

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado Em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Carlos Ramos Cleto

Orientadora:

Prof. Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar

Évora

2011

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

RESUMO

A reinserção é um momento crucial no acompanhamento aos doentes com problemas ligados ao consumo de substâncias psicoactivas. Trata-se de um processo em que o indivíduo precisa de encontrar em si e na comunidade os meios para um regresso efectivo à sociedade, com pleno exercício de todos os direitos e todos os deveres inerentes.

Os serviços que dão respostas sociais têm um papel preponderante nesse processo e quanto mais articulada for a resposta melhor será o resultado para o indivíduo.

Este Trabalho de projecto apresenta uma proposta de avaliação, dos primeiros anos de um exemplo de articulação interinstitucional, iniciado em 2003 e ainda em vigor.

Procura-se que, da investigação apresentada, resultem pistas fundamentadas para a melhoria dos serviços dessas entidades, melhorando a acessibilidade às respostas sociais, assim como a condição de cidadania do utente

Palavras-chave: Avaliação, Articulação interinstitucional, toxicodependentes, dependentes, planeamento,

Title: Inter-institutional coordination, an analysis proposal

ABSTRACT:

Reintegration is a crucial moment in the monitoring of patients with problems related to the consumption of psychoactive substances. This is a process in which the individual needs to find himself and in the community means a full return to society with all rights and all duties..Services that respond to social problems have a major role in this process and the more coordinated response is the better the outcome for the individual.

This work presents a project proposal for evaluation of the fist tree years, an example of an inter-institutional partnership, which started in 2003 and still in force.

We try to, from the presented research, present fundamental clues to improve those entities services, by improving accessibility to social responses, as well as the citizenship status of the beneficiary.

Keywords: evaluation, inter-institutional partnership, drug dependent, planning.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que directamente e indirectamente contribuíram para a sua concretização

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

ÍNDICE

Resumo.....	2
Abstract:	3
Dedicatória	4
Lista de Siglas.....	7
Introdução	8
1 Enquadramento teórico	10
1.1. Droga / Substância psicoactiva Ilícita	10
1.2 Toxicodependência:.....	12
1.3 Tratamento da toxicodependência	15
1.4 Modelos Terapêuticos	16
1.5 Exclusão:.....	17
1.6 Pobreza e Exclusão Social	19
1.7 Inserção Social.....	22
1.8 Evolução do conceito de dependência	23
1.9 As Dependências contemporâneas e os Efeitos sociais	26
1.10 A Evolução das Políticas Sociais em Portugal	28
1.11 Droga e toxicodependência, a droga como problema social (perspectiva histórica).....	30
1.12.O papel dos técnicos de reinserção.....	32
1.13 Pressupostos de intervenção na área de reinserção.....	33
2. Metodologia de trabalho.....	35
2.1 As técnicas de investigação	37
2.2 Participantes	41
2.3 O investigador-actor	42
3 Memória descritiva do projecto	43
3.1 Planeamento.....	43
3.2 Implementação.....	48
3.3 Avaliação.....	49
4 Plano de intervenção.....	71
Conclusões.....	74
Bibliografia Citada	77
Outra bibliografia consultada	79
ANEXOS	81

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 grelha analítica para as entrevistas	39
Ilustração 2 Utentes acompanhados em conjunto 2006.....	50
Ilustração 3 CARacterização dos UTENTES POR entidade de PROVENIENCIA 2006.....	51
Ilustração 4 Contributos QUALITATIVOS PARA a AVALIAÇÃO 2006	53
Ilustração 5 Distribuição do N.º de Atendimentos Conjuntos, por Distrito em 2007	56
Ilustração 6 Distribuição do N.º de Acordos de Inserção, por Distrito em 2007	57
Ilustração 7 Distribuição do N.º de Acompanhamentos Conjuntos e do N.º de Acordos de Inserção, por Distrito 2007	58
Ilustração 8 Contributos QUALITATIVOS PARA a AVALIAÇÃO 2007	59
Ilustração 9 PONTO DE SITUAÇÃO da implementação do Manual de Procedimentos, por Região em 2008	61
Ilustração 10 Nº de Fichas de Articulação enviadas pelo IDT e pelo ISS/SCML em 2008	63
Ilustração 11 Numero de acordos de inserção no ano de 2008 por região	64
Ilustração 12 NUMERO de acordos de inserção no ano de 2007 e 2008 por região.....	64
Ilustração 13 Numero de acordos de inserção no ano de 2008 por distrito	65
Ilustração 14 Numero de acordos de inserção no ano de 2007 e 2008 por distrito	66
Ilustração 15 Contributos QUALITATIVOS PARA a AVALIAÇÃO 2008	67

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

LISTA DE SIGLAS

CAT - Centros de Atendimento a Toxicodependentes do IDT.IP
CDIST – Centro Distrital do ISS.IP
CDSS - Centro Distrital do ISS.IP
CRI – Centro de Respostas Integradas do IDT.IP
DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EQUAL – Iniciativa comunitária financiada pelo Fundo Social Europeu, é uma das componentes da estratégia europeia de emprego
ET – Equipa de Tratamento do Centro de Respostas Integradas do IDT. IP
IDT.IP - Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
IPSS - Instituição Privada de Solidariedade Social
ISS.IP - Instituto de Segurança Social, Instituto Público
NLI – Núcleo local de inserção
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não governamental
PII – Plano Individual de Inserção, instrumento metodológico da reinserção do IDT.IP
RCM – Resolução de Conselho de Ministros
RSI - Rendimento social de Inserção
SAS - Serviço de acção local do ISS.IP
SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

INTRODUÇÃO

A presente Trabalho de Projecto insere-se no âmbito VI Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora, que justifica a escolha de um tema que contribua para a melhoria das intervenções no sector da saúde. A escolha de um Trabalho de Projecto e não de uma dissertação de mestrado resulta de uma opção pelo desenvolvimento de uma proposta de avaliação que resulte num documento operacionalizável, trazendo contributos para um projecto Interinstitucional que se encontra em desenvolvimento.

Este Projecto de Trabalho tem como objectivo analisar e avaliar os 3 anos de planeamento e implementação de um projecto de articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social de utentes com problemas ligados ao uso de substâncias Psicoactivas, dos serviços do Instituto da Segurança Social e do Instituto da Droga e Toxicodependência ao qual se adicionou a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Este Projecto de Trabalho, para além da avaliação deste projecto conjunto propõe, no final, recomendações de alterações que aumentem a sua abrangência e eficácia através de propostas de estratégias de intervenção com vista a melhoria da relação interinstitucional. A selecção do tema em estudo partiu, primeiro, do conhecimento profissional deste projecto desde o seu início e, em segundo lugar, por considerar que uma avaliação de processo do mesmo traria francas vantagens para o seu desenvolvimento.

Este trabalho desenvolveu-se através de recolha e consultas bibliográficas nas áreas da Exclusão, Reinserção, Toxicodependência, Planeamento e Avaliação de Projectos de Desenvolvimento social.

Esta recolha e consulta foram continuadas ao longo da pesquisa, de acordo com as necessidades decorrentes das várias etapas da problematização, foram consultadas fontes documentais e fontes de dados estatísticos referentes á implementação do projecto, que mesmo não sendo do acesso público, a sua utilização e divulgação já foi devidamente autorizada pelo Conselho Directivo do IDT. Abordam-se ainda vários conceitos, nomeadamente aqueles que levarão à compreensão daquilo que se poderá entender por percursos de exclusão, reinserção social, resposta social, planeamento e avaliação de projectos de desenvolvimento social. Concomitantemente realizaram-se entrevistas a actores privilegiados do processo de planeamento e implementação de forma a levantar *dados provocados* para uma mais sólida análise e avaliação.

O projecto de articulação interinstitucional que se propõe analisar resulta da constatação da existência de diversas iniciativas locais de articulação entre técnicos dos Serviços Locais da Segurança Social e

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

técnicos do IDT, que têm apresentado resultados positivos, com maior eficácia no trabalho de integração da população toxicodependente e rentabilização dos recursos existentes. Esta intervenção interinstitucional foi oficialmente protocolada pelas três entidades no fim do primeiro ano de intervenção-piloto e tem vindo a desenvolver-se em todo o território continental

Esta Intervenção resulta não só, das necessidades diagnosticadas e vivenciadas no terreno como também da aplicação de orientações referidas no Plano Nacional de Saúde, consubstanciadas no Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicoddependência e em consonância com o Plano Nacional para a Inclusão.

Quando consideramos a reparação de situações de exclusão social, sendo a população toxicodependente um dos grupos vulneráveis aos processos de exclusão e dada a complexidade e diversidade das situações/problema, a intervenção no âmbito da acção social não pode ser isolada, tornando-se cada vez mais necessário o trabalho em articulação com as instituições que detêm um conhecimento mais aprofundado sobre esta população e uma acção mais directa.

O Projecto em análise nasce na sequência da actividade de um grupo de trabalho constituído entre elementos do Departamento de Protecção Social de Cidadania do ISS.IP e do Núcleo de Reinserção do Departamento de Tratamento e Reinserção do IDT, que tem sido desenvolvido um documento de orientações conjuntas, bem como dos respectivos materiais de levantamento de dados de monitorização e respectiva de implementação.

Pretendeu-se com esta intervenção interinstitucional apoiar o cidadão de forma articulada, a fim de potenciar os resultados do tratamento nas suas diferentes abordagens, com o objectivo de o reinserir socialmente. Assim, independentemente do serviço ou instituição a que o indivíduo recorra o objectivo é fornecer-lhe uma rede de recursos que responda às suas necessidades.

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Todos os sociólogos sonharam num dia ou noutra que os seus trabalhos poderiam ter um efeito social. Todo o sociólogo teve o desejo de ver as suas pesquisas modificarem a sua sociedade. Por detrás de qualquer sociólogo dormita a ideia de mudança social”

Rémy Hess, 1983

Sobre o enquadramento teórico da investigação, podemos encontrar em seguida uma revisão bibliográfica que se considerou pertinente e actualizada para os assuntos e problemáticas presentes neste trabalho. Esta inicia-se com as abordagens teóricas sobre a droga, exclusão e a reinserção social de toxicodependentes, com o objectivo de contextualizar e integrar numa perspectiva compreensiva a investigação nessas problemáticas.

1.1. DROGA / SUBSTÂNCIA PSICOACTIVA ILÍCITA

Trata-se de uma palavra existente no léxico português, cujo significado é vago e variado.

Consultado um dicionário, encontra-se como significado de droga o seguinte: “*nome genérico das diferentes matérias que entram em preparados farmacêuticos ou na indústria; qualquer substância medicamentosa; estupefaciente; narcótico; designação antiga das especiarias e plantas medicinais que vinham do Oriente*” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa)

Contudo, entende-se que as definições que se seguem, originárias de reconhecidas entidades ou autores, clarificam melhor o conceito pelo qual a palavra é universalmente conhecida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cit. in Ferreira, (1999), numa primeira definição droga é “*toda a substância que, introduzida num organismo, pode modificar uma ou mais funções deste, provoca dependência caracterizada pela necessidade de consumo compulsivo de um modo continuado, a fim de obter os seus efeitos e, por vezes, para evitar o mal-estar que provoca a sua falta*”.

Mas para Funes (1992) cit. in Ferreira, (1999), droga é “qualquer das múltiplas substâncias que o Homem utilizou, utiliza ou inventará ao largo dos séculos, com capacidade para modificar as funções de um organismo vivo que estejam relacionadas com a sua conduta, o seu juízo, o seu comportamento, a sua percepção ou o seu estado de ânimo”.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Mais tarde, a OMS cit. in Ferreira, (1999) considera a “droga como toda a substância que, introduzida no organismo, produz mudanças na percepção, nas emoções, no psiquismo ou no comportamento e é susceptível de gerar no consumidor uma necessidade de continuar a consumi-la” (Ferreira, 1999).

Perante, estas definições, podemos então compreender que para além das características específicas de cada substância que possa ser consumida, o problema centra-se especialmente na relação que o indivíduo estabelece com essa substância.

1.2 TOXICODPENDÊNCIA:

Existem modelos teóricos para explicar a tipologia das toxicodpendências a partir da incidência de determinados factores parciais, assistimos a um processo gradual de integração de uma série de diferentes disciplinas, a que se convencionou chamar “Modelo Integrador” ou “Modelo Biopsicossocial”. Este modelo não é mais do que reafirmar a origem multicausal das toxicodpendências e a necessidade de arbitrar estratégias de intervenção amplas, capazes de incidir em todos os factores que favorecem o aparecimento das condutas de uso e abuso de drogas¹

Devido à complexidade do tema é muito difícil enquadrar a questão num modelo ou corrente da Sociologia. Vários são os que se interpenetram e neste trabalho vários foram os prismas que se tiveram de levar em conta.

Robert Merton, que opta neste caso por um modelo que se interpenetra entre o funcionalismo e o interaccionismo, defende que existe um impulso biológico do homem na procura da satisfação plena. Por outro lado, existe uma ordem social que funciona como aparelho destinado a governar os impulsos, coordenar as tensões e a ajudar o homem a renunciar à satisfação dos seus instintos. No papel atribuído aos impulsos biológicos não explica o porquê da frequência de comportamentos variantes em relação às estruturas sociais, nem porque é que os desvios não assumem a mesma forma em todas as sociedades. De salientar que, no caso específico do pensamento de Merton, as toxicodpendências são consideradas um desvio juntamente com a homossexualidade ou as doenças mentais.

Desta forma, ele propõe-se analisar as estruturas sociais e a forma como, em determinados casos, elas ajudam indivíduos a optar por um comportamento desviante em lugar de uma conduta conformista. Esta conduta é analisada enquanto adaptação individual e tipificada. Relacionando o comportamento do indivíduo em função do seu papel numa dada situação, podendo estes papéis variar entre ser conformistas, inovadores, ritualistas ou evasivos. É esta última reacção que deve ser abordada aqui com mais atenção.

No caso do conformismo, a ordem social é mantida devido a um conjunto de esquemas culturais estabelecidos mas que sofrem modificações seculares, neste caso, o comportamento dos indivíduos é modelado pelos valores fundamentais da sociedade.

RODRIGUEZ, G. *La integración social de Drogodependientes*. Cap. 5. Ed. M^o de Sanidade y Consumo. Madrid, 1988¹

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

A inovação, para Merton, está directamente ligada ao individualismo e à capacidade de aceitar riscos para fazer com que a sua posição na sociedade seja preponderante. Podemos, no entanto, questionar a perspectiva de Merton quando refere que esta procura do sucesso ou do seu simulacro se dá com maior frequência nas classes inferiores. Por esta linha de raciocínio, existiriam normalmente formas recursivas a actividades ilícitas para a obtenção das benesses que não são apanágio do seu estrato social.

O ritualismo é o modo de adaptação que pressupõe que se abandone o ideal da ascensão social e que torna as aspirações dos indivíduos confinadas, de forma a obedecer sem o sentir às normas sociais. Há uma renúncia aos objectivos e um apego maior às rotinas tranquilizadoras e normas usuais e costumeiras.

A evasão ou fuga é o mais relevante para a contextualização deste trabalho, porque, sendo um modo de adaptação mais raro, é abordado neste estudo. Os indivíduos que adoptam este tipo de reacção estão na sociedade mas não são da sociedade porque não partilham o mesmo conjunto de valores comuns e não podem ser enquadrados como integrantes da sociedade.

Merton enquadra nesta categoria os doentes mentais, os vagabundos, os homossexuais e os "drogados" que abandonaram os objectivos sociais prescritos e não agem segundo as normas. Isto não quer dizer que, em certos casos, a origem da sua adaptação específica não se possa encontrar na estrutura social que por eles foi rejeitada, nem que a sua presença não levante constrangimentos e problemas aos outros membros da sociedade. Os indivíduos que optaram mais ou menos voluntariamente pelo desvio, assimilaram os valores vigentes mas deles não fizeram uso porque não são meios que se coadunem com os seus fins.

Quando se fala de dependência, quer seja a propósito de consumos de substâncias psico-activas, quer seja relativo a comportamentos repetidos sem controlo, o que de imediato se configura no nosso espírito é que se trata dum fenómeno complexo que envolve múltiplas dimensões e variados factores.

O conceito de dependência tem-se prestado a algumas confusões, devido ao facto de o mesmo termo designar situações tão díspares como ser dependente da TV, do chocolate, do trabalho, do jogo, do café, do tabaco, das compras compulsivas, da comida, do sexo ou das drogas. Se alguma analogia existe entre elas é, por certo, a ideia implícita de rótulo estigmatizante, indutor de atitudes de reprovação ou ainda a ideia subjacente de que uma pessoa dependente sofre de alguma fragilidade. A vida social contemporânea configura-se, por vezes, como um verdadeiro mosaico de múltiplas dependências.

No Ocidente, os termos mais usados para exprimir a ideia de habituação, resultante do consumo abusivo de substâncias psico-activas, são "*addiction*" e "*dependência*". O termo "*addiction*" deriva do latim *ad dicere*, "*dizer a*", no sentido de *dar, de entregar alguém a outrem como escravo*. Foi, no direito romano, um termo jurídico que, durante a Idade Média, se usou em França para significar a "*detenção dum indivíduo endividado que não consegue pagar a sua dívida*". O termo dependência, também deriva

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

do do latim "*pendere*", encerra na origem etimológica, dois sentidos: depender de (sentido passivo) e estar agarrado (sentido activo).

1.3 TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA

A problemática da toxicoddependência, actualmente, situa-se no paradigma biopsicossociológico, o que significa que o meio familiar tem um papel importante no conjunto da complexa intervenção terapêutica, com vista ao tratamento e à reinserção dos jovens no ambiente normativo da sociedade.

O tratamento da toxicoddependência traduz-se num conjunto de intervenções específicas, dirigidas a um indivíduo com problemas de dependência de substâncias, num determinado estágio do seu percurso de consumos. Dos vários métodos do tratamento disponíveis, nenhum se pode afirmar infalível.

O problema da toxicoddependência não se resume à droga de eleição e às circunstâncias do seu consumo. Este consumo afecta o indivíduo dependente em várias dimensões, necessitando, de um diagnóstico e de uma resposta multidimensional.

O tratamento ou recuperação é sempre um caminho longo, devendo assentar num determinado conjunto de medidas que são inerentes às funções dos vários técnicos que interagem com esta problemática.

1.4 MODELOS TERAPÊUTICOS

Os modelos terapêuticos de intervenção na toxicodependência consistem numa abordagem estruturada, com o fim de ajudar o indivíduo a libertar-se da dependência das substâncias psicoactivas. Essa intervenção estruturada, é o favorecimento de uma mudança e a uma dinâmica pessoal que não se pode realizar sem o suporte de uma relação técnica e sem partir do concreto da situação do indivíduo.

O tratamento é um caminho longo, devendo assentar num determinado conjunto de medidas que segundo a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga no Capítulo VI, ponto 56 diz *“existe uma grande diversidade de modelos de intervenção [...] desde as desabituações físicas, realizadas em ambulatório ou internamento, às psicoterapias de diversos modelos, individuais ou de grupo, à terapia familiar, aos internamentos de longa duração em comunidade terapêutica, passando pela utilização de fármacos antagonistas [...] ou agonistas [...], várias são as combinações possíveis”* (RCM nº 46/99, 26.5).

1.5 EXCLUSÃO:

Neste primeiro capítulo sobre o enquadramento teórico deste trabalho de projecto vamos clarificar qual a conjuntura que levou ao aumento dos processos de exclusão, a evolução do conceito de pobreza para a noção de exclusão social e o novo conceito de inserção social.

A pobreza foi durante muitos anos o conceito encontrado para definir os mais desfavorecidos economicamente. No entanto as situações de pobreza foram-se diversificando, e sentiu-se a necessidade de criar novos conceitos para definir estas novas formas de pobreza, que se verificavam não só a nível económico, mas também a nível social e cultural. Isto porque esta nova forma de ser pobre está ligada a um sentimento de revolta de quem teve uma situação estável e passa a sofrer dificuldades. Não possui dinheiro, é marginalizado pela sociedade e culturalmente renegado para segundo plano. Não querendo viver esta situação, esconde as suas dificuldades e sofre sem apoio, por vezes até dos familiares mais próximos.

Surgiu assim a noção de exclusão social, fenómeno que, apesar de não ser novo, se agrava a partir do fim da década de 70.

A partir do fim da década de 70, grande parte dos países europeus começaram a sentir o peso das categorias sociais de pobres e excluídos a aumentar. Vários foram os factores para que tal acontecesse. A nível económico, os choques petrolíferos vêm provocar uma crise internacional que originou vários ciclos de recessão nos anos seguintes. Também a crescente flexibilização do mercado de trabalho, aliada à entrada das mulheres neste contexto, fez aumentar o trabalho precário e sem contrato. Ao nível da indústria, a sua reconversão levou ao encerramento de fábricas e à diminuição do emprego, em que os trabalhadores em final de carreira sofreram grandes dificuldades laborais. A nível estatal as dificuldades orçamentais fizeram com que este interviesse menos ao nível do “bem-estar social”.

Estes factores de ordem económica tiveram como resultado grandes mudanças na própria sociedade. Também estas contribuíram para o aumento das novas categorias sociais. Dentro das principais mudanças a nível social e familiar salientamos: o aparecimento das famílias monoparentais (que fizeram com que os laços de solidariedade típicos de uma família alargada desaparecessem ou ficassem em muito reduzidos; as relações de vizinhança que se obtinham quando estávamos perante famílias alargadas desapareceram), o surgimento de uma mudança de valores (devido à abertura e à crescente influência de culturas externas) e a predominância do individualismo (face ao alastramento da sociedade de consumo).

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Todos estes factores levaram a uma disseminação das classes mais pobres e excluídas. Estas sempre existiram mas ganharam um maior protagonismo nas sociedades modernas, nomeadamente, em Portugal. Os fenómenos que podemos salientar e que ilustram este crescimento são:

A degradação das condições de vida de muitos indivíduos; O número crescente de desempregados, especialmente os de longa duração (período superior a um ano); Os grupos sociais sem trabalho contínuo, precário ou mal pago, onde se encontram inseridos os jovens e as mulheres; A ausência (ou quase) de apoios do Estado aos grupos de risco e a sua aglomeração em zonas degradadas da sociedade e Indivíduos que têm que recorrer a actividades paralelas ou ilegais.

As múltiplas mudanças verificadas ao longo do séc. XX conduziram à sociedade com que nos deparamos na actualidade. Um dos fenómenos que maior impacto causou, no seio destas mudanças, foi o fenómeno da exclusão (Capucha, 1998) Isto deu origem a que fenómenos como a pobreza e a exclusão social se intensificassem, e consequentemente o Estado português, já membro da Comunidade Económica Europeia, começa, na década de 90, a dar prioridade a políticas sociais mais complexas de modo a poder combatê-los.

1.6 POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL

Sobre o enquadramento teórico deste projecto é importante clarificar o conceito de exclusão social que, apesar de ser recente, tem originado muita polémica no que respeita ao seu significado e ao seu uso. Quando se fala num excluído o senso comum pensa imediatamente em pobreza, mas escavando mais fundo nem sempre assim é, passamos então a explicar o que existe de diferente entre pobreza e exclusão social. Fenómenos como a pobreza e a exclusão social não são recentes no nosso país mas, embora o conceito de pobreza se tenha desenvolvido nas suas vertentes já há alguns anos, o de exclusão social é relativamente recente, e de interpretação variada. É devido a este facto que se considera pertinente encontrar uma definição destes dois conceitos.

Como se sabe, qualquer forma de estruturação social tem inerente desigualdades e, torna-se legítimo esperar diferentes capacidades de articulação e acumulação dos vários tipos de recursos (sociais e materiais) por parte dos actores que pertencem a essa sociedade. A exclusão irá surgir com o agravamento dessas desigualdades, lançando assim uma oposição entre os actores que mobilizam os seus recursos no sentido de uma plena participação social e os actores que, por falta desses recursos, se encontram vedados a fazê-lo. A exclusão resulta, deste modo, de uma desarticulação entre as diferentes partes da sociedade, originando para um conjunto de indivíduos, uma falta de participação de um mínimo de benefícios que definem um membro de pleno direito dessa sociedade, opondo-se a um outro conjunto de indivíduos que goza de uma plena integração social nessa mesma sociedade.

A exclusão é encarada como um fenómeno multidimensional, como um conjunto de fenómenos sociais interligados que contribuem para a produção de excluídos. Coexistem a este nível fenómenos sociais diferenciados, como o desemprego, a pobreza, a discriminação, entre outros. E, devido ao facto da exclusão ter um carácter cumulativo, encerra em si processos de reprodução e evolução que garantem a sua continuidade, constituindo causa e consequência de variadas rupturas na coesão social.

A exclusão social provoca uma quebra nos laços entre o indivíduo e a sociedade, levando a uma quebra na própria unidade social. Os processos de exclusão traduzem, deste modo, o acumular de deficiências e insucessos em várias esferas sociais, assumindo a forma de uma ruptura dos laços simbólicos (Xiberras, 1996). Uma situação de exclusão define-se pela privação de recursos sociais e materiais, levando para fora da sociedade todos os que não cooperam dos valores e das representações sociais dominantes. O excluído encontra-se à margem dos universos materiais e simbólicos, sofrendo uma rejeição que irá resultar num sentimento de auto-exclusão.

A exclusão social provoca uma quebra nos laços entre o indivíduo e a sociedade, levando a uma quebra na própria unidade social. Os processos de exclusão traduzem, deste modo, o acumular de deficiências e insucessos em várias esferas sociais, assumindo a forma de uma ruptura dos laços simbólicos (Xiberras,

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

1996). A exclusão encontra-se ligada a várias rupturas, como a desintegração social (quebra dos laços de solidariedade), a desintegração do sistema de actividade (devido ao crescente desemprego e terciarização da actividade económica) e a desintegração das relações sociais e familiares (aparecem novos tipos de estruturas familiares – famílias monoparentais – e aumenta a quebra das redes de solidariedade entre as comunidades).

A pobreza é encarada como uma das dimensões da exclusão social e, foi durante muito tempo o conceito utilizado para definir situações de défice de recursos. Mas, desde finais dos anos 80 que o conceito de pobreza vem sendo substituído pelo conceito de exclusão social, visto ter-se necessidade de acentuar aspectos mais complexos do que as meras condições económicas de vida.

No entanto houve uma evolução do conceito de pobreza, desmultiplicando o conceito em várias dimensões que procuram enquadrar novas realidades associadas à pobreza. Surgem então dicotomias no conceito que nos dão conta de uma multiplicidade de significados que pode assumir: pobreza relativa/absoluta, pobreza objectiva/subjectiva, pobreza tradicional/nova pobreza.

O conceito de exclusão social enquadra algumas destas dimensões da evolução do conceito de pobreza. A pobreza é concebida como um dos fenómenos integrantes da exclusão social, embora a exclusão abranja formas de privação não material. A exclusão social enquanto conceito enquadra situações de ausência ou insuficiência de recursos sociais, políticos, culturais e psicológicos.

Contudo, os fenómenos da pobreza e da exclusão divergem entre si. A pobreza é um processo estático, enquanto a exclusão é um processo dinâmico, que se encontra associado a uma acumulação de vários *handicaps* (carências habitacionais, rupturas familiares, isolamento social, etc.).

Mas, nem todas as situações de exclusão social estão associadas aos mesmos *handicaps*, por isso pode-se falar em tipos de exclusão social: exclusão económica, social, cultural, etc. (Costa, 1998).

A acumulação de *handicaps* irá aumentar a vulnerabilidade de algumas categorias sociais a situações de exclusão social. A identificação desses *handicaps* pressupõe um conhecimento das circunstâncias que vão permitir considerar uma categoria como socialmente desfavorecida. Tradicionalmente, as categorias sociais desfavorecidas eram constituídas por: idosos (baixas pensões, desintegração familiar), camponeses pobres (fraca rentabilidade da sua actividade), assalariados de baixa qualificação (baixas remunerações), etc.

Actualmente, devido às várias mudanças que se desenrolaram na sociedade, surgem novas categorias sociais desfavorecidas que incluem: desempregados de longa duração (cujas baixas qualificações dificultam a reinserção no mercado de trabalho), grupos étnicos e culturais minoritários (associados à precariedade das condições de vida), famílias monoparentais (privação de recursos económicos), pessoas com deficiências (acentuada dependência social e familiar), jovens em risco (toxicodependentes excluídos das principais instituições sociais), sem abrigo e trabalhadores da economia informal (emprego precário propenso à pobreza e exclusão social).

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

A estas novas categorias podem-se ainda acrescentar algumas que surgiram mais recentemente como: jovens à procura do primeiro emprego (principalmente os que não possuem qualificações), indivíduos com doenças crónicas (cuja debilidade dificulta o exercício de uma profissão), beneficiários do Rendimento Mínimo Garantido (que podem enquadrar algumas das situações acima mencionadas).

Em suma isto significa que a diversidade das condições de existência das diferentes categorias sociais desfavorecidas “cruza-se com a diversidade de referências culturais, sistemas normativos e representações sociais que os indivíduos e as famílias constroem e reproduzem, configurando-se, assim, um conjunto de modos de vida cuja apreensão é indispensável para a compreensão da pobreza e da exclusão social em Portugal.” (Capucha, 1998).

1.7 INSERÇÃO SOCIAL

Ao definirmos, no ponto anterior, o que se entende por exclusão social, não faria sentido defini-la se esta não se encontrasse associada, se bem que por oposição, à definição de integração social. Assim, este ponto propõe-se ajudar na clarificação do conceito de integração social.

A integração social remete para um conjunto estável e consolidado de relações, tanto familiares, como sociais e de trabalho, qualquer política de combate à exclusão social deverá ter a sua base na noção de integração social, ou seja, no processo de transição de pessoas, famílias ou grupos de uma situação de exclusão para uma situação de participação social e cidadania.

No entanto, quando se fala de políticas sociais está inerente o objectivo da inserção social, que remete para o “duplo movimento que leva, por um lado, as pessoas, famílias e grupos em situação de exclusão social e de pobreza a iniciar processos que lhes permitam o acesso aos direitos de cidadania e de participação social e, por outro lado, as instituições a oferecerem a essas pessoas, famílias e grupos reais oportunidades de iniciar esses processos, disponibilizando-lhes os meios, dando-lhes apoio.” (Capucha, 1998).

A inserção social é vista como um processo (tal como a exclusão social) que irá permitir ao excluído alcançar o acesso a vários direitos como: a escolarização, a qualificação, o acesso ao emprego, o acesso às instituições, à interacção social e familiar, etc.

As políticas sociais e a protecção social são entendidas como um sistema que tem por objectivo, exactamente, a diminuição das desigualdades sociais através da concretização de acções de apoio e inserção que deverão, como objectivo último, restituir os direitos e capacidades para o exercício da cidadania.

A inserção social poderá, assim, passar pelo recurso aos serviços de acção social, onde se estabelece uma relação de dependência. Mas, os indivíduos assistidos negociam a inferioridade do seu estatuto social, o que não significa que sejam meras vítimas do “sistema” porque, eles dispõem de um espaço de manobra para essa negociação.

1.8 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEPENDÊNCIA

Embora o momento fundador da história das drogas se situe na Inglaterra, foi nos EUA que a reflexão em torno da noção de dependência teve maior incremento. Esse facto parece ter uma relação estreita com a diversidade étnica e cultural das comunidades que progressivamente se foram instalando no país (comunidades orientais e africanas) e que introduziram os seus hábitos ancestrais, dos quais fazia parte o consumo de drogas.

Podemos distinguir três fases na história conceptual da entidade dependência (Nadeau, L 1994). A primeira situa-se no terceiro quartel do século XVIII, quando Benjamim Rush (1746-1813) publicou, em 1785 *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind*(Rush,1790), onde considera que a dependência, em relação aos consumos de álcool, se explica apenas a partir duma única variável, o produto. Seria o modelo unifactorial. A segunda fase ocorre já no séc. XX, entre os anos 35 e 60 e admite que a dependência envolve duas realidades, o produto e o indivíduo consumidor. Seria o modelo bi-factorial. A terceira fase corresponde à posição hoje consensualmente admitida, a do modelo tri-factorial, que preconiza a existência duma interacção entre o produto, o consumidor e o meio. Este modelo, que passou a designar-se bio-psico-social, foi amplamente divulgado com a publicação do DSM III (American Psychiatry Association, 1980)(in NADEAU,L 1994).

Rush, médico nas Forças Armadas dos EUA, formado pela Escola de Medicina de Edimburgo, signatário da Convenção para a Independência e defensor das teses proibicionistas, legou-nos uma obra ímpar, onde descreve com mestria a sintomatologia da intoxicação alcoólica. Nesta obra, ainda hoje tida por moderna, o autor considera o alcoolismo, essa "*odious disease*", uma doença de evolução progressiva.(Nadeau 1994)

Ao mesmo tempo que afirma que o alcoolismo tem uma componente hereditária, Rush propõe o agravamento das taxas de comercialização das bebidas brancas e sugere que seja o clero protestante a controlar a venda e consumo das bebidas alcoólicas. Embora o essencial da obra de Rush visasse o carácter patológico do alcoolismo, a verdade é que os movimentos proibicionistas dos anos 20, inspirando-se na sua obra, fizeram do álcool a raiz de todos os males sociais, reduzindo o alcoolismo a um só factor, o produto. A posição de Rush constitui o primeiro contributo para a construção do modelo da dependência, na medida em que chamou a atenção para o poder tóxico da substância, fazendo dela o factor responsável da dependência.

Foi este modelo uni-factorial que as teorias comportamentais adoptaram: O produto, graças às suas propriedades de reforço converte-se na principal causa do consumo de drogas; a dependência seria o resultado dum condicionamento adquirido. Dito de outra forma, no consumo de drogas intervêm

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

mecanismos de aprendizagem, cujas respostas vão ter efeito de reforço positivo (evitamento de sentimentos negativos).

Em 1935, os Alcoólicos Anónimos, inspirando-se nas teorias de Rush e logo após a abolição da lei seca (1933), lançaram o movimento de entre-ajuda, numa postura inequívoca de anti-psiquiatria, defendendo que o alcoolismo não reside na garrafa, mas no consumidor (*alcoholism is not in the bottle but in the man*) e que este é um doente, a quem se aconselha a abstenção. A doença reside mais na mente (*mind*) do que no corpo, sendo a necessidade compulsiva do produto ("*craving*") o sintoma principal que induz obsessiva e compulsivamente a beber (Nowlis, 1994). Ficou assim identificado o modelo bi-factorial da dependência: O produto e o consumidor. A abordagem bio-médica das toxicodependências apoia-se neste modelo, fazendo recair o acento tónico no consumidor. Embora só em 1980 a Associação de Psiquiatria Americana tenha admitido no DSM III que as perturbações mentais eram de natureza bio-psico-social, já em 1957. Este conceito foi posteriormente reformulado por Helen Nowlis (1975) e deu origem ao conhecido triângulo da interacção: produto, personalidade e momento sociocultural. Também no domínio da epidemiologia (Bowlby, 1977) se reconhece que o aparecimento duma doença física pode ser consequência da interacção entre hóspede, agente e meio.

Este terceiro elemento ficou a dever-se ao progresso das ciências sociais nos Estados Unidos, nomeadamente a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia. Defendem que as determinantes primordiais do comportamento humano são conscientes e propõem uma nova concepção do homem, agente activo do seu destino, capaz de se dar conta do que vai mal e do que faz mal. Os behavioristas e os cognitivistas confluíram prontamente na tese de que o contexto determina em grande parte o comportamento humano (Nadeau 1994).

Rush (1792), limita o seu estudo apenas à dependência alcoólica. Mas sabe-se que na mesma época a China promulga as primeiras leis que interdizem a venda do ópio, apontando o produto como o verdadeiro agente causal da dependência, não obstante as suas virtudes terem sido sobejamente exaltadas desde a antiguidade (Jelinec, 1960).

Segundo alguns autores, o conceito de dependência em relação ao consumo de substâncias psico-activas foi elaborado tardiamente. Thomas Szasz (1974), por exemplo, situa em 1934 a primeira referência à dependência física, quando a Associação de Psiquiatria Americana mencionou a Toxicodependência na lista das doenças mentais.

As experiências a que poetas e médicos se entregaram, através do consumo de ópio, nos alvares do séc. XIX, como já referimos antes, permitiram compreender a verdadeira natureza da dependência física.

Uma revisão sumária de alguns autores contemporâneos que se debruçaram sobre o tema da dependência, dá-nos algumas pistas interessantes para avaliar a complexidade do conceito. Assim, enquanto em Dolby (1977), o termo é conotado de forma depreciativa e por isso substituído pela

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

expressão "*attachment bravios*", em Mandem (1988), assume o significado de doença, servindo para designar a figura de jogo patológico e a de bulimia. O estado de dependência seria mesmo uma componente normal do ser humano. A dependência da criança em relação à figura materna é entendida em termos interactivos como via para a relação simbiótica, sendo o processo de separação/individuação (DOI,T.D., 1963) uma forma de gerir a dependência necessária para manter com a mãe os elos afectivos indispensáveis).

L. Lewin (1920), baseando-se na experiência clínica com morfinómanos, propôs os principais conceitos que hoje são utilizados para definir o fenómeno de consumo excessivo de substâncias psico-activas: dependência, tolerância e abstinência. O seu contributo permitiu elaborar o modelo médico-sanitário em que o toxicodependente é considerado doente, e não delinquente, como até então sucedia.

1.9 AS DEPENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS E OS EFEITOS SOCIAIS

Face à recrudescência de todas as grandes famílias de psicotrópicos, parece possível atribuir a cada um deles uma função social específica. Ainda que a prática do consumo da heroína continue a procurar um estado de anestesia social enquanto indivíduo, nestes últimos anos não tem havido alterações substanciais no contexto sociocultural relacionado com as adições. A heroína continua a exercer sobre as gerações que se sucedem a atracção de uma crise sacrificial. Na memória recente da droga, este episódio joga um papel determinante. Caso apenas a violência da heroínomania não tenha força suficiente para proceder por contágio de indivíduo para indivíduo, pelo menos estará presente a força das imagens negativas que invadem todo o imaginário social (Halbwachs 1925)

Segundo Martine Xiberras (1989), por vezes, parece possível desviar o destino próprio do heroinómano e de o fazer sair da sua relação face a face com o produto. No entanto, o lugar deixado por aquela droga é, no efeito, ocupado por uma outra. O álcool aparece como uma panaceia permitida e menos nociva, por um lado porque a destruição que ele ocasiona em caso de abuso permite aumentar a esperança de vida média de um adicto ou ex-adicto e, por outro lado, porque este tipo de toxicomania nos lembra algo de mais comum, de qualquer forma mais clássico para a mentalidade ocidental.

O papel atribuído à família dos excitantes joga neste novo contexto das paisagens psicotrópicas; daí a recrudescência da cocainomania. Ela já não representa a droga do pobre ou da prostituta dos anos vinte; foi trocada pela heroína mais acessível agora pelos mesmos estratos.

O uso da coca (planta ou derivados) e da cocaína tem por efeito principal, actualmente, estimular o trabalho ou a diversão muito intensa. O uso, em prática dura, é também factor de anestesia sensual e emocional; permite suportar grandes e pequenas misérias. Não funciona como um produto de revolta ou fuga em relação aos tempos modernos, ela funciona agora como um psicotrópico de adaptação à modernidade; faculta a coragem de afrontar todos os tipos de obstáculos, desmultiplica a energia vital, tudo para poder não ensombrar com a sensibilidade o espírito de concorrência (Weber 1964)

O retorno dos canabinoides traz consigo algumas características das suas primeiras utilizações e mantém, ainda hoje, o papel de produto revelador e é usado de uma forma lúdica, sublinhando com muita delicadeza os estados de exaltação ou de depressão. Habitualmente associada ao álcool acentua os efeitos de desinibição e dos prazeres da comunicação.

Actualmente, com uma estrutura de comércio de estupefacientes internacional bem montada e com os produtos facilmente acessíveis, a forma mais característica de consumo é a poli-intoxicação (Xiberras, 1989).

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Assim, parece ter desaparecido aquilo que caracterizava as toxicomanias clássicas: a filiação a só uma droga de culto.

1.10 A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS EM PORTUGAL

As políticas sociais surgem com o intuito de responder a situações de desigualdade social, por sua vez relacionadas com fenómenos de pobreza e exclusão social. A protecção social visa então a promoção de um conjunto de acções de carácter social ou assistencial que possam dar resposta às situações de carência e necessidade existentes. Deve deste modo ser entendida como um compromisso social geral, de forma a garantir as necessidades dos membros de uma sociedade.

As políticas sociais e a protecção social em Portugal registaram um percurso evolutivo identificado com períodos histórico-políticos específicos, sendo de destacar dois desses períodos: pré e pós 25 de Abril de 1974. Não esquecendo também a adesão à Comunidade Económica Europeia como factor de evolução da protecção social.

O Estado teve progressivamente, vindo a aumentar o seu papel activo nos assuntos sociais. Mas, é a partir dos anos 60 que se dão início as grandes transformações sociais que hoje são consolidadas no nosso país, e que nos permitem uma gradual aproximação dos outros países europeus. Factos como o desenvolvimento do sector terciário, a acentuação das migrações interior/litoral, a reestruturação do mercado de trabalho e o início da recomposição da estrutura das classes sociais originaram um aumento do nível de consumo e das pressões em relação ao sistema de ensino. Começam, deste modo, a surgir um maior número de políticas sociais, como demonstra a criação de serviços públicos de saúde, educação e Segurança Social.

É em 1962 que o Estado inicia o seu papel interventor na Previdência Social com uma lei que permite o alargamento das eventualidades cobertas. Ainda no mesmo ano surgem as caixas de seguros (Caixa Nacional de Seguros e Doenças Profissionais). Em 65 assegura-se a atribuição de prestações de invalidez, velhice e morte aos beneficiários e família através da Caixa Nacional de Pensões.

As reformas ocorridas nesta década tiveram principal enfoque ao nível da previdência nas prestações e benefícios e, ao nível das estruturas na assistência e saúde. O Ministério da Saúde e Assistência foi reorganizado e os institutos desta tutela foram unificados no Instituto da Família e Acção Social.

A partir de 1974 verifica-se uma evolução das políticas sociais. Os primeiros governos provisórios introduzem medidas no campo social com o objectivo de promover a mudança política e legitimar o discurso de justiça social. Várias foram as medidas implementadas como: a criação do salário mínimo nacional, a criação da pensão social, o aumento do abono de família, entre outras. Mas, as mudanças operadas a partir de 1974 são, ao contrário das da década anterior, de carácter estrutural.

Com a Constituição da República de 1976 são reconhecidos novos direitos, como à Segurança Social e à protecção social, e é também promovido um serviço de saúde universal, livre e nacional. “A Constituição

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

reconhece ainda o direito de participação das associações sindicais e outras organizações representativas das classes trabalhadoras na implementação das medidas de Segurança Social e destaca o papel das instituições particulares de solidariedade social (IPSS), regulamentadas por lei e sujeitas à fiscalização do Estado.” (Rodrigues e outros; 1999)

Com os finais dos anos 80 e a estabilidade política o Estado racionaliza a sua estrutura (fiscal e financeira) devido ao desafio da integração na Comunidade Económica Europeia. São criados o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Segurança Social.

Em 1984 é promulgada a Lei de Bases da Segurança Social (lei n.º 28/84, 24 de Agosto). Ainda neste mesmo ano, o Bispo de Setúbal, Manuel Martins alerta a comunidade política para a existência de uma pobreza “escondida”, no entanto o alerta não é levado em linha de conta. Posteriormente, é criado um plano para combater este problema, isto porque se começa a sentir a questão do endividamento das famílias. Na actualidade o endividamento continua a ser uma tónica dominante nos discursos políticos.

Dá-se o surgimento da nova pobreza e também das Teorias do Insucesso Escolar. Ambos os factos estão interligados na medida em que as dificuldades económicas levam à má alimentação das crianças que, no seu rendimento escolar, começam a apresentar maus resultados, acabando por gerar situações de insucesso e abandono que se farão sentir mais tarde.

Em 1990 começa-se a dar importância aos problemas da pobreza por parte, tanto do Estado, como das associações privadas. Surgem nesta altura, além do sistema de acção social, medidas comunitárias que têm como objectivo a promoção e melhoramento das situações de necessidade, erradicação da pobreza e garantia de protecção aos grupos sociais mais vulneráveis. Estas medidas têm efeitos nas políticas sociais directamente relacionadas com o combate à exclusão, permitindo uma maior participação dos actores sociais na concepção, implementação e controlo das políticas sociais, uma maior descentralização das actividades e uma melhor coordenação das políticas, com o intuito de aumentar a sua eficácia.

Assim, em 1993 há uma reorganização dos Centros Regionais de Segurança Social, começando-se a privilegiar as actividades de nível regional, em detrimento das de nível distrital.

No ano de 1995 verificam-se mudanças de nível estrutural na Segurança Social, nomeadamente com a divisão dos Ministérios do Emprego e da Solidariedade e Segurança Social. E, é em 1996 que se dá a mais importante mudança da actualidade ao nível da protecção social, com a criação do Rendimento Mínimo Garantido.

Denota-se, deste modo, que as preocupações com a protecção de alguns grupos sociais de risco e com os grupos mais desfavorecidos aumentam significativamente nesta década. Tanto a instituição do Rendimento Mínimo Garantido como outras medidas reflectem agora uma preocupação de âmbito local, o que significa que se tenta dar resposta aos problemas sociais de forma específica, direccionada e localizada.

1.11 DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA, A DROGA COMO PROBLEMA SOCIAL (PERSPECTIVA HISTÓRICA)

O consumo de drogas assumiu contornos de problema social devido a diferentes factores de ordem sociopolítica: as guerras do ópio, a difusão do ópio nos meios intelectuais do séc. XIX, a Guerra da Secessão nos Estados Unidos da América, a automedicação e a administração da droga por via endovenosa.

No séc. XIX, a Real Companhia das Índias intensificou consideravelmente a produção de ópio. As remessas destinadas à Europa (Inglaterra e França, principalmente) para satisfazer o bom acolhimento que poetas e médicos lhe dispensaram eram insuficientes para esgotar os stocks. Impunha-se, por conseguinte, diversificar os mercados e eleger preferencialmente povos com especial apetência para o ópio. O povo chinês que, pelo menos desde o ano 1000, consumia ópio, tornou-se assim um alvo preferencial, tendo a Inglaterra declarada guerra à China para forçar a abertura das fronteiras e impor a comercialização do produto. A primeira guerra do ópio (1839-1842) saldou-se pela vitória dos ingleses, tendo a China suspenso as leis que proibiam a venda do ópio e previam a pena de morte, por estrangulamento, para os traficantes. A resistência dos chineses à prepotência britânica obrigou a uma segunda guerra do ópio (1865), desta vez com a ajuda dos franceses. De novo, a China sai vencida.

Também a Guerra da Secessão nos EUA (1860-1865) contribuiu para transformar o uso dos opiáceos em problema social. Valendo-se das propriedades curativas da morfina sob a forma de pó ou de pomadas, para tratar os ferimentos de guerra ou recorrendo aos opiáceos para combater os surtos epidémicos (cólera em 1832-33 e 1884-85; disenteria, entre 1847 e 1851), a farmacopeia nos EUA desenvolveu-se rapidamente, de tal modo que, até finais do séc. XIX, são comercializados mais de 5000 produtos derivados do ópio. A facilidade de acesso aos opiáceos durante a guerra civil gerou entre os veteranos de guerra um grande número de dependentes de morfina o que ficou consagrado na expressão "*Soldiers disease*"

Segundo Musto (1999) é em finais do século XIX, nem o uso nem o abuso de álcool ou de alcalóides (cocaína e ópio) eram reprovados socialmente. Mas a cruzada moral de cariz proibicionista (movimentos de temperança) que os americanos vinham intensificando desde longa data, teve os seus reflexos, por contaminação, no aparecimento, em 1909, do *Opium Smoking Exclusion Act* e em 1914 do *Harrison Act*, o que se traduziu na modificação radical do perfil do opiómano. Até aí, a habituação à morfina resultava de tratamentos prolongados, sobretudo em doentes do sexo feminino. Após a cruzada proibicionista, o consumo de opiáceos é criminalizado e o dependente considerado delinquente.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Depois dos anos 30, do século passado, o mercado negro da heroína foi rapidamente dominado pelas *máfias* do crime: A pureza da heroína de rua baixou drasticamente e os preços dispararam. Foi por essa altura que se iniciou o consumo sob forma de injeção. Este processo, que permite obter com a mesma quantidade efeitos psicoactivos mais intensos e mais rápidos do que por via do fumo (*chinesa*), constitui a opção preferencial dos consumidores mais dependentes e, como tal, quase sempre mais degradados social e fisicamente.

De facto, parece que o recurso à injeção foi a resposta coerente à transformação do estatuto legal dos narcóticos nos EUA. Para tirar partido de um produto cada vez mais caro e mais diluído, os toxicodependentes dão preferência à modalidade economicamente mais rentável, a injeção. Alguns autores estabelecem um nexo de causalidade entre a criminalização das drogas e as formas de a consumir e consideram que o método de consumo por injeção talvez não se tivesse divulgado tão rápida e intensamente se tivesse havido mais tolerância para com os consumidores de narcóticos. Na Europa, o fenómeno permanece relativamente controlado por envolver apenas grupos restritos (*médicos, colonialistas e ex-colonialistas*, meios literários e artísticos) e a sua difusão em massa só se inicia em finais dos anos 50.

1.12.O PAPEL DOS TÉCNICOS DE REINSERÇÃO

Como políticas e intervenções perfeitamente desenhadas têm de contar com “operários” da sua implantação, iremos apresentar o capítulo que clarifica quem são, na esmagadora maioria, esse grupo de técnicos diferenciados em função da intervenção social que realizam

Em coerência com a situação descrita anteriormente, as políticas de luta contra as drogas elaboradas tanto pelas instituições comunitárias, como pelos Estados-membros da União Europeia, concedem um importante protagonismo aos sistemas de serviços sociais. A localização dos Técnicos de reinserção social nas Redes sociais e nas Redes Especializadas de Atenção às Toxicodependências e em diferentes organizações sociais, torna estes profissionais um grupo de grande interesse estratégico no desenvolvimento de programas de intervenção como os que são apresentados neste trabalho.

De facto, o âmbito legal e institucional que regula nos países da União Europeia os objectivos e funções dos serviços sociais e dos profissionais encarregados da sua planificação e gestão, coincide em atribuir-lhes uma série de incumbências genéricas em perfeita sintonia com as políticas que se estão a promover em matéria de toxicodependências. O conhecimento amplo do meio social envolvente dos seus problemas e das suas potencialidades e recursos, de que dispõem os profissionais da intervenção social (técnicos de serviço social, educadores sociais e familiares, animadores socioculturais, etc.) converte-os em elementos fundamentais para o impulso e desenvolvimento de programas e actividades dirigidas à redução da procura de drogas. Para além disso a sua participação nos serviços especializados destinados a fazer frente às procura e a problemas específicos que formulam os diferentes grupos, entre os que se inclui a população toxicodependente.

1.13 PRESSUPOSTOS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE REINERÇÃO

Como enquadramento de base procurou obedecer-se aos pressupostos dos modelos de intervenção integrada, colocando no centro das decisões o interesse dos utentes.

O IDT, I.P. preconiza que a articulação entre as diferentes áreas de missão implicadas nos processo de reabilitação dos utentes se afigura como um factor inalienável nas intervenções integradas, só assim se conseguindo satisfazer as necessidades de desenvolvimento do individuo, potenciando os recursos disponíveis e adequando-os às intervenções definidas como necessárias.

Deste modo, a esse instituto interessou adequar as estratégias de intervenção a cada situação individual, tendo em conta o grau de exclusão e a severidade da dependência em que o seu utente se encontra, a natureza da substância psicoactiva que consome bem como o meio em que se encontra inserido.

Assim e para a persecução dos objectivos de reinserção (razão de ser desta intervenção interinstitucional) considerou-se que uma metodologia comum de planeamento, diagnóstico intervenção, acompanhamento e avaliação utilizada por todos os profissionais e disponibilizada de igual forma a todos os utentes, contribuirá para uma maior eficácia e eficiência da intervenção, nos resultados alcançados com os utentes e no aproveitamento dos recursos humanos e financeiros disponíveis.

Neste trabalho de projecto pretende-se avaliar se, no planeamento e implementação, existiu um processo que garantisse a qualidade técnica da intervenção.

Se entendermos a qualidade técnica da intervenção como o conjunto de estratégias adoptadas para o alcance e concretização de bons resultados nos percursos de inserção, que respondam às reais expectativas e necessidades dos utentes, então a reflexão e definição das dimensões e princípios orientadores subjacentes à intervenção, que se tenham revelado uma mais-valia noutros contextos devem ser adoptados localmente, procedendo-se, evidentemente aos necessários ajustamentos.

Por outro lado, só conseguimos aferir a qualidade técnica da intervenção, em sentido amplo, se dispusermos de parâmetros de referência, de requisitos e características de base, exigíveis para o sucesso das intervenções bem como para a sua avaliação.

A intervenção em reinserção baseia-se um conjunto de pressupostos teóricos enquadramentos de práticas profissionais e éticas dos técnicos de reinserção. Como é sabido, não existe um modelo de intervenção único, aplicável a todas as situações de consumidores de substâncias psicoactivas em processo de reinserção.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

A qualidade da intervenção e a adequação às necessidades estão associadas a um diagnóstico social do utente, encarando-o como um todo com necessidades diversas, que carecem de uma resposta multidimensional e de uma abordagem integrada.

Estes pressupostos devem ser analisados no conjunto do sistema em que o utente se situa, colocando neste o enfoque da intervenção, mas também articular, mediar e negociar com todas as estruturas envolventes ao utente, no sentido de lhe dar enquadramento e enfoque comunitário de suporte ao processo de reinserção.

Colocar o utente no centro da acção e como actor na intervenção não é mais do que basear toda a abordagem social nas necessidades específicas que este apresenta. Necessidades estas que são multidimensionais e contextualizadas num continuum, no grau de exclusão nos níveis de severidade face ao consumo/dependência de substâncias psicoactivas e nos recursos pessoais que possui.

A elaboração do diagnóstico social e a inventariação das necessidades multidimensionais específicas, explícitas e implícitas, e as diferentes implicações no percurso, estão na base do desenho de percursos individuais de inserção, integrados e consistentes. Este diagnóstico só está completo se igualmente se conhecerem os recursos e potencialidades pessoais do utente, assim como os recursos familiares e sociais de que dispõe. Também o estabelecimento de uma relação próxima e significativa construída com o utente, numa base de confiança mútua, permitirá o exercício pleno dos direitos e deveres de cidadão e a defesa dos interesses do utente em todas as situações.

O desenvolvimento de uma intervenção em rede, de modo integrado, traduz-se na identificação e estreita colaboração com os parceiros com responsabilidades nesta e outras áreas, apostando, no trabalho em parceria e na flexibilidade de respostas, tendo sempre os utentes como centro da actuação dos serviços. Consegue-se deste modo rentabilizar os recursos e respostas disponíveis, servindo o utente de forma eficiente, rentabilizando recursos e prevenindo a duplicação de respostas.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

No domínio da Reinserção de consumidores de drogas, podemos constatar que a qualidade da relação estabelecida entre os intervenientes e os indivíduos que procuram ajuda é tão ou mais importante que os métodos específicos utilizados. As pesquisas mais recentes realçam o papel cada vez mais importante da motivação no processo de mudança (IDT, 2009) O objectivo é fazer corresponder, do modo mais individual possível, soluções que respondam às necessidades do indivíduo.

Mais do que oferecer as mesmas respostas a todos, importa procurar a forma de intervenção mais adaptada a cada pessoa, tomando em consideração a sua situação presente e as suas necessidades particulares. Uma das premissas de uma intervenção que se quer eficaz é trabalhar em equipa e em articulação interinstitucional e intersectorial, de modo coordenado e coerente, incluindo a envolvente do consumidor de drogas.

A aplicação de uma abordagem em rede traduz-se numa procura de colaboração entre todos os recursos implicados e uma acção que se dirige ao meio, assim como ao indivíduo.

A efectivação do trabalho em rede passa por ligar os recursos e respostas, formais e informais da comunidade, sendo que, no caso deste Trabalho de Projecto as redes formais são o objecto de análise, designadamente os serviços de respostas sociais providenciadas por duas organizações públicas que dão resposta a públicos comuns.

Esta articulação interinstitucional merece uma análise mais cuidada sobre o prisma da “avaliação de projectos de desenvolvimento local”. Embora possamos ter alguma reserva ou cuidado visto que estamos a utilizar um modelo de avaliação num contexto de interacção organizacional, o resultado positivo, esperado da acção é a melhoria das respostas a populações excluídas e em risco de exclusão.

Segundo Silva, Carlos (2004) a avaliação dos projectos de desenvolvimento local tem-se dividido em dois prismas de observação, resultantes da temporalidade e dos contextos em que são implementados. Num dos casos utilizam-se grelhas de análise qualitativa e quantitativa, sendo no entanto neste caso a avaliação realizada apenas em dois momentos, o momento prévio (ex ante) onde potencialmente se diagnostica e se antevê os resultados, e o momento da execução da intervenção

Noutro dos casos referenciados, e com base em metodologias mais recentes a avaliação está presente em todo o processo desde a concepção, planeamento e gestão até ao depois de finalizar a acção se analisar os impactos nos destinatários (sejam eles pessoas, organizações ou colectivos sociais).

Neste caso pressupõe-se o conceito integrado de avaliação onde dois momentos são fundamentais a avaliação ex-ante e a avaliação on-going, sendo aplicadas em diferentes dimensões do real que sofreu a

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

intervenção. Assim os momentos de avaliação de projecto devem ser sequenciais mas ao mesmo tempo devem estar interligados, visto que os momentos ou nascem dos anteriores ou são estruturantes para os seguintes.

No caso da articulação interinstitucional que se pretende analisar, os momentos analisaram-se da seguinte forma:

Avaliação ex-ante: Quando foi concebido o desenho do projecto-piloto, foi feito o diagnóstico inicial e foi pré-testado com instrumentos de monitorização.

Avaliação on-going: Ao longo do processo de acompanhamento, são registadas as alterações à situação inicial através de instrumentos próprios.

Se considerarmos a análise de processo enquanto análise da concretização da execução do programa, do grau de desenvolvimento do programa, a mesma ajudará à identificação de aspectos negativos e positivos da sua implementação..

Cada objecto de estudo pressupõe um método adequado e, dentro dele, um código de técnicas que respondem, num maior ou menor grau, às necessidades de investigação definidas. A escolha de base que deve ser ditada pelo objecto de estudo encontra-se entre os métodos qualitativos e/ou quantitativos.

Apesar das questões relacionadas com a toxicodependência serem objecto frequente de investigação científica em Portugal, existem poucos estudos, comparativamente a outras áreas do conhecimento que estudam esta problemática social.

Poderá ser importante o presente esforço teórico e científico, justificado igualmente pelo facto de na última década ter havido um enorme investimento em projectos e estruturas de tratamento e reinserção social de toxicodependentes, tanto públicas como privadas, indo de encontro a algumas linhas de acção propostas pela antiga Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, que apontavam precisamente para lacunas nesta área.

2.1 AS TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

Numa primeira aproximação aos objectivos cada método baseia-se em pressupostos teóricos e tem capacidade para produzir uma série de respostas.

O objectivo deste trabalho de projecto é o conhecimento de todos estes aspectos e a tentativa de perceber a sua interrelação e consequentemente permitir desenvolver “linhas de trabalho” para a melhoria deste processo intra e interinstitucional.

Os métodos quantitativos têm sentido quando procuramos factos sociais externos, isto é, factos que estão na esfera do que pode ser descrito em termos objectivos e que têm a possibilidade de ser quantificados (número de utentes, numero de fichas de ligação, numero de horas de formação...).

A metodologia qualitativa adoptada visa proporcionar a oportunidade para se atingir os resultados mais amplos e profundos, penetrando da forma mais eficaz na problemática tão complexa e abrangente que constitui a reinserção em todos os seus ângulos e a avaliação do processo em estudo.

O trabalho utiliza um contínuo de metodologia através de recolha e consultas bibliográficas nas áreas da Exclusão, Reinserção, Toxicodependência, Planeamento e Avaliação de Projectos de Desenvolvimento social. Para além dessas fontes foram consultadas fontes documentais e fontes de dados estatísticos referentes á implementação do projecto., Concomitantemente realizaram-se entrevistas a actores privilegiados do processo de planeamento e implementação de forma a levantar *dados provocados* para uma mais sólida análise e avaliação.

A pesquisa bibliográfica realizada no âmbito deste trabalho resultou recolha de enquadramentos teórico-conceptuais em publicações como acima se apresenta no capítulo 1.

A pesquisa bibliográfica levada a cabo através da recolha de dados das fichas de monitorização a nível nacional, tendo estas sido recolhidas durante 3 anos pelos técnicos das 3 entidades, que corresponde a um conjunto de indicadores quantitativos mostram uma distribuição das vulnerabilidades do processo e uma interpretação objectiva dos técnicos sobre as respostas “conseguidas” durante esse tempo do projecto.

A Entrevista, técnica qualitativa por excelência, pode ter o poder de que a pergunta determina o real e essa pergunta é resultado do prisma do investigador. No presente trabalho assumiu particular relevância., da mesma forma a escolha dos entrevistados em numero reduzido resultou de uma opção metodológica baseada na convicção de que aqueles entrevistados pelo seu conhecimento profundo deste projecto eram os mais indicados pois dispunham de informação especializada e profundidade.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

A entrevista permite que as pessoas falem por si, construindo o seu próprio contexto dando-lhes deste modo o direito à palavra. A realização de entrevistas a profissionais de organizações que estiveram e estão a trabalhar nesta intervenção interinstitucional tem como objectivo “alimentar” a investigação que se pretende construir. Considera-se uma opção metodológica mais adequada de forma a conhecer a visão dos profissionais implicados sobre as dificuldades do trabalho desenvolvido e do conjunto de significados e percepções que têm sobre o mesmo.

Quando o que procuramos são discursos, linhas de enunciação simbólica a partir de uma posição social/técnica determinada (no nosso caso a posição de técnicos de intervenção social), significações e atribuições de sentido, o mais adequado, considera-se que sejam os métodos qualitativos porque interessa não só “o dado” (quantos, onde) mas também o “como”.

Sobre esta opção de levar a cabo a realização das entrevistas importa referir que o conhecimento do investigador sobre o projecto (planeamento e implantação) constituiu um aspecto fundamental para a escolha dos actores chave a entrevistar.

O tipo de entrevista semi-directiva seleccionado poderá ser o mais adequado para a recolha do tipo de dados e informação pretendidos para o projecto, visto tornar explícitos os contextos e realidades das pessoas participantes no projecto de formas a permitir um aprofundamento, uma reflexão, e foi uma forma de levantar *dados provocados* a fim de se conseguir um nível mais profundo de análise e avaliação da intervenção.

Segundo Quivy (1998:156) “A entrevista semi-directiva, ou semi-dirigida, não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente, o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado”. As matrizes de recolhas de dados ou registos de monitorização eram preenchidas mensalmente pelos técnicos do atendimento que enviavam os dados para as suas estruturas distritais ou regionais, eram compiladas e depois enviadas para os serviços centrais para serem coligidas.

Desses dados nacionais recolheram-se os que se consideraram os mais relevantes, visto que eram os indicadores das acções que resultam da aplicação da metodologia comum, entre eles o número de utentes atendidos em conjunto, os acordos de inserção resultantes deste acompanhamento interinstitucional e o número de fichas enviadas pelas entidades.

Para além dos indicadores quantitativos, nas matrizes de levantamento de dados nacionais encontravam-se espaços para comentários completos, descritivos das vantagens e dificuldades da implementação e sugestões de melhoria da metodologia. Essas sugestões, foram dados preciosos para a adaptação de algumas práticas locais assim como serão vertidos na conclusão deste trabalho de projecto como orientações para uma melhoria do processo interinstitucional

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

O Guião da Entrevista foi dividido em 6 alíneas (Problemáticas e Dimensões), indo de encontro à necessidade de encontrar respostas o mais pertinente e relevantes para o cumprimento dos objectivos, bem como de forma a proporcionar a análise dos conteúdos (análise categorial) dos discursos sobre o projecto a analisar.

Para o efeito referido, organizou-se o instrumento “modelo analítico” que permitiu a recolher os dados considerados como os mais pertinentes para a investigação. De seguida, apresenta-se o esquema da grelha utilizado:

ILUSTRAÇÃO 1 MODELO ANALÍTICO PARA AS ENTREVISTAS

Grelha analítica	
Problemáticas	Dimensões
Reinserção de Toxicodependentes	Factores que contribuem para a melhor/pior satisfação das necessidades dos utentes em reinserção
Respostas institucionais	Apreciação sobre as respostas sociais existentes na sua instituição
Respostas interinstitucionais	Apreciação sobre as respostas dadas em articulação
Planeamento da articulação interinstitucional	Avaliação sobre o planeamento desta intervenção
Implementação da articulação interinstitucional	Avaliação sobre a implementação desta intervenção
Avaliação da articulação interinstitucional	Apreciação sobre as vantagens/desvantagens desta articulação Propostas de melhoria/adaptação desta articulação

Na análise de conteúdo as problemáticas, dimensões e categorias referidas assentaram numa lógica teórica estruturada com base na pesquisa bibliográfica, documental e experiência do investigador.

Uma das técnicas de análise documental utilizada foi a análise de conteúdo, tida, conceptualmente, como um instrumento operativo que, segundo os autores, permite o estudo do discurso e das condições de produção desse mesmo discurso, seja um discurso produzido em situação de entrevista/inquérito por questionário, seja um discurso contido em fontes documentais.

Num artigo de Jorge Vala, "A análise de conteúdo", reunido na obra organizada por Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (1987) *Metodologia das Ciências Sociais* as categorias são o elemento chave do código do analista e visam simplificar para potenciar a apreensão e possível explicação do fenómeno estudado

As entrevistas foram analisadas á luz da análise categorial (com base na ilustração nº 1 apresentada acima). A análise categorial, segundo Guerra (2006) resulta na identificação das variáveis a investigar, potencialmente explicativas do fenómeno que pretendemos conhecer. Com o objectivo de efectuar entrevistas semi-directiva para o projecto em curso, foi elaborado uma grelha de análise que se apresenta mais à frente em anexo. Pretendeu-se assim, que o entrevistador tivesse o fio condutor da

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

entrevista, possibilitando a delimitação do seu conteúdo, de forma a conduzir o raciocínio numa lógica que fosse de encontro aos objectivos deste projecto.

Os dados recolhidos neste trabalho foram de dois tipos diferentes como foi referido a pesquisa bibliográfica e a entrevista, como referido no capítulo 2.3, mas para além dessas pesquisas utilizou-se também o método da observação directa

Para Quivy (1998:157) “os métodos de observação directa constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem e em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho.” No caso dos outros métodos já referenciados as situações são reconstituídos a partir das declarações dos actores (entrevista) ou dos vestígios deixados por aqueles que os testemunharam directa ou indirectamente (análise de documentos). Durante a construção deste trabalho de projecto o investigador esteve atento (até pelas funções que desempenha profissionalmente) “ao aparecimento ou à transformação dos comportamentos, aos efeitos que eles produzem e aos contextos em que são observados” Quivy. (1998:158). Sobre a questão do investigador e o seu papel de “observador” e de “observado” se desenvolverá o capítulo 2.3.

2.2 PARTICIPANTES

Participaram neste projecto indirectamente cerca de 128 técnicos de reinserção do IDT, (estimam-se mais cerca de 1200 técnicos do ISS.IP e da SCML) enquanto actores desta articulação e simultaneamente redactores das fichas de monitorização local e regional.

Para além desta participação indirecta foram durante o mês de Setembro de 2010 realizadas 3 entrevistas com 3 actores privilegiados desta articulação interinstitucional. Os três entrevistados estiveram presentes na fase do planeamento do projecto acompanharam a sua implementação e ainda hoje estão ligados ao desenvolvimento da mesma.

As 3 pessoas seleccionadas para serem entrevistadas puderam falar tanto do planeamento deste projecto como do seu desenvolvimento visto serem actores privilegiados e ao mesmo tempo técnicos/dirigentes das entidades com intervenção activa no seu desenvolvimento.

As 3 entrevistas foram realizadas no gabinete dos próprios entrevistados, sempre em ambientes adequados e com a exigida privacidade. As mesmas foram gravadas e transcritas para o preenchimento da grelha analítica em anexo (1 a 3). Quanto à sua duração todas tiveram a duração cerca de 30 minutos.

2.3 O INVESTIGADOR-ACTOR

A utilização de técnicas de investigação no processo de recolha de dados, parte delas assente nos *testemunhos discursivos* dos agentes sociais ou actores organizacionais, e as questões epistemológicas levantadas pela relação estabelecida entre observador/observado, exigem, da parte do investigador, um esforço contínuo de afastamento face ao objecto estudado. Deste modo o observador poderia controlar criticamente os obstáculos relacionados com a sua subjectividade ou imparcialidade.

Bourdieu (1999) refere que o imperativo da neutralidade ética weberiana (de total ruptura epistemológica) enquanto intervenções epistemologicamente neutras são uma ilusão, o investigador ficaria reduzido na sua análise se não transportar para a sua prática os seus valores ou pressupostos éticos, ou no caso deste trabalho de projecto o seu conhecimento privilegiado do mesmo.

Como tal assume-se neste trabalho de projecto que o investigador tem o papel de *observador* distanciado e teoricamente fundamentado, mas simultaneamente é um dos *observados* enquanto elemento integrante do grupo de trabalho que planeou e implementou esta metodologia de articulação interinstitucional.

Como afirma Vilassante cit. em Delgado (1994) em "*Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*", é falível a investigação social quando se aplicam instrumentos imprecisos sobre realidades em contínuo movimento, pelo que o investigador-actor poderá ser uma mais-valia para este trabalho visto que poderá perspectivar algumas realidades organizacionais com uma profundidade de conhecimento, em relação a um eventual investigador externo.

3 MEMÓRIA DESCRITIVA DO PROJECTO

3.1 PLANEAMENTO

Segundo W. K. Kellogg Foundation(2001) o tempo, dinheiro e esforço investidos na avaliação fazem a diferença no sucesso de um programa de desenvolvimento social. A avaliação não é um fim em si mesmo. Os projectos de desenvolvimento social têm como objectivo melhorar condições económicas e sociais dos indivíduos ou dos seus territórios, no entanto cada intervenção tem a sua própria razão de ser mais específica.

A contribuição da avaliação de projectos é potencialmente maior nas áreas inovadoras onde atingir o sucesso não pode ser tomado como algo garantido e em que a aplicação nem sempre é fácil. A avaliação quando aplicada correctamente, pode ajudar a tornar “gerível” algumas das incertezas inevitáveis de situações complexas de desenvolvimento socioeconómico. Em primeiro lugar, se a avaliação é para ser útil e utilizável, ela precisa ser vista como parte integrante do processo de decisão e de gestão da mesma forma deve ser escolhida de forma a adequar-se ao tipo de intervenção.

Quando se implementa um projecto a avaliação deve existir no seu desenho estratégico bem como o seu grau de profundidade e os recursos que lhe são imputados. Da mesma forma a duração do projecto está também directamente ligado à sua forma de avaliação. Muitas vezes o "ciclo político" segundo W. K. Kellogg Foundation (2001) é uma condicionante importante do planeamento e da sua implementação, e por consequência da sua avaliação.

A linguagem da avaliação também segue um “ciclo” próprio, como se referiu anteriormente, o momento ex-ante, on-going e ex-post são opções de avaliação a ter em conta consoante o objectivo do projecto a que nos propomos. Se considerarmos o exemplo de um projecto de desenvolvimento social onde se aplicam fundos supra nacionais, a avaliação ex ante está directamente relacionada com a concepção e planeamento dos programas que dão respostas a políticas sectoriais. A avaliação on going com as avaliações intercalares que ajudam na execução do programa e finalmente a ex post trabalha os 'resultados' e 'impactos' do projecto. Idealmente as avaliações ex post devem contribuir para decisões políticas, no entanto os resultados das avaliações ex-post podem vir tarde demais para nos informar sobre se o desenvolvimento dessas opções de intervenção foram, ou não, positivas. Situações existem, em que mudanças no planeamento do projecto podem ocorrer quando uma avaliação on going está já em curso. Essas alterações podem levar á adequação de recursos, estratégias, instrumentos ou metodologias de forma a melhorar o resultado ou o impacto dessa mesma intervenção.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Uma das competências centrais da avaliação consiste em recolher informações de diferentes partes interessadas ou públicos. Isto é especialmente importante na fase de concepção do programa. Assegurar a pertinência dos programas às necessidades dos utilizadores do projecto é essencial nesta fase.

Um sistema de avaliação bem concebido, nomeadamente na avaliação ex ante contribuirá também para a selecção de instrumentos específicos e intervenções no âmbito geral do projecto.

A avaliação pode ter vários objectivos e os seus instrumentos variam conforme o que se pretende reconhecer da intervenção. Pode assumir a forma de uma avaliação económica que avalia os custos e benefícios ou uma avaliação de elegibilidade que coincide com os critérios de intervenções específicas para garantir a relevância no âmbito de um programa mais vasto. Outro tipo de avaliação pode ser a de clareza e da credibilidade da intervenção proposta para avaliar a probabilidade de sucesso. A avaliação do processo totalmente integrado pode dar um contributo fundamental para a forma como são geridos os projectos de desenvolvimento social, analisando os dados de monitorização e investigação e as causas das dificuldades encontradas. A avaliação pode fornecer um feedback ao projecto possibilitando correcções enquanto este decorre. Para os responsáveis pelas intervenções em desenvolvimento social ou de projectos com impacto social como é o caso, identificar, descrever e quantificar tais resultados, resultados e impactos é um dos principais benefícios da avaliação. No entanto, para tornar este processo realmente útil é necessário garantir que os objectivos são claros e existe uma relação razoável entre as intervenções e metas do programa.

Assim uma das responsabilidades dos coordenadores/gestores de programas ou intervenções é a de assegurar que a monitorização e sistemas de indicadores são adequados e que há uma ligação clara entre os indicadores escolhidos e os objectivos subjacentes. O projecto de articulação interinstitucional aqui estudado teve o seu início em Dezembro de 2003, aquando de uma reunião preparatória com altos dirigentes de ISS.IP e do IDT.IP. Nessa ocasião reuniram-se os responsáveis da reinserção do IDT.IP. e os mais altos responsáveis pelo Projecto “Problemáticas Emergentes”, que envolve as seguintes áreas: Toxicoddependência, Sida, Sem Abrigo e Imigração. Pertence ao Núcleo de Solidariedade, Inserção e Emergência Social do ISS.IP, tendo ficado definido nesse momento a necessidade de um trabalho conjunto para a criação de documentos orientadores de procedimentos quando os utentes são simultaneamente beneficiários do ISS e do IDT, de forma a otimizar recursos financeiros e humanos e aumentar a eficácia e eficiência dos atendimentos de ambas as entidades.

Tendo em conta que antes desta articulação existia de uma forma dispersa e informal *“Antes de surgir a proposta de protocolo entre o ISS e o IDT os técnicos tiveram de resolver algumas dificuldades detectadas em consulta dos utentes em reinserção. As primeiras necessidades detectadas foram ao nível da dimensão da protecção social. (Os nossos doentes) eram doentes muito carenciados a nível social, muitos em situação de sem abrigo com percurso de exclusão e era necessário trabalhar essa dimensão.*

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Foram-se estabelecendo articulações muitas vezes informais no sentido de satisfazer as necessidades básicas destes utentes, (como) por exemplo apoios para medicação e também programas de antagonistas (opiáceos).” (Entrevista nº 3,10/09/2010).

Na sequência desses encontros de trabalho foram definidas as áreas de trabalho sectorial para os objectivos e metas a cumprir pelos intervenientes das instituições. Ainda na fase do planeamento as duas entidades comprometeram-se a fazer o levantamento de dificuldades de articulação interinstitucional a nível nacional e através desse levantamento iniciar o desenho da intervenção.

Após o trabalho de elencar aqueles problemas, cuja perspectiva macro antecipava, foi construída uma grelha diagnóstica de levantamento de dificuldades na relação entre as entidades a nível local. Essa grelha foi distribuída aos técnicos de reinserção do IDT e aos técnicos dos serviços de atendimento local da Segurança Social. O resultado desse levantamento expressou-se nas seguintes afirmações:

A articulação permite uma maior complementaridade nas respostas face às problemáticas sociais específicas de cada Serviço.

A nova metodologia contribui para sensibilizar os Técnicos da Segurança Social para a problemática da toxicodependência, elucidando-os sobre a melhor abordagem. Do mesmo modo os técnicos do IDT ficam com uma melhor percepção de toda a abrangência da Segurança Social.

Permite e favorece a elaboração do Plano de Inserção. É dada especial atenção ao estado em que se encontra o indivíduo no momento da avaliação e permite a adopção de melhores medidas tendentes à reinserção social, baseadas nas suas reais capacidades tornando o Plano de Inserção realista e exequível.

Co-responsabiliza os Técnicos dos dois Serviços no projecto terapêutico constante no Plano de Inserção
Evita intervenções espartilhadas, sobrepostas e repetidas.

Maior transparência nas intervenções de cada Serviço

Articulação mais organizada de cada caso.

Necessidade de abordagem da toxicodependência nos seus conteúdos teóricos para melhor compreensão da problemática

Fazer a monitorização em comum numa reunião mensal

Ainda sobre o diagnóstico “Foi feito um diagnóstico conjunto, foi estabelecido um plano para aquele utente específico, pelos técnicos envolvidos com a participação activa do utente. Esse plano tem que ter todas as condições que permitam chegar à situação de reinserção. O factor determinante é o plano de acção de conjunto. Os técnicos deixaram de fazer um plano, sozinhos para aquele utente que era um plano não articulado com ritmos e respostas diferentes podendo não respeitar as capacidades de desenvolvimento do utente mas se o plano for feito em conjunto á uma potenciação dos resultados.” (Entrevista nº 1 30/07/2010)

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Nessa fase de planeamento foi iniciada a arquitectura de uma grelha para as caracterizações dos atendimentos feitos pelos técnicos da Segurança Social e de Reinserção do IDT na área da toxicodependência.

Sendo uma nova estratégia de intervenção para os três organismos este planeamento e o seu desenho foi-se alongando entre as reuniões iniciais, *“O planeamento apesar de moroso e implicar a conjugação de respostas do IDT/ISS/SCML e os técnicos, decorreu eficaz e normalmente. Havia uma co-responsabilidade e interesse na sua implementação e disseminação”* (Entrevista nº2 4/08/2010)

Iniciou-se a construção de um documento que será a base para um manual de procedimentos da comunidade, onde esteja referenciado claramente os circuitos de procedimentos entre os serviços de acção social e as equipas de reinserção do IDT. Ainda na fase de planeamento do projecto conjun- to delineou-se a criação de um protocolo formal a ser assinado pelos presidentes do IDT e do ISS de forma a ficarem ambos os serviços vinculados a estes procedimentos. Foi ainda feito o planeamento e o desenvolvimento de formações para técnicos de ambas as entidades a nível nacional.

A formação ocorreu em três fases, em forma de cascata, fazendo esta parte integrante do processo de implementação das orientações conjuntas incluídas no Manual de Procedimentos conjunto.

A 1.ª fase decorreu nos serviços Centrais do IDT envolvendo os Interlocutores Distritais do ISS.IP, os Interlocutores Regionais da Reinserção do IDT e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

A 2.ª fase envolveu os Interlocutores Distritais do ISS.IP, os Interlocutores Regionais da Reinserção do IDT e o Interlocutor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que organizaram e promoveram a formação em cada uma das suas Regiões. A mesma foi dirigida aos Técnicos dos Centros Distritais de Segurança Social, da SCML e aos Técnicos do IDT. Na 3.ª fase desenvolveu-se a disseminação da formação, por todos os técnicos dos Serviços de Acção Social Locais dos Centros Distritais da Segurança Social (CDSS), da SCML e da Reinserção IDT.

Em todos os processos de implementação de novas metodologias é inquestionável a necessidade de avaliar os seus efeitos. Desta forma, foi criada uma Ficha de Monitorização que permitiu avaliar quadrimestralmente o processo de implementação desta metodologia de articulação interinstitucional. Estes instrumentos foram sendo ao longo do tempo melhorados, porque nem sempre eram considerados os mais adequados *“Os instrumentos tinham que ser mais simples e mais adequados porque no segundo ano de implementação já não se justificavam aqueles instrumentos todos, como tal deviam ser simplificados porque algumas coisas não valia a pena estarem a ser monitorizadas. A utilização dos papéis (monitorização) levava a algum distanciamento dai se ter verificado um melhor preenchimento da parte qualitativa do que da quantitativa. Isto a nível do país e não tanto com a especificidade da intervenção em Lisboa”* (Entrevista nº 1 30/07/2010)

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Com a ficha de monitorização pretendeu-se recolher informação que permitisse avaliar o processo de implementação das orientações que suportam esta metodologia de articulação, que se encontrava definida no Manual de Procedimentos conjunto. Essa ficha recolheu informação relativamente ao *grau de adesão à metodologia, organização do trabalho conjunto, acordos de inserção, encontros de trabalho e grau de aplicação da metodologia*.

O circuito efectuado para o preenchimento desta ficha que monitorizava o processo foi o seguinte:

No decorrer de cada mês cada técnico, quer dos Serviços de Acção Social, quer da reinserção do IDT, preenche o Registo do Acompanhamento com os dados das fichas de ligação que enviam para cada um dos serviços; Mensalmente, em cada um das Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas do IDT e SAS, existiu um técnico designado para efectuar a compilação dos dados enviados pelos técnicos de acompanhamento dos SAS e de reinserção da ET, preenchendo a ficha de monitorização desse esse mês.

No início do mês subsequente ao mês a que dizem respeito os dados, cada um dos técnicos designados em cada entidade enviava a ficha de monitorização com os dados recolhidos para o Interlocutor Distrital, no caso da Segurança Social e no caso da SCML para a Direcção de Acção Social Local e para o Delegado Regional do IDT no caso das ET do IDT.

A nível Distrital (Segurança Social), a nível da cidade de Lisboa (Direcções de Acção Social Local), a nível Regional (IDT) cada um dos interlocutores compilava mensalmente os dados enviados, enviando-os trimestralmente para os Serviços Centrais, respectivamente, ISS IP, SCML e IDT.

Em 2006 e a fim de se poder avaliar a efectiva adequação da metodologia proposta, foi estabelecido um processo de monitorização destas orientações conjuntas a nível experimental, na grande maioria dos 18 distritos “... *este protocolo só veio formalizar essa articulação. Veio permitir perceber quais eram efectivamente as necessidades, veio permitir a monitorização desse trabalho, coisa que até aí não era feita e nós não sabíamos quantos doentes atendíamos em conjunto e veio sobretudo otimizar recursos.*” (Entrevista nº 3,10/09/2010)

Atendendo a que no concelho de Lisboa é a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a instituição que desenvolve o trabalho de Acção Social, nomeadamente o Atendimento/Acompanhamento da população residente, considerou-se de toda a pertinência convidar esta entidade a aderir a esta metodologia de trabalho conjunto, o que ocorreu em Janeiro de 2006. Essa articulação mantém-se activa actualmente.

3.2 IMPLEMENTAÇÃO

A implementação das orientações conjuntas subjacentes ao Manual de Procedimentos IDT/ISS foi precedida de uma formação sobre o mesmo, a qual se iniciou em 2005, esta formação foi comumente reconhecida como uma das grandes mais-valias do início deste processo " *O que eu considero que foi mais importante foi sem dúvida a formação (dada aos técnicos) porque os nossos técnicos que se debatem com esta realidade não têm formação suficiente para lidar com as questões da toxicodependência. A formação ajudou a que estes técnicos pudessem trabalhar "mais à vontade" com estes indivíduos no sentido de perceber o seu quadro clínico, porque esta área exigia um conhecimento mais específico*" (Entrevista nº 1 30/07/2010).

A formação ocorreu em três fases, em forma de cascata, sendo estas as seguintes:

A 1.ª fase decorreu nos serviços Centrais do IDT envolvendo os Interlocutores Distritais do ISS, I.P e os Interlocutores Regionais da Reinserção do IDT;

Na 2.ª fase os Interlocutores Distritais do ISS, I.P e os Interlocutores Regionais da Reinserção do IDT, organizaram a formação em cada uma das suas Regiões/Distritos tendo esta sido dirigida aos Técnicos dos Centros Distritais de Segurança Social e aos Técnicos dos CRI;

Na 3.ª fase procedeu-se à disseminação da formação através dos técnicos presentes na 2.ª fase, por todos os técnicos dos Serviços de Acção Social Locais dos CDSS e dos CAT.

Verificou-se a existência de diferentes etapas ao nível da implementação das orientações nos distritos, as quais decorreram, entre outros factores, do facto da formação ter sido ministrada em tempos diferentes por cada um dos Distritos.

3.3 AVALIAÇÃO

No final de 2006 procurou-se avaliar de uma forma longitudinal o trabalho desenvolvido nesse ano que será apresentado nos parágrafos seguintes.

A avaliação é um processo através do qual se verifica em que medida os objectivos iniciais foram e/ou estão a ser atingidos, em termos de eficiência, eficácia e equidade. Deve ser transversal a qualquer processo de intervenção, devendo conter indicadores adequados, quer qualitativos quer quantitativos, que permitam aferir se a metodologia utilizada produziu mudança e, em caso afirmativo, se esta foi inicialmente planeada.

A avaliação deve ser encarada como um momento de reflexão útil sobre a intervenção realizada e como um instrumento imprescindível para o planeamento das intervenções subsequentes, indicando pontos de reorientação ou reforço das acções.

Assim, foi criada uma ficha de monitorização que fez parte integrante do Manual de Procedimentos, com a qual se pretendeu avaliar o processo de implementação desta metodologia de articulação interinstitucional.

A mencionada ficha de monitorização procurou recolher informação relativamente a:

Grau de adesão à metodologia;

Organização do trabalho conjunto;

Acordos de inserção;

Encontros de trabalho;

Aplicação da metodologia.

Neste ponto procura-se apurar como decorreu a implementação das orientações em cada um dos distritos em 2006. É importante referir que a orientação concedida quando às situações de toxicodependentes a abranger para acompanhar conjuntamente, foi para que somente se preenchesse a ficha de ligação nos casos novos. Ainda sobre o acompanhamento conjunto *“Foi feito um diagnóstico conjunto, foi estabelecido um plano para aquele utente específico, pelos técnicos envolvidos com a participação activa do utente. Esse plano tem que ter todas as condições que permitam chegar à situação de reinserção. O factor determinante é o plano de acção de conjunto. Os técnicos deixaram de fazer um plano, sozinhos para aquele utente que era um plano não articulado com ritmos e respostas diferentes podendo não respeitar as capacidades de desenvolvimento do utente mas se o plano for feito em conjunto á uma potenciação dos resultados.”* (Entrevista nº 1 30/07/2010)

Assim, os dados apresentados pelos vários distritos não representam o universo de toxicodependentes que cada CDSS acompanha, mas sim as situações novas surgidas durante o ano de 2006.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

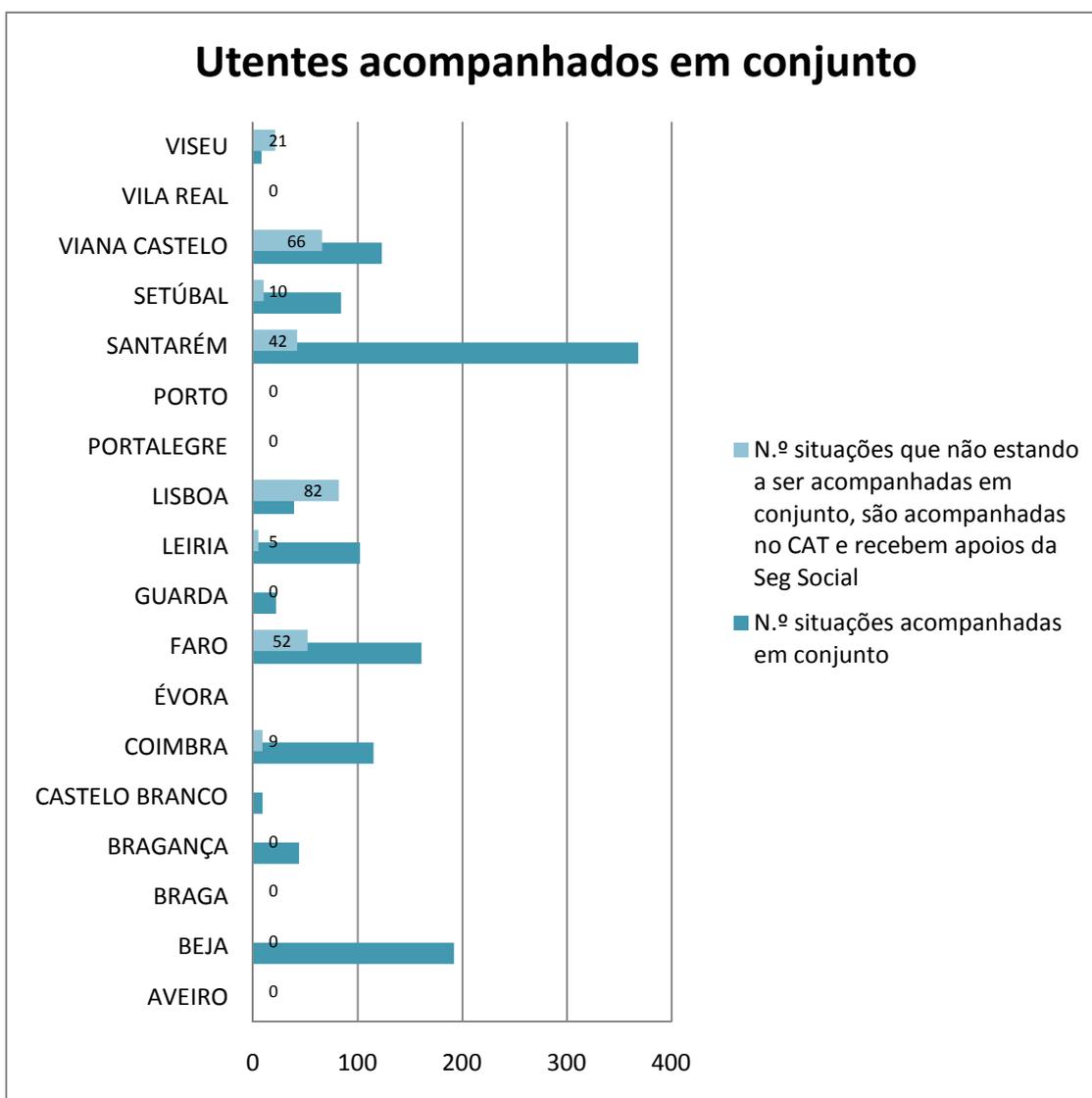
Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Na análise do gráfico verifica-se que, na maioria dos distritos, as situações são acompanhadas conjuntamente, com excepção para Lisboa, onde é notório um maior número de situações em que o CDSS concede apoio económico e acompanha as situações sendo esta também acompanhada pelo IDT, não havendo acompanhamento conjunto.

Refira-se que os dados relativos ao concelho de Lisboa não são aqui apresentados, uma vez que a acção social nesta área geográfica é da competência do Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que em 2006 já tinha integrado esta parceria interinstitucional, mas ainda não se encontrava a aplicar a metodologia.

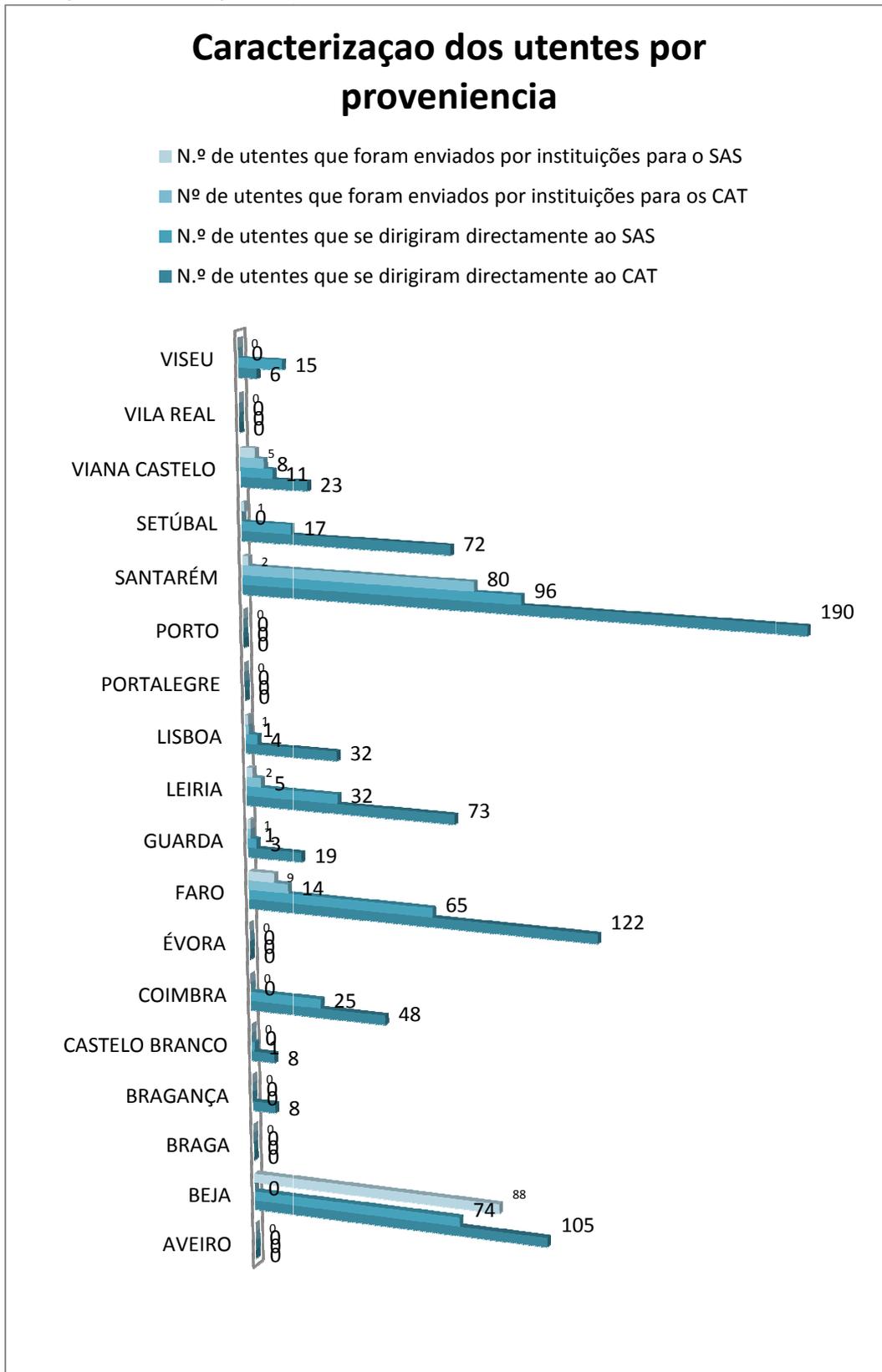
Quanto aos distritos que apresentam um maior número de situações de toxicodependentes acompanhados quer conjuntamente quer por ambos os serviços, mas sem articulação entre estes, temos Santarém com 410 situações, Faro com 213 situações e Beja com 192 situações.

ILUSTRAÇÃO 2 UTENTES ACOMPANHADOS EM CONJUNTO 2006



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

ILUSTRAÇÃO 3 CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES POR ENTIDADE DE PROVENIÊNCIA 2006



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Nos casos em que o toxicodependente é beneficiário de uma prestação de *Rendimento Social de Inserção* está inerente a negociação de um programa de inserção, que deverá ser elaborado entre o próprio e os técnicos representantes das entidades onde irão incidir as acções de inserção, ficando definidas as obrigações e os deveres de todos os intervenientes neste processo. Ainda sobre este processo de acompanhamento conjunto *“Hoje um toxicodependente não é responsabilidade única do IDT, é uma responsabilidade partilhada e em rede e de uma forma concertada. Hoje IPSS’s que trabalham connosco ao nível da reinserção fazem de uma forma mais próxima o acompanhamento das pessoas e das suas famílias (...) a reinserção neste momento não trabalha só com o doente que nos chegava às equipas de tratamento, trabalha também com a família em espaço comunitário e isto foram ganhos acrescidos.”* (Entrevista nº 3,10/09/2010)

Em 2006 foi solicitado, pela primeira vez na ficha de monitorização que os técnicos de cada CDSS e do IDT se pronunciem relativamente à aplicação desta metodologia de trabalho indicando as dificuldades que sentem, e as respectivas propostas de solução. Sugeriu-se que indicassem também que vantagens existiam na aplicação da metodologia bem como sugestões de melhoria.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

ILUSTRAÇÃO 4 CONTRIBUTOS QUALITATIVOS PARA A AVALIAÇÃO 2006

Contributos Monitorização 2006			
Principais dificuldades	Propostas de Solução	Principais vantagens da metodologia	Sugestões quanto à aplicação da metodologia
<p>Procedimentos burocráticos e sobreposição de mapas estatísticos;</p> <p>Sobrecarga de trabalho dos técnicos sendo difícil encontrar tempo para reunir;</p> <p>Distância geográfica entre SAS e o CAT;</p> <p>Atribuição gestor de caso nem sempre consensual havendo necessidade de clarificar os critérios de atribuição;</p> <p>Desajustamento temporal entre a negociação do PI e a sua assinatura;</p> <p>Dificuldade em assinar o PI com os 2 técnicos das 2 entidades;</p> <p>Verbas limitadas para internamento de toxicodependentes por períodos de 12 meses;</p> <p>Ausência de feedback do percurso dos utentes a nível psicológico;</p> <p>A não inclusão dos técnicos dos CAT em alguns Núcleos Executivos;</p> <p>Longo período de espera para as consultas e devidos encaminhamentos em alguns CAT.</p>	<p>Revisão da ficha de ligação e tentar concentrar todos os modelos utilizados num único;</p> <p>Efectuar reuniões periódicas para análise dos casos, troca de informação e negociação e assinatura de PI;</p> <p>Promover ciclos de formação contínua e acções de sensibilização sobre esta metodologia;</p> <p>Especialização dos técnicos;</p> <p>Integração de um elemento do CAT nos Núcleos Executivos;</p> <p>Maior articulação entre os serviços, definição de estratégias de intervenção conjunta;</p> <p>Diminuição do tempo de espera para marcação de consultas em alguns CAT.</p>	<p>Uniformização de procedimentos;</p> <p>Melhoria do trabalho em rede;</p> <p>Diminuição da duplicação do trabalho</p> <p>Clarificação do papel institucional que compete a cada entidade na intervenção a efectuar;</p> <p>Enriquecimento dos técnicos com a partilha, o debate e reflexão sobre esta problemática e o funcionamento institucional;</p> <p>Rentabilização dos recursos e definição de PI e projectos de vida mais coerentes e realistas;</p> <p>Maior celeridade e rigor na aplicação dos apoios económicos;</p> <p>Maior responsabilização dos toxicodependentes pelo seu percurso de inserção e diminuição da manipulação por parte dos mesmos.</p>	<p>Integração de um elemento do CAT no NLI;</p> <p>Os acordos de inserção deverão ser assinados, também, por um elemento do CAT;</p> <p>Realização de mais reuniões conjuntas para discussão de casos e atribuição de gestor de caso;</p> <p>Incluir na ficha de ligação um espaço para a caracterização sócio económica do agregado familiar;</p> <p>Avaliação da aplicação desta metodologia.</p>

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Perante os resultados anteriormente apresentados, é possível referir que, dos 18 distritos, somente 12 implementaram esta metodologia de trabalho em 2006 sendo que em alguns deles esta não estava a funcionar na totalidade dos seus concelhos.

Relativamente aos restantes 6 distritos podemos agrupá-los, uma vez que em Braga e Aveiro esta metodologia de trabalho está a decorrer mas não foram apresentadas fichas de monitorização por parte dos serviços da Segurança Social. No entanto existem situações a serem acompanhadas conjuntamente e as respostas de tratamento e reinserção do IDT.

Analisando o grau de adesão à metodologia pelos 12 distritos que a implementaram, verifica-se que em 2006 foram acompanhadas um total de 1554 situações, sendo que em 1267 existiu um acompanhamento conjunto efectuado pelos SAS e pelo IDT.

Destas situações acompanhadas conjuntamente verifica-se que o maior número se dirige, primeiramente ao IDT (706) o que é justificável atendendo a que se trata de um serviço especializado no atendimento a indivíduos com esta problemática.

Relativamente aos acordos de inserção celebrados no âmbito desta articulação e atendendo ao já mencionado no relatório no que respeita à fidedignidade dos dados enviados, nos 9 distritos que os disponibilizaram foram assinados 559 acordos de inserção.

Por fim em relação às dificuldades enunciadas pelos distritos e que constituíram um entrave a uma melhor qualidade na aplicação desta metodologia refere-se principalmente a sobrecarga e multiplicidade de funções a que os técnicos dos SAS têm de responder são referidas por vários distritos como um impedimento a uma maior qualificação da intervenção.

Outra dificuldade apontada por vários distritos é a atribuição do gestor de caso, uma vez que não era uma prática corrente da acção social, verificando-se a existência de alguma resistência quanto à sua definição, sendo necessário clarificar os critérios que devem estar subjacentes a esta decisão. O objectivo que se pretende com a implementação desta figura é a de evitar a duplicação das intervenções com a ida dos indivíduos toxicodependentes a diferentes serviços, cada um com critérios distintos de avaliação das situações, correndo-se o risco de coexistirem a atribuição de respostas para o mesmo fim.

O facto de não existir um elemento do IDT no Núcleo Executivo da Rede Social (NE) dificulta o processo de negociação e acompanhamento do programa de inserção dos beneficiários do RSI toxicodependentes. É referido que o técnico do IDT vai às reuniões e negocia e assina os acordos de inserção das situações de toxicodependência, a qualidade do acompanhamento e da inserção do beneficiário foi superior.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Em 2007 foi formalizado através de um protocolo assinado a 28 de Junho de 2007, o qual vincula o IDT.IP, o ISS.IP e a SCML, a adoptarem nos serviços locais os mecanismos e instrumentos de articulação propostos. Foi “ *importante aqui, logo desde o início, envolver os responsáveis nacionais pelos dois institutos, quer o Presidente do IDT, quer o Presidente do Instituto da Segurança Social, quer o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, foi o momento político que permitiu este passo, foi uma coisa que veio de cima para baixo. Os técnicos perceberam que também havia envolvimento político na aplicação desta medida*” (Entrevista nº 3,10/09/2010).

O IDT, a Segurança social e SCML defendem que o apoio integrado ao cidadão melhora a qualidade da resposta e potencia os resultados das diferentes abordagens. Com base no trabalho desenvolvido neste âmbito desde 2005, ainda sem a participação da SCML, entendeu-se oportuno avaliar todo este percurso para proceder a ajustamentos e adaptações. Com base nos contributos dos técnicos dos Serviços de acção social (do ISS e da SCML) e de Reinserção do IDT nos resultados do processo de monitorização de 2006 e na integração da SCML neste processo, em Janeiro de 2006 produziu-se a última versão no Manual de Procedimentos que entrou em vigor em 2007. Todo o Manual e os respectivos instrumentos foram revistos, adaptados e corrigidos, tendo sido ratificado aquando da vinculação por parte das entidades no momento da assinatura do protocolo em Junho de 2007. A implementação das orientações conjuntas inerentes ao processo de articulação interinstitucional e que constam do Manual de Procedimentos, bem como os respectivos instrumentos, foi precedida de acções de formação que se iniciaram em 2005, tendo abrangido até ao primeiro trimestre de 2006 cerca de 900 técnicos do ISS, IP e do IDT, IP.

O facto de se verificar a existência de diferentes níveis de implementação das orientações nos distritos deve-se, entre outros factores, ao facto da formação não ter sido ministrada simultaneamente em todos os Distritos (a primeira acção de formação teve lugar em Abril de 2005 e a última foi em Fevereiro de 2008). Na área do Grande Porto, até hoje não se realizou qualquer diligência no sentido de serem adoptadas as orientações a que as entidades signatárias do protocolo ficaram obrigadas, nomeadamente acções de formação dos técnicos dos serviços.

ILUSTRAÇÃO 5 DISTRIBUIÇÃO DO N.º DE ATENDIMENTOS CONJUNTOS, POR DISTRITO EM 2007



N = 1.756

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Da análise do gráfico verifica-se que, com exceção do Porto e de Vila Real, todos os distritos em 2007 incorporaram nas suas dinâmicas de apoio os princípios orientadores e os procedimentos preconizados no Manual de Procedimentos. No caso do Grande Porto a formação para os intervenientes nunca chegou a ser realizada e o CDSS do Porto do ISS, IP mostrou-se sempre indisponível para articular no âmbito deste Protocolo. No entanto na área do concelho de Matosinhos estava e está em vigor um modelo piloto de nome *Acompanhamento integrado ao utente*. Este acompanhamento no âmbito do *Plano Integrado de Matosinhos* preconiza uma metodologia de atendimento integrado, na sequência da

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

implementação de um Projecto EQUAL – denominado IRVA (Inserção Real na Vida Activa), verificando-se a implementação/execução de práticas de acompanhamento conjunto das situações de toxicodependência já incorporadas pelos serviços locais, prévias à assinatura do protocolo e ao Manual de Procedimentos.

Podemos observar que é na região de Lisboa e Vale do Tejo que se encontra o maior número de novos acompanhamentos conjuntos, sendo 288 em Lisboa, 336 em Setúbal e 235 em Santarém. Importa contudo referir que em Cascais a articulação interinstitucional, está a funcionar, não utilizando ainda os instrumentos preconizados. Da mesma forma a articulação com uma equipa de tratamento na região do litoral alentejano não foi possível durante o ano de 2007, mas já se encontra agendada formação para colmatar essa situação.

Neste quadro ainda não se encontram presentes os dados da articulação que inclui os serviços da SCML, que dão cobertura às necessidades da população do concelho de Lisboa, uma vez que a monitorização desses casos não estava prevista para 2007.

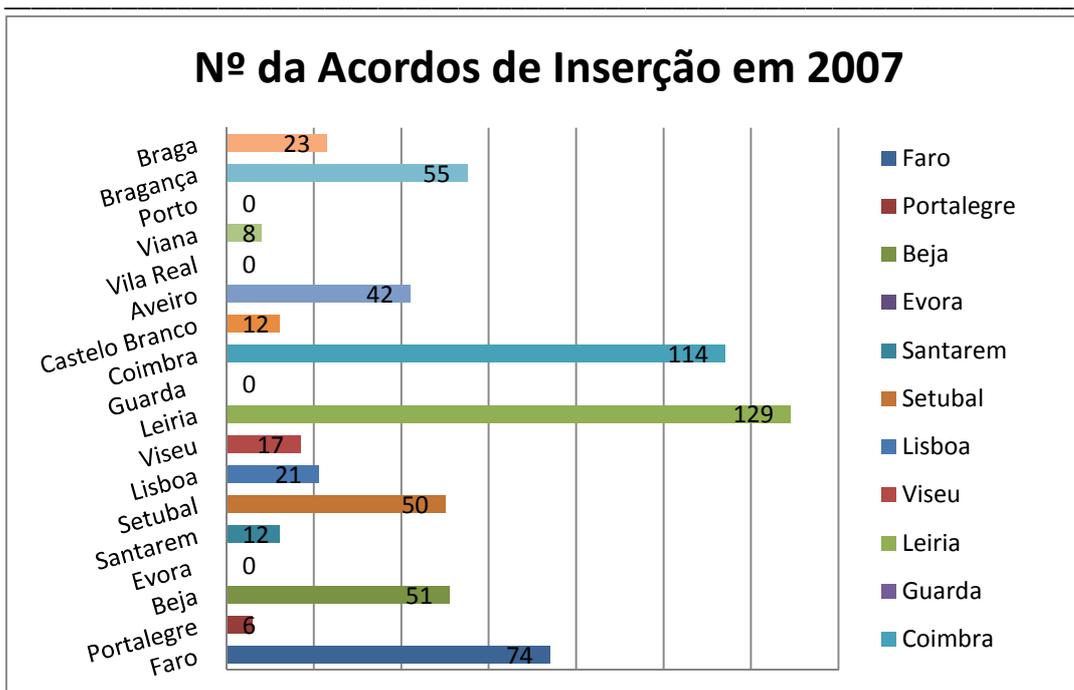
Em relação aos dados do ano 2006 sentiu-se uma diminuição dos novos casos que em Santarém passaram de 410 para 223, em Faro passaram de 213 para 101 e em Beja de 192 para 51.

Relativamente aos distritos de Évora, Portalegre e Beja, a articulação tem estado a ser realizada de uma forma regular, não estando no entanto os instrumentos da articulação a ser utilizados com regularidade na relação entre as duas entidades, sendo que já existe-no caso da articulação do distrito de Évora, uma longa e regular articulação interinstitucional. Tal como enunciado no Manual de Procedimentos, consideraram as entidades–desejável que se proceda à contratualização de acordos de inserção, que têm como objectivo a inserção social e profissional dos utentes acompanhados, o comprometimento e definição das obrigações e os deveres de todos os intervenientes e o acompanhamento sistemático do processo. Pretendeu-se que o apoio a prestar constitua um meio que facilite o cumprimento do acordo de inserção e o alcance de objectivos e etapas do processo, o que implicaria uma estreita e permanente articulação entre os técnicos dos serviços. Preconizava-se que nos casos em que o toxicodependente era beneficiário de uma prestação de RSI estaria inerente a negociação de um programa de inserção, que deveria ser elaborado entre o próprio e os técnicos representantes das entidades onde irão incidir as acções de inserção, ficando definidas as obrigações e os deveres de todos os intervenientes neste processo. Nas situações de toxicodependentes não beneficiários de RSI deveria ser efectuada, se existirem condições para tal, contratualização de acções com o mesmo objectivo. Posteriormente à negociação do programa de inserção e, verificando-se concordância relativamente às acções a contratualizar e à definição dos direitos e deveres de todos os intervenientes, o mesmo é formalizado através da assinatura do Acordo de inserção.

ILUSTRAÇÃO 6 DISTRIBUIÇÃO DO N.º DE ACORDOS DE INSERÇÃO, POR DISTRITO EM 2007

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

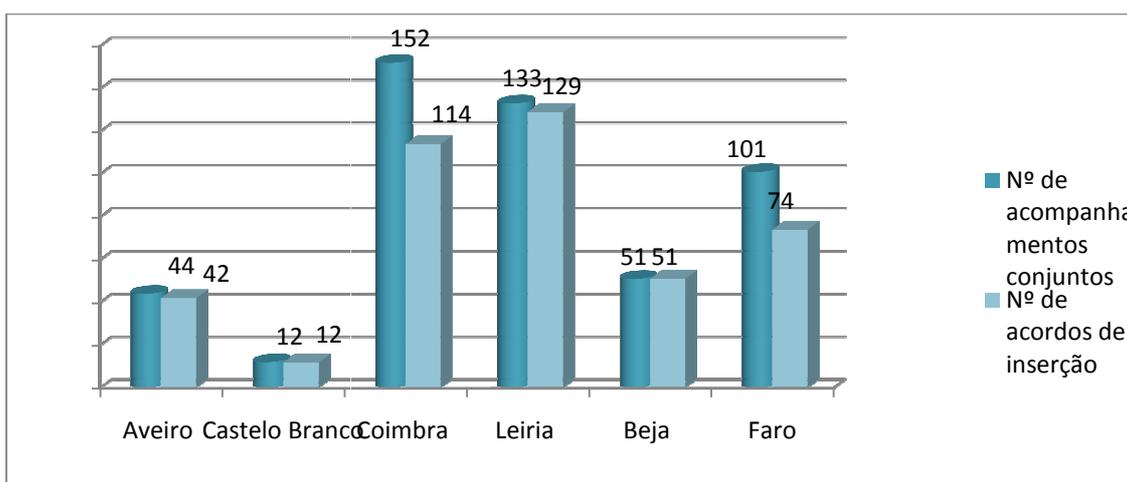


N = 614

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Da análise do gráfico ressalta que os distritos com maior número de novos acompanhamentos conjuntos (Santarém, Lisboa e Setúbal) contratualizaram menos acordos de inserção, apresentando-se a zona centro do país com uma melhor relação entre casos acompanhados e acordos de inserção celebrados.

ILUSTRAÇÃO 7 DISTRIBUIÇÃO DO N.º DE ACOMPANHAMENTOS CONJUNTOS E DO N.º DE ACORDOS DE INSERÇÃO, POR DISTRITO 2007



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

A relação entre os novos acompanhamentos em 2007 e o número de acordos de inserção contratualizados, em particular nos distritos identificados no gráfico, traduzem os resultados da intervenção articulada junto dos utentes.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

No âmbito da monitorização deste processo importa identificar as dificuldades com que os técnicos e os serviços se deparam e as propostas de solução apresentadas.

Através da ficha de monitorização sugere-se que indiquem também as vantagens desta metodologia de resposta integrada no quotidiano das instituições e na esfera do utente, bem como que apresentem sugestões para a sua melhoria e optimização.

O quadro seguinte contém uma síntese dos principais contributos enviados pelos técnicos e interlocutores relativamente aos dois itens abaixo descritos.

ILUSTRAÇÃO 8 CONTRIBUTOS QUALITATIVOS PARA A AVALIAÇÃO 2007

Contributos para Monitorização 2007	
Principais dificuldades	Propostas de solução
Sobrecarga de trabalho dos técnicos sendo difícil encontrar tempo para reunir; Distância geográfica entre SAS e o CRI; Verbas limitadas para internamento de toxicodependentes por períodos de 12 meses; Longo período de espera para as consultas e devidos encaminhamentos em algumas Equipas de tratamento do Centro de Respostas integradas do IDT Períodos de tempo pequenos por parte dos técnicos para actividades que vão para além dos atendimentos Inexistência de um CRI na Zona de Alcobaça O nº de recursos humanos do IDT no Alto Alentejo é muito reduzido. Dificuldade em agendar atempadamente os utentes enviados pela Equipa de tratamento do Centro de Respostas integradas do IDT.	Promoção de ciclos de formação contínua e acções de sensibilização sobre a metodologia de intervenção integrada; Diminuição do tempo de espera para marcação de consultas em algumas Equipas de tratamento do Centro de Respostas integradas do IDT; Integração de um elemento da Equipa de tratamento do Centro de Respostas integradas do IDT no NLI; Maior formação sobre a área das toxicodependências por parte dos técnicos do ISS. Aumentar a percentagem de tempo de trabalho dos técnicos para esta área de intervenção. Aumento das verbas do ISS a afectar a esta área de intervenção; Aumentar o número de respostas de tratamento para os utentes; Integração dos mediadores do Vida Emprego nas actividades de articulação; Melhor articulação entre o gestor de caso e o medico psiquiatra que acompanha o utente Efectivar a regularidade que está expressa no manual em relação às reuniões entre os técnicos das duas entidades IDT/ISS

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Em 2008 este era o ponto de situação em relação á implementação deste procedimento conjunto:

A implementação das orientações conjuntas subjacentes ao Processo de Articulação Interinstitucional IDT/ISS/SMCL (Manual de Procedimentos e respectivos instrumentos) foi precedida de várias formações, iniciadas em 2005, tendo abrangido ate ao Final de 2008, cerca de 1260 técnicos superiores do ISS, IDT e SCML

Tendo em conta que esta metodologia não estava uniformemente implementada a nível nacional, apresenta-se um pondo de situação da implementação da metodologia distrito a distrito no quadro seguinte.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

ILUSTRAÇÃO 9 PONTO DE SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS, POR REGIÃO EM 2008

Região/Distrito		Formação inicial		Ponto situação da implementação do Manual de Procedimentos
		2005/06/07	2008	
Norte	Braga	Dezembro 2005		A articulação está a decorrer.
	Bragança	Setembro 2005		A articulação está a decorrer.
	Porto	A formação ainda não ocorreu		Não integraram esta metodologia. O CDist do Porto do ISS, IP não se encontra disponível para cumprir este Protocolo
	Viana Castelo	Junho e Setembro de 2005		A articulação está a decorrer.
	Vila Real	Fevereiro 2007		Não está a acontecer articulação entre os dois serviços
Centro	Aveiro	Setembro 2005	Julho, Outubro e Novembro de 2008	A articulação está a decorrer.
	Castelo Branco	Setembro 2005		A articulação está a decorrer.
	Coimbra	Outubro 2005		A articulação está a decorrer, em parte das respostas locais.
	Guarda	Setembro 2005	Janeiro 2008	A articulação está a decorrer.
	Leiria	Setembro 2005		A articulação está a decorrer.
	Viseu	Outubro 2005		A articulação está a decorrer.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Região/Distrito		Formação inicial		Ponto situação da implementação do Manual de Procedimentos
		2005/06/07	2008	
LVT	Lisboa	Janeiro e Fevereiro 2006 e Dezembro de 2007 (Cidade de Lisboa -SCML)		A articulação está a decorrer, em parte das respostas locais
	Santarém	Setembro 2005		A articulação está a decorrer.
	Setúbal	Setembro e Outubro 2005		A articulação está a decorrer.
Alentejo	Beja	Outubro 2005	Outubro 2008	A articulação está a decorrer.
	Évora	Outubro 2005	Abril 2008	A articulação está a decorrer.
	Portalegre	Setembro 2005	Janeiro e Julho 2008	A articulação está a decorrer.
Algarve	Faro	Junho e Outubro de 2005		A articulação está a decorrer.

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Neste quadro apresenta-se, de uma forma sucinta, a forma como decorreu a formação e implementação das orientações em cada um dos distritos em 2008.

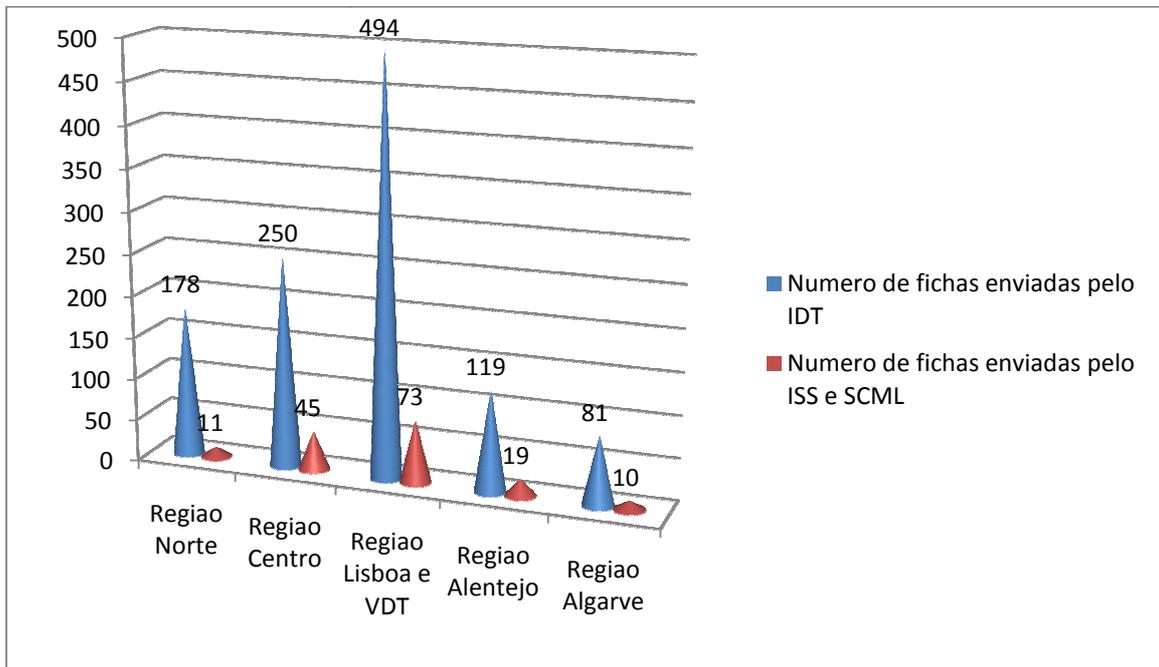
Em Lisboa: a articulação decorre nos serviços locais de Odivelas, Oeiras, Torres Vedras e Vila Franca de Xira, num universo de 12 Serviços Locais, o que significa menos de 50% de adesão. Em Coimbra: a articulação decorre nos serviços locais de Coimbra e Figueira da Foz, num universo de 17 Serviços Locais, o que significa 18% de adesão.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Apresentaremos agora os quadros referentes a 2008 e a relação com os dados de 2007

ILUSTRAÇÃO 10 Nº DE FICHAS DE ARTICULAÇÃO ENVIADAS PELO IDT E PELO ISS/SCML EM 2008



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

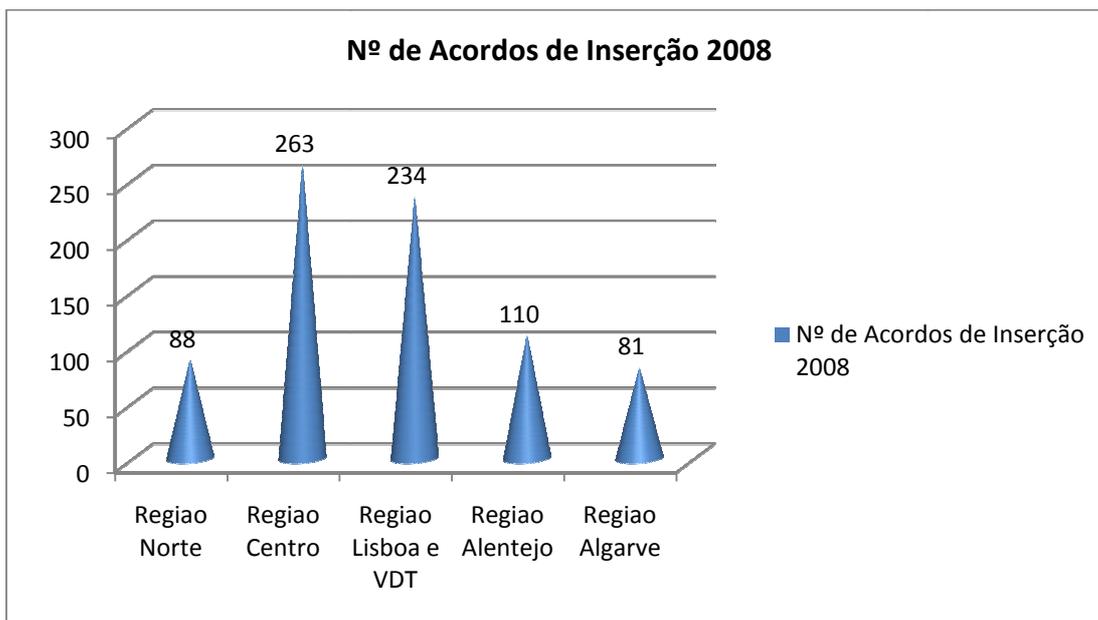
Procura-se agora apresentar os resultados da monitorização realizada no decorrer de 2008, realizada através dos instrumentos de monitorização anteriormente referidos. No ano de 2008 foram enviadas pelos serviços do IDT 1122 fichas de articulação e 158 fichas pelos serviços do ISS.PT e da SCML. Estes números representam o número de utentes que–pela primeira vez–foram encaminhados de um para outro serviço i.e. enviados pela primeira vez de uma equipa de reinserção de um CRI ou de um Serviço local de atendimento da Segurança Social ou da SCML.

Como é possível visualizar no gráfico é a região de Lisboa e vale do Tejo que tem o maior número de novos casos registados e encaminhados em ambas as entidades. Nas restantes regiões o número de enviados pelos serviços da segurança social para o IDT é de cerca de 10% dos enviados pelo IDT para a Seg. Social.–Este valor altera-se na região de Lisboa e Vale do Tejo onde sobe para cerca de 15%.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

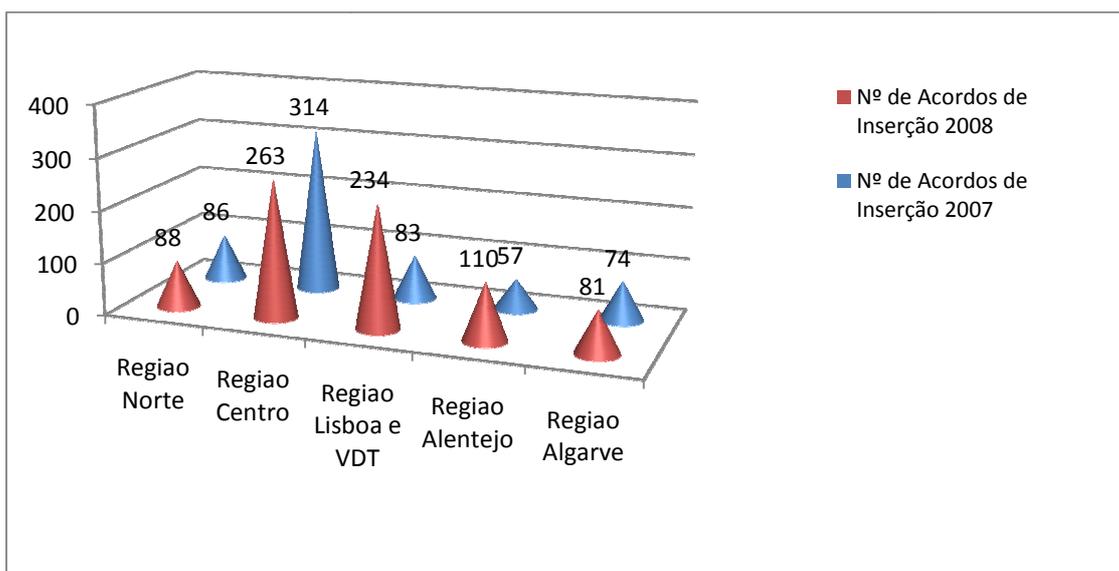
ILUSTRAÇÃO 11 NUMERO DE ACORDOS DE INSERÇÃO NO ANO DE 2008 POR REGIÃO



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

No presente quadro pode-se visualizar o número de acordos de inserção resultantes do processo de articulação entre as 3 entidades. Também estes acordos de inserção resultam exclusivamente das fichas de articulação usadas nos primeiros casos de articulação entre entidades. Dos dados mais salientes poderemos notar que, de um total de 776 acordos, cerca de 64% dos acordos realizados aconteceram na Região Centro e em Lisboa e Vale do Tejo.

ILUSTRAÇÃO 12 NUMERO DE ACORDOS DE INSERÇÃO NO ANO DE 2007 E 2008 POR REGIÃO



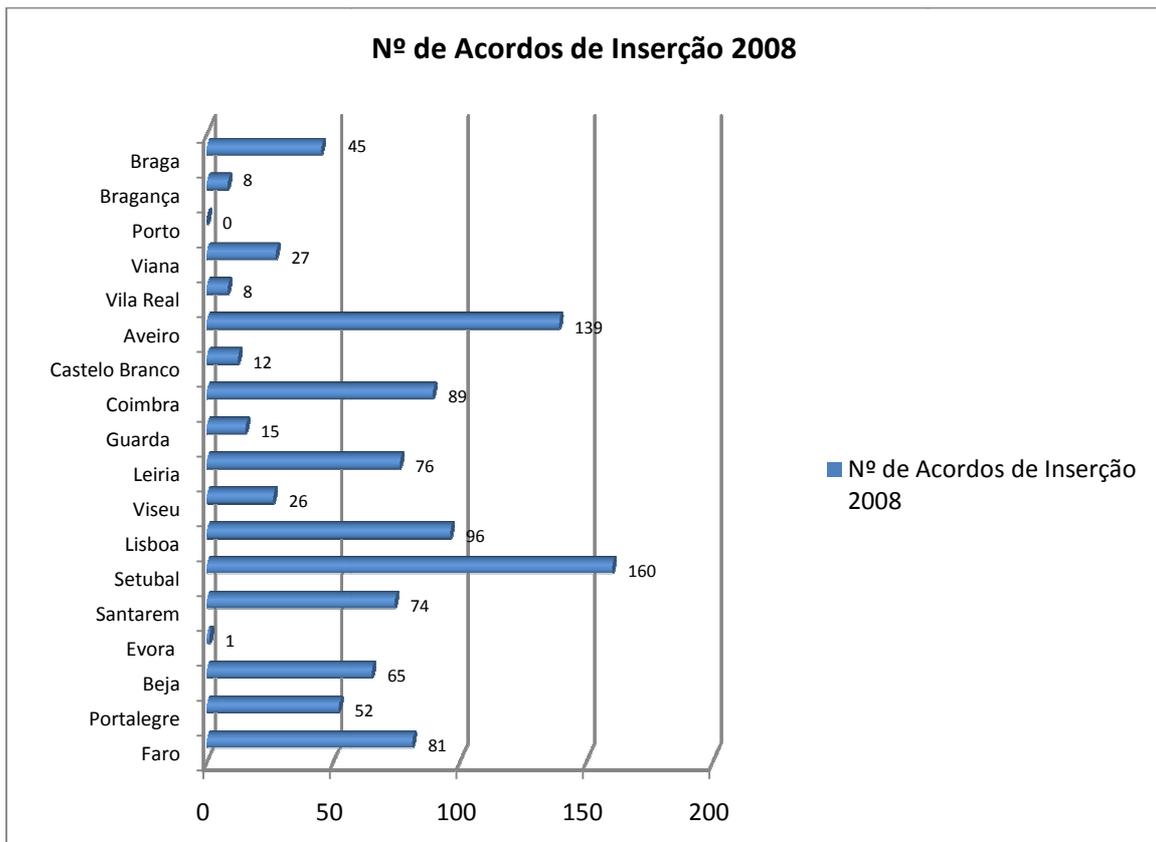
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

No presente quadro visualiza-se a evolução do número de acordos de inserção entre 2007 e 2008 por região. Podemos destacar o aumento de Acordos de Inserção na Região de Lisboa e Vale do Tejo (mais 151 novos acordos), a duplicação de acordos na Região do Alentejo, e a manutenção dos números na Região Norte. Embora mantenha o maior número de acontecimentos (263), na Região Centro o número de acordos diminuiu (51) em relação ao ano de 2007.

ILUSTRAÇÃO 13 NUMERO DE ACORDOS DE INSERÇÃO NO ANO DE 2008 POR DISTRITO



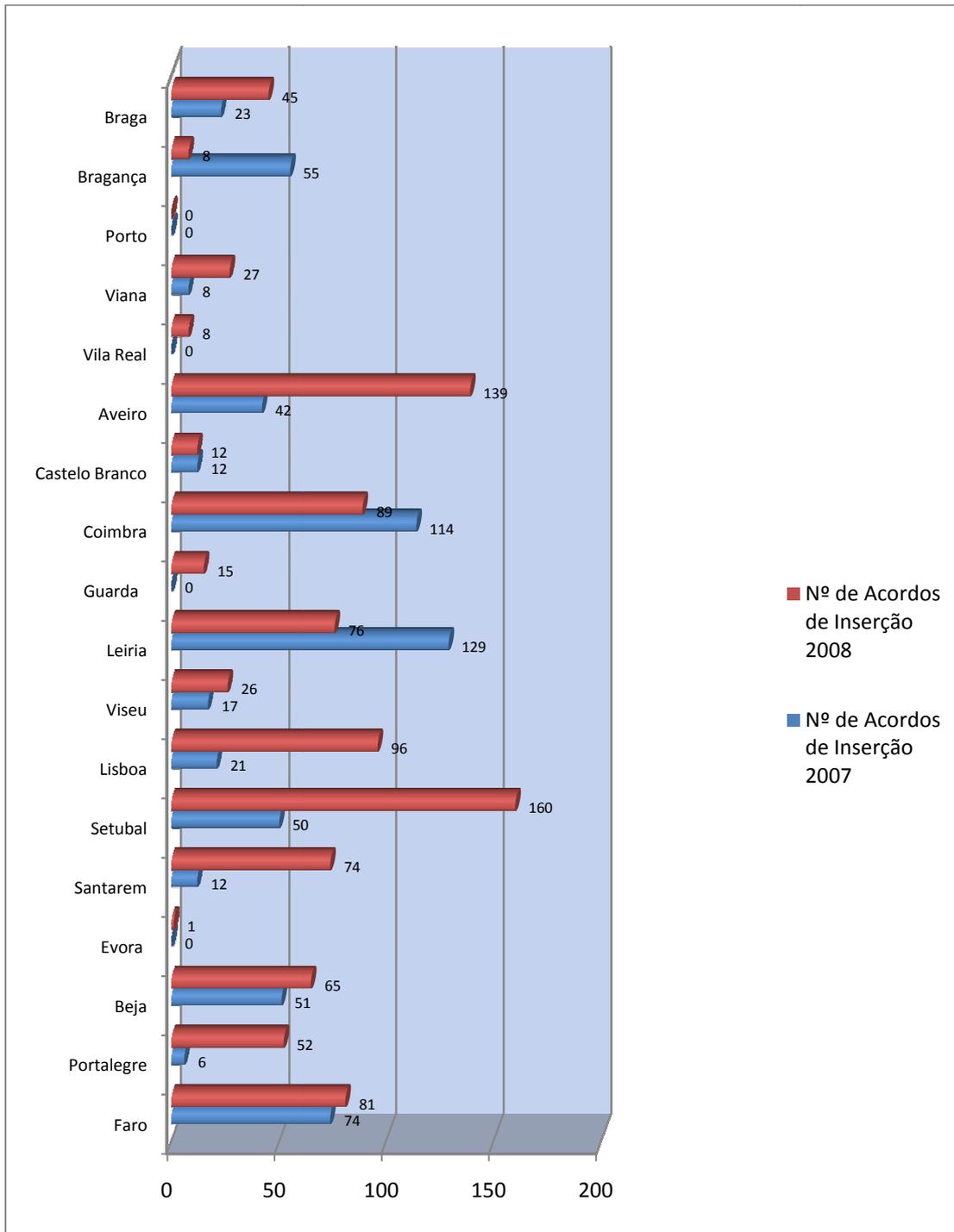
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Em 2008 foram realizados 974 acordos de inserção resultantes da utilização das fichas de ligação entre os serviços do IDT e os da Segurança Social ou da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Como se pode observar no quadro acima, os distritos com maior número de acordos realizados foram os de Setúbal (160) e Aveiro (139). Podemos também salientar que 9 dos 18 distritos ultrapassaram os 50 Acordos de inserção. Continuamos, desde 2006, com zero acontecimentos no distrito do Porto, visto que a Delegação Regional do ISS Porto continua a não demonstrar disponibilidade para seguir/adaptar esta metodologia.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

ILUSTRAÇÃO 14 NUMERO DE ACORDOS DE INSERÇÃO NO ANO DE 2007 E 2008 POR DISTRITO



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Da leitura do quadro anterior podemos concluir que em 9 dos 18 distritos existiu um aumento de acordos realizados, sendo que no caso de Setúbal (mais 110 que no ano anterior) e Aveiro (mais 97 que no ano anterior) esse aumento foi mais notório

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

O quadro seguinte contém uma síntese dos principais contributos enviados pelos técnicos e interlocutores relativamente aos itens acima descritos.

ILUSTRAÇÃO 15 CONTRIBUTOS QUALITATIVOS PARA A AVALIAÇÃO 2008

Contributos para Monitorização 2008	
Principais dificuldades	Propostas de Solução:
Dificuldade na implementação do papel de gestor de caso	Definição de gestor de caso mais debatida;
Dificuldade do acompanhamento quando os utentes estão em processo de tratamento em comunidade terapêutica	Definir claramente quem acompanha durante o período de internamento
Inexistência de visitas domiciliárias conjuntas (ISS; IDT)	Criar metodologias de avaliação dos planos de inserção de forma a aferir o grau de sucesso da inserção dos utentes
Dúvidas quanto ao encaminhamento na área da alcoologia	Promover ciclos de formação contínua e acções de sensibilização sobre esta metodologia;
Vantagens da Metodologia	Diminuição do tempo de espera para marcação de consultas em alguns CRI;
Permite uma maior articulação entre os Serviços; o maior feedback dos encaminhamentos efectuados e dos indivíduos em acompanhamento pelos CRI	Integração de um elemento do CRI no NLI;
A existência de reuniões entre todos os Técnicos envolvidos para uma melhor definição das acções a complementar nos acordos do PI	Maior formação sobre a área das toxicodependências por parte dos técnicos do ISS.
Maior eficácia no trabalho de integração da população toxicodependente e rentabilização do trabalho de equipa e dos recursos	Aumentar a percentagem de tempo de trabalho dos técnicos para esta área de intervenção.
Maior envolvimento nas intervenções definidas para os utentes e maior eficácia no acompanhamento das situações pela partilha de responsabilidades e pela resolução em conjunto de situações problema.	Aumento das verbas do ISS a afectar a esta área de intervenção;
Obrigatoriedade na apresentação dos indivíduos aos serviços que o acompanham CRI/ SAS, com mais	Aumentar o número de respostas de tratamento para os utentes;

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

regularidade, favorecendo assim um acompanhamento de maior qualidade.	
Maior responsabilização do utente na realização do seu processo de reinserção	Integração dos mediadores do Vida Emprego nas actividades de articulação;
Intervenção mais integrada, permite um trabalho articulado, possibilitando um melhor acompanhamento e até mesmo uma maior observação da evolução da situação do utente	Melhor articulação entre o gestor de caso e o medico psiquiatra que acompanha o utente
Rentabilização de recursos	Efectivar a regularidade que está expressa no manual em relação às reuniões entre os técnicos das duas entidades IDT/ISS
Maior agilização na marcação/priorização dos atendimentos	
Permite uma maior rentabilização dos recursos económicos (Subsídios);	
Permite uma maior responsabilização das partes intervenientes (serviços e beneficiário)	
Avaliação das intervenções	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do IDT.IP

Salientamos também que, independentemente de estar actualmente a ser implementada em 16 distritos, foram formados técnicos de 17 distritos, num total de cerca de 1260 técnicos das 3 entidades, sendo que se espera que em 2009 essas formações continuem a ser desenvolvidas e de forma a colmatar as eventuais lacunas de conhecimentos de técnicos recém-incorporados nos serviços que acolhem estes utentes comuns.

Em relação aos distritos que em 2008 desenvolveram a metodologia foram reafirmadas as vantagens desta articulação em termos de gestão de tempos de espera por parte dos utentes, um aumento de qualidade dos serviços prestados pelas entidades e uma melhor gestão de recursos humanos e financeiros.

No caso do Distrito do Porto tal como no ano transacto a metodologia não foi implementada, não existindo articulação entre os dois serviços com excepção para o concelho de Matosinhos onde se verifica o acompanhamento conjunto das situações de utentes comuns através da metodologia de

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

atendimento integrado deste concelho, que decorreu da implementação de um projecto EQUAL, denominado IRVA (Inserção Real na Vida Activa), como anteriormente referido.

Analisando o grau de adesão à metodologia pelos distritos que a implementaram, verifica-se que em 2008 foram enviados pelo IDT para as estruturas locais da Segurança Social 1122 pedidos de articulação e das estruturas de resposta social do ISS e da SCML foram enviados 158 novos utentes ao IDT.

Em resultado desses encaminhamentos, ressalvando que os mesmos são primeiros casos e não casos de continuidade, resultaram 974 Acordos de inserção durante o presente ano. Ao compararmos com o ano de 2007 deparamo-nos com um aumento de 360 novos acordos resultantes desta articulação, o que é um indicador que esta metodologia continua a trazer mais-valias para os utentes comuns às entidades.

Finalmente e tendo em conta o volume de articulações a nível nacional e os resultados das mesmas, nomeadamente as contratualizações de apoios sociais providenciando as mais diversas respostas podemos considerar que foram, melhoradas as acessibilidades às respostas sociais, o que significa que se melhorou a cidadania do utente visto que passa a ter uma resposta mais rápida, muitas vezes mais eficaz *“coisa que não se conseguia à uns anos atrás, antes estávamos seis meses à espera de uma resposta de apoio”* (Entrevista nº 3,10/09/2010), logo podemos concluir que esta articulação interinstitucional, depois de protocolada pelas 3 entidades veio facilitar as respostas conjuntas ao nível da dimensão da protecção social.

Foi também referido variadas vezes pelos técnicos que aplicavam esta metodologia que se o plano de acompanhamento do utente for feito em conjunto há uma potenciação dos resultados, em contraponto a um plano não articulado com ritmos e respostas diferentes, podendo não respeitar as capacidades de desenvolvimento do utente.

È também comumente aceite por todos os intervenientes que *“o que também facilitou a aproximação entre as entidades foi o conhecimento pessoal dos técnicos que respondiam às necessidades dos utentes comuns assim resolveram-se os processos porque as pessoas estavam envolvidas conheciam os processos e porque os técnicos queriam atingir ou obter os mesmos resultados”* (Entrevista nº 1 30/07/2010).

Da mesma forma foi referido que a formação realizada, que abrangeu cerca de 1600 técnicos do atendimento, foi uma reconhecida mais-valia e que devia continuar a existir para que a mobilidade dos técnicos não venha trazer entraves á sua aplicação: *“eu considero que foi mais importante foi sem dúvida a formação (dada aos técnicos) porque os nossos técnicos que se debatem com esta realidade não têm formação suficiente para lidar com as questões da toxicodependência. A formação ajudou a que estes técnicos pudessem trabalhar “mais à vontade” com estes indivíduos no sentido de perceber o seu quadro clínico porque esta área exigia um conhecimento mais específico.”* (Entrevista nº 1 30/07/2010).

Outro dos pontos onde a intervenção técnica dos interventores em reinserção foi reconhecidamente uma vantagem foi a partilha de informação, visto que o indivíduo não necessita de repetir toda a

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

informação pessoal e o pedido que o leva aos serviços, melhorando a rapidez na resposta e passando a existir uma co-responsabilização do indivíduo e da instituição. Desta forma também se evita duplicação de trabalho se potenciam as respostas

Não sendo isenta de francas melhorias, que se apresentarão no capítulo seguinte considera-se que este processo de articulação veio proporcionar um ganho de acessibilidade no acesso às condições de cidadania dos utentes.

4 PLANO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo apresentam-se os contributos e propostas de alterações ao processo de articulação interinstitucional como estava descrito nos objectivos iniciais deste trabalho de projecto.

Tendo em conta a fundamentação teórico-conceptual, os dados recolhidos e as entrevistas realizadas se podem concluir algumas premissas da avaliação e propor alguns contributos.

Conclui-se que, em alguns casos, esta metodologia veio formalizar uma relação que já existia, assim como reorganiza porque passaram a existir instrumentos e implicou procedimentos que deixam de ser da vontade de um ou de outro técnico, vindo estabilizar a forma como a articulação é feita e os procedimentos inerentes trazendo uma mais-valia para o acompanhamento do utente.

“O facto de as instituições estarem no mesmo processo, terem as mesmas normas e essas normas estarem bem definidas os utentes percebem isso e eventualmente utilizam menos esquemas de subverter os serviços o que potencia uma relação aberta de verdade e transparência entre o utente e o técnico” (Entrevista nº 1 30/07/2010).

Segundo algumas perspectivas o passo seguinte neste processo deve ser a passagem de uma metodologia de articulação a um modelo de atendimento integrado, esse modelo é um modelo que implica a existência de um gestor de caso único com o papel de representar as três entidades frente ao utente, independentemente à entidade a que pertencia e dos recursos que está a activar. Nesse pressuposto o utente é atendido e acompanhado só por um técnico que faz o trabalho por todas as entidades, esse técnico acciona os recursos que forem comuns às entidades simplificando e potenciando o trabalho, passando a existir apenas um processo individual a que todas instituições têm acesso.

Neste modelo o técnico não deixa de ter a sua especificidade e de ser um elemento de uma instituição apenas se concentra num técnico o trabalho de interlocução com o utente. Esta metodologia implica que o utente deixa de contar uma história a um técnico do IDT, contar a mesma história a um técnico da Santa Casa e a outro da Segurança Social, porque os técnicos estão em articulação.

Um dos constrangimentos com que separam os serviços da Segurança Social e do IDT.IP são os recursos humanos para trabalhar na reinserção e sabemos que cada técnico precisa fazer um grande investimento em tempo e são precisos muitos anos para realizar um projecto de reinserção de um dependente de substâncias psicoactivas.

Esta Articulação Protocolada implicou a possibilidade de monitorizar o trabalho realizado com estes utentes e implementou o papel de gestor de caso que vai trabalhar com este doente no sentido de otimizar recursos (das entidades). Se o doente é toxicodependente o gestor de caso devia ser por definição o técnico do IDT e a Segurança Social aqui disponibilizar os recursos em termos de apoios porque em termos de apoios os recursos do apoio social estão dentro da orgânica do Instituto da

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Segurança Social como por exemplo o Rendimento Social de Inserção e os complementos do RSI para apoiar estes doentes e para eles se manterem em tratamento.

Outra das conclusões é a de renovar os instrumentos de orientação e monitorização *“Como todos os intervenientes tiveram oportunidade de colaborar através do diagnóstico, reuniões e monitorização, penso que seria pertinente manter esta dinâmica, mobilizando os técnicos a reunir e a partilhar a informação e (...).Eu acho que o manual deveria ser revisto agora com a participação dos elementos das Redes Concelhias, nas plataformas Supra Concelhias (da Rede Social), aliás essas Plataformas Supra Concelhias são dinamizadas por um dos elementos do protocolo que é a Segurança Social e é onde se encontram reunidos todos os parceiros da comunidade dessa área geográfica”* (Entrevista nº 3,10/09/2010).

Na entrevista nº 3 propõe-se ainda *“que o responsável distrital da Segurança Social, que dinamiza as plataformas deve levar este documento connosco (IDT) pois estas plataformas são as únicas estratégias que temos neste momento de regionalização (de intervenção em desenvolvimento social) e de descentralização das respostas e estas respostas são Supra Concelhias e (...) pensar numa resposta a este nível (articulado) que não seja bilateral (IDT, Segurança Social) visto que tem que estar a autarquia nesta discussão e é a forma de termos ganhos nesta articulação porque tudo deve ser discutido no âmbito da política da cidade”*.

O alargamento das entidades, parceiras nesta articulação é também um dos tópicos referidos por técnicos de reinserção e entrevistas esse alargamento seria uma vantagem porque outras entidades podiam aceder a estas sinergias, e outros recursos poderiam ser mais rapidamente ser activados.

Dar continuidade à formação e à disseminação de Boas Práticas foi também referido como proposta para a manutenção de uma boa relação interinstitucional, obviando a questão da mobilidade de técnicos entre serviços. Muitos dos técnicos respondentes as matrizes de monitorização assumem ter um baixo conhecimento sobre as estratégias de resposta social (do ISS.IP) e no ISS.IP encontram-se também indicações que são baixas as competências técnicas no que toca ao acompanhamento de utentes com problemas de dependências, pelo qual este tópico é de desenvolver com maior prioridade.

Também como proposta de trabalho ressaltou frequentemente a necessidade de serem mais regulares os encontros de partilha de experiências de implementação da metodologia e de apresentação de boas práticas locais.

A sobrecarga e multiplicidade de funções a que os técnicos dos SAS e das Equipas de Tratamento dos CRI têm de responder são referidas, por vários distritos, como um impedimento a uma maior qualidade da intervenção, pelo que se devem desenvolver acções para elevar a importância de destacar técnicos que se formem nesta metodologia e se mantenham no local mais tempo e com mais disponibilidade.

Na sequência destas propostas, o plano de intervenção deverá ter em conta que as alterações se devem repercutir na actuação dos técnicos e dirigentes das 3 entidades e deverão portanto ser consensuais.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

Tendo em conta o já referenciado as três entidades estruturariam um cronograma de implementação para, durante um ano, ser desenvolvido. O plano de implementação inicia pela construção de novos e mais simples indicadores de recolha de dados da implementação, para que se reunissem os dados mais pertinentes para a avaliação de processo e não o actual volume de dados que já não têm utilidade.

Concomitantemente dever-se-ia desenvolver formação para todos os técnicos que no território nacional estão a desenvolver esta metodologia de forma a reavivar os conhecimentos adquiridos ou para dar a conhecer esta metodologia a técnicos recém incluídos nos serviços.

Nos momentos de formação, a desenvolver em diferentes pontos do país, retirar-se-iam sugestões para o passo seguinte que seria a construção de um novo manual de procedimentos da articulação interinstitucional.

Finalmente e de forma a dar resposta a diferentes solicitações seria actualizado o manual de procedimentos da articulação interinstitucional e divulgado regional e localmente.

CONCLUSÕES

Neste trabalho de projecto pretendeu-se dar resposta aos dois objectivos, iniciais sendo o primeiro, avaliar o processo de planeamento e implementação da articulação interinstitucional desenvolvida pelo IDT.IP (sob a tutela do Ministério da Saúde) o ISS.IP (sob a tutela do Ministério do Trabalho e da Segurança Social) e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que tem a responsabilidade dos apoios sociais aos cidadãos do concelho de Lisboa.

O segundo objectivo pretendia conceber recomendações de propostas de orientação para o futuro da implementação do protocolo de articulação interinstitucional.

Nestas conclusões trataremos primeiro de apresentar a súmula da proposta de avaliação e seguidamente serão desenvolvidas as propostas e recomendações para permitir desenvolver “linhas de trabalho” para a melhoria deste processo intra e interinstitucional.

No que concerne á avaliação, ela foi desenvolvida sob o prisma da Avaliação de Processo ou *on going* e foi possível concluir, que sendo um projecto inovador porque obriga a articular dois institutos públicos de dois ministérios diferentes, o planeamento e implementação foram uma mais-valia para as respostas sociais que as entidades desenvolvem. Estas conclusões resultam da análise dos do quadro teorico-conceptual escolhido e dos dados quantitativos e qualitativos estudados.

As melhorias resultantes desta articulação interinstitucional podem ser divididas em 2 dimensões, a organizacional e a individual. No caso da avaliação positiva da dimensão organizacional ela resulta de uma melhoria da capacitação técnica dos profissionais nela envolvidos, assim como um aumento de eficácia e eficiência dos serviços no que concerne ao atendimento de utentes que são comuns às entidades envolvidas. No caso da dimensão individual, neste caso respeitante aos destinatários finais desta articulação interinstitucional, foi avaliado como tendo proporcionado um ganho de acessibilidade no acesso às condições de cidadania dos utentes abrangidos.

No entanto se considerarmos a análise de processo enquanto análise da concretização da execução do programa e do seu grau de desenvolvimento, a mesma ajudou à identificação de aspectos positivos e negativos da sua implementação. Neste caso é referido pelos actores desta articulação que problemas relacionados com a sobrecarga e multiplicidade de funções a que os técnicos das entidades, e as questões de disponibilidade financeira dos serviços são um impedimento a uma maior qualidade da intervenção. Também na avaliação do que, dentro desta estratégia de implementação poderia ter sido desenvolvido de uma forma mais adequada, encontram-se os instrumentos de monitorização e a forma como os mesmos são recolhidos, bem como a elevada rotatividade dos técnicos de acção social pelas

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

várias valências, o que por vezes se considera um desperdício no investimento em conhecimentos específicos á sua actuação.

Finalmente e como resposta ao segundo objectivo procura-se deixar, contributos e propostas de alterações ao processo de articulação interinstitucional como estava descrito nos objectivos iniciais deste Trabalho de Projecto.

Consideram-se então algumas estratégias para a potenciação e melhoria desta articulação, que poderá ser *tripartida* ou *multidimensional* como se referenciará. Assim um dos possíveis passos na melhoria pode ser a passagem de uma “metodologia de articulação” a um “modelo de atendimento integrado”, esse modelo é um modelo que implica a existência de um gestor de caso único com o papel de representar as três entidades frente ao utente, independentemente à entidade a que pertencia e dos recursos que está a activar.

Nesse pressuposto o utente é atendido e acompanhado só por um técnico que faz o trabalho por todas as entidades, esse técnico acciona os recursos que forem comuns às entidades simplificando e potenciando o trabalho, passando a existir apenas um processo individual a que todas instituições têm acesso.

Outra das conclusões é a necessidade de renovar os instrumentos de orientação e monitorização e acompanhar localmente de uma forma mais intensa a sua aplicação. A dinâmica de trabalho conjunto a que estes documentos obrigaram é uma dinâmica que deve ser potenciada e devem ser desenvolvidas estratégias para que a mesma se mantenha ou se desenvolva em áreas geográficas do país onde ainda é reduzida.

Como consideramos que a elaboração dos instrumentos de orientação e monitorização é também um momento estratégico de envolvimento das equipas e das respostas na comunidade, essa elaboração deve ser realizada pelo processo “*top-down*” e “*down-top*” simultaneamente i.e. dar expressão às necessidades dos técnicos que as executam e ao mesmo tempo desenvolver estratégias macro para potenciar a recolha e o desenvolvimento das acções de articulação.

O alargamento das entidades, parceiras nesta articulação é também um dos tópicos que se considera uma linha de investimento futura, preconiza-se então uma articulação que não seja exclusivamente bilateral mas uma resposta articulada incluindo todas as entidades que no território possam contribuir para colmatar as necessidades dos utentes.

Cabe dizer para finalizar que o que deve estar sempre no horizonte dos técnicos e das entidades que intervêm em reinserção é o desenvolvimento de uma intervenção em rede, de modo integrado, em estreita colaboração com os parceiros com responsabilidades nesta e outras áreas, apostando, no trabalho em parceria e na flexibilidade de respostas, tendo sempre os utentes como centro da actuação

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

dos serviços. Consegue-se deste modo rentabilizar os recursos e respostas disponíveis, servindo o utente de forma eficiente, rentabilizando recursos e prevenindo a duplicação de respostas.

Respeitando a especificidade das intervenções das diferentes equipas importa adoptar uma cultura de trabalho integrado, partilhando informação pertinente, concertando intervenções, com o objectivo último, e primeiro, de contribuir para o sucesso dos percursos dos utentes.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- ALONSO, Luis Enrique (1998): *La mirada cualitativa en sociología*, Madrid: Fundamentos.
- BOURDIEU, Pierre (1999) A profissão de sociólogo, Petrópolis RJ, Vozes
- BOWLBY, J (1977) The Making and breaking of affectional bonds, Br. J. of Psychiatry,
- CAPUCHA, Luís (1998), “Exclusão social e acesso ao emprego: paralelas que podem convergir” in *Sociedade e Trabalho*, nº3.
- DELGADO, Juan Manuel & GUTIERES, Juan (1994) *Metodos y Tecnicas cualitativas de investigacion en ciencias sociales*, Madrid, Editorial Sintesis
- DOI, T.D. (1963)- Some thoughts on helpness and desire to be loved, BR. J. Psychiatry
- Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga – Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99, D. R. 1ª Série B nº 122, de 26 de Maio de 1999
- FERREIRA, Jaime Dias, (1999) Informação Geral para a Prevenção das Toxicodependências, Lisboa, SPTT
- GUERRA, Isabel, (2006) Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, Cascais, Pincipia
- HALBWACHS, Maurice (1925) *Les cadres sociaux de la memoire* PUF, Paris
- HESS, Remi (1983) Sociologia de intervenção, Rés, Lisboa
- IDT, (2004), Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência: Relatório Anual 2003, Lisboa, IDT.
- IDT, (2007), Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência: Relatório Anual 2008, Lisboa, IDT.
- IDT, (2009), Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência: Relatório Anual 2010, Lisboa, IDT.
- JELINEC, E.M. (1960)- *The disease Concept of Alcoolism*, New Brunswick, New Jersey: Hill House
- LEWIN, L (1970). - *Phantastica*, Paris, Payot
- MUSTO, David F. (1999), *The American Disease — Origins of Narcotic Control*, Nova Iorque, Oxford University Press .
- NADEAU, L. (1994) Evolution du discours sur L’adition en Amerique du Nord, In D,Bailly(org) *Dependance et conduites de dependance*, Masson, Paris.
- NOWLIS, Hellen (1994)- *A verdade sobre as drogas*, Lisboa, GCCD,
- PINTO, José Madureira, SILVA, Augusto Santos (orgs.), (1987) *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Ed. Afrontamento.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

QUIVY R. e Luc Van Campenhoudt (1998), Manual de investigação em ciências sociais, Lisboa, Gradiva.

RODRIGUEZ, G, (1988) La integración social de Drogodependientes. Cap. 5. Ed. M^o de Sanidade y Consumo. Madrid

SILVA, Carlos; PEDRO, Miguel; COURELAS, Andreia (2004), “Avaliação Participada: Perspectiva(s) Metodológica(s) em Projectos Sociais”, Economia e Sociologia.

WEBER, Max (1964)- L’etique protestante et l’espirit du capitalisme Paris, Plon

XIBERRAS, Martine (1989) *La Societe Intoxiquée*, Paris, Méridiens Klincksieck.

OUTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AGRA, Cândido da (2002), *Entre Droga e Crime*, Lisboa, Editorial Notícias

ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira (1995), *A investigação nas ciências sociais*, 5.ª ed. Lisboa, Editorial Presença

ANDRÉAS, H. (2003) *Projet d'un Cadre Genevois de Références Conceptuelles et Opérationnelles du Travail de Partenariat en Matière D'Addiction*, Genève

BALSA, Casimiro et al. (2003), *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa 2001*, Lisboa, IDT.

CABRERO, Gregorio Rodriguez (1988)- *La integración social de drogodependientes*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid,.

CAPUCHA, Luís Manuel, et al (1999), *Grupos Desfavorecidos Face ao Emprego – Tipologia e Quadro Básico de Medidas Recomendáveis*, Lisboa, IEFP, (Estudos e Análises, nº8).

CASTEL, Robert (2001), *A metamorfose da questão social, Uma crónica do salário*, Traduzido por Poleti, Iraci D., Petrololis, Editora Vozes.

COMISSÃO EUROPEIA, (1998) : "A União Europeia em Acção Contra a Droga". Comunidades Europeias

COSTA, Alfredo Bruto da (2002), *Exclusões Sociais*, Lisboa, Fundação Mário Soares, Gradiva Publicações Lda.

COSTA, Eduardo (2001), "Novos Rumos da Política sobre Drogas", in *Toxicodependências*, 7.

DSM III R (1987); DSM IV (1994)- 3ª E 4ª EDIÇÕES, *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders of American Psychiatric Association*.

ESCAOTADO, Antonio - (1989) *Historia de las drogas*, Madrid, Aliança,.

FERREIRA, Jaime (1999), *Informação Geral para a Prevenção das Toxicodependências*, Lisboa, SPTT.

FERREIRA, Jorge (2001), "Serviços Social e Toxicodependência", in *Toxicodependências* 7(2), SPTT,

FLYNN, S.E. (1995): "Globalización del Narcotráfico: Las Drogas y el Crimen Organizado". *Revista de Occidente*,.

FUNES, J – (1983) *Las incognitas sobre la reinsercion de heroinomano* Direccion General de Accion Social,.

FUNES, Jaime – (1989) *Incorporarse a la sociedad*, Cruz Roja Española, Madrid,

GIDDENS, Anthony (1989), *A constituição da Sociedade*, Brasil, Livraria Martins Fontes Editora Lda.

GLOVER, Eduard (1932)- *On the aetiology of drug-adition*, *Int. J. psychoanal*,

GOFFMAN, Erving (1968)- *Asiles*, tradução Robert Castel, Minuit,.

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Articulação interinstitucional, no âmbito da reinserção social, uma proposta de análise

GOFFMAN, Erving (1975) *Estigma*, Rio de Janeiro, Zahar Editores

HERPIN, Nicolas (1982)- *A Sociologia americana. Escolas Problemáticas e Práticas*, Ed. Afrontamento,

LO, Alcina (2007), *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes*, Lisboa, IDT, I.P.

MAHLER, M.S. (1920)- *Synbiose humain et individuation*, Vol 1, Paris, Payot,

ONU, (1987) “Recomendações relativas ao plano amplo e multidisciplinar de actividades futuras em torno do problema do uso indevido e do tráfico ilícito de drogas”, Viena;

OLIEVENSTEIN, Claude .(1982) - *La Vie Du Toxicomane*, Paris, PUF

PAIS, Elza (2003), “Dois Anos de Actividade na Luta Contra a Droga e a Toxicodependência”, in *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*, Vol. I,

PATELA, J (1985) *L’insertion comme prevention.*, Jornadas sobre la prevencion de las drogodependencias, Barcelona,.

PATRICIO, Luís (2002), *Droga Para Que Se Saiba*, Lisboa, Editora Figueirinhas

Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência: Horizonte 2004 – Resolução do Conselho de ministros nº 39/2001, D.R. 1ª Série B, nº 84, de 9 de Abril de 2001.

POIARES, Carlos, AGRA, Cândido da (2003), “A Droga e a Humanidade: Reflexão Psicocriminal”, in *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*, Vol. I, POIARES, Carlos (2003), “Discriminização do Consumo de Drogas: do Direito à Intervenção Juspicológica”, in *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*, Vol. I,

POIARES, Carlos (2003), “Discriminização do Consumo de Drogas: do Direito à Intervenção Juspicológica”, in *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*, Vol. I,.

SILVA, Augusto Santos & Pinto, José Madureira (1986), “Uma visão global sobre as ciências sociais”, in Pinto, José Madureira e Silva & Augusto Santos, *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Afrontamento:

SOMMER, Manuel (2004), *Carreiras de Saída da Toxicodependência*, Lisboa, Climepsi Editora.

ANEXOS