazer uma perspetiva sistémica, ecologicamente sensível e holística na intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Numa sociedade contemporânea, onde se verificam mudanças sociais e comportamentais rápidas, o avanço do conhecimento em Serviço Social assume um papel cada vez mais central na definição da investigação, prevenção e tratamento ao nível dos Comportamentos Aditivos e Dependências. Considerando a escassez de literatura sobre este tema em Portugal, a contribuição de estudos alinhados com os modelos sistémicos e ecológicos, isto é, que compreendam os Comportamentos Aditivos e Dependências no contexto das condições sociais e familiares, parece estar mais alinhado com a identidade e a filosofia do Serviço Social na atualidade. Propondo assim, uma interdisciplinaridade que impulse o Serviço Social como um ator central no avanço do conhecimento, da pesquisa e da intervenção ao nível dos Comportamentos Aditivos e Dependências.

Referências Bibliográficas

Adams, P.J. (2016). Switching to a Social Approach to Addiction: Implications for Theory and Practice. *Int J Ment Health Addiction* 14, 86–94. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9588-4>

Adley, M.; Jones, G. & Measham, F. (2023). Jump-starting the conversation about harm reduction: making sense of drug effects. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 30(4), 347-360. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.2013774>

American Psychological Association (APA) (2023). *APA Dictionary of Psychology*. APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/>

Ashford, R.; Brown, A.; Ryding, R. & Curtis, B. (2020). Building recovery ready communities: The recovery ready ecosystem model and community framework. *Addiction Research & Theory*, 28 (1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1571191>

Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2023). *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022*. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/245/CICSNOVA_INPG_2023.pdf

Begun, A.L. & Murray, M.M. (Eds.). (2020). *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429203121>

Brinca, J. (2018). *O Serviço Social Na Equipas de Rua: modelo(s) de prática(s)*. Coleção Intervenção.

Copello, A. G.; Velleman, R. D. B. & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24, 369–385 <https://doi.org/10.1080/09595230500302356>

Mekonnen, A., & Lee, B. K. (2022) Social work in addiction: opportunities and alliances. *Journal of Social Work Practice*, 36 (3), 303-316. <https://doi.org/10.1080/02650533.2021.1964454>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) (2021). *Estatística e Investigação*. <https://www.sicad.pt/PT/EstatisticaInvestigacao/Paginas/default.aspx>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). (s.d.). *Política Portuguesa*. <https://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). (s.d.). *Intervenção*. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Paginas/default.aspx>

Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment. *EMCDDA INSIGHTS*, (13). https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

Whitley, C. (2010). Social work clinical supervision in the addictions: Importance of understanding professional cultures. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10(4), 343–362. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2010.521071>

World Health Organization. Management of Substance Dependence Team. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/neuroscience-of-psychoactive-substance-use-and-dependence>

World Health Organization - ICD-11. (2018). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. WHO.

Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. The National Academies Press.