

INTRODUÇÃO

O tema escolhido prende-se com a toxicod dependência e a prática do Serviço Social, tendo por base questões de ordem pessoal, profissional e social da mestranda. Em termos pessoais, porque ao longo dos anos de atividade profissional, a toxicod dependência tem vindo a ser a principal área de trabalho, sendo alvo de constantes reflexões, questões e dúvidas. Em termos profissionais, o facto de estar a desempenhar funções de Assistente Social na Divisão de Intervenção Social da Câmara Municipal da Amadora, utilizando a metodologia do Atendimento Integrado, o que motivou a determinação do objeto empírico, como forma de responder a algumas das questões e dúvidas que se colocam no dia a dia do profissional. Na perspetiva do Serviço Social, pretende-se dar um contributo para a prática profissional, através da reflexão sobre a metodologia de atendimento e acompanhamento recém criada e sobre a qual ainda existe pouca literatura.

A pesquisa desenvolver-se-á com base na experiência desenvolvida no âmbito do Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado em execução no Município da Amadora, situado na área metropolitana de Lisboa.

Com o objetivo de facilitar a delimitação do objeto de estudo, foi formulada a seguinte pergunta de partida: “A metodologia de atendimento e acompanhamento integrado responde de forma eficaz às necessidades da população toxicod dependente?”. A pergunta foi escolhida com base no raciocínio indutivo, partindo das observações realizadas durante o dia a dia profissional, nas reflexões e dúvidas que vão surgindo, em leituras realizadas e em conversas informais entre colegas. Prossegue a lógica da necessidade de reflexão sobre a intervenção social, pois de acordo com Schon (in Reamer:1994), a prática reflexiva deve ser a base do trabalho social, devendo estar presente em todos os níveis de atuação de resposta, seja ao nível da relação estabelecida com os sujeitos de intervenção social, ao nível das decisões tomadas e das circunstâncias em que ocorrem.

Os objetivos de uma investigação ajudam a clarificar o tema de estudo, permitindo uma maior apropriação de conhecimento sobre determinado problema.

Assim, destaca-se como objetivo geral: Sistematizar os impactos do Serviço de atendimento /acompanhamento integrado na população toxicod dependente do concelho da Amadora. Foram traçados como objetivos específicos:

Tipificar as dimensões de intervenção do serviço de atendimento/acompanhamento integrado dirigido a toxicod dependentes;

Analisar e categorizar as potencialidades e os constrangimentos do serviço de atendimento /acompanhamento integrado para toxicodependentes na ótica dos utentes, dos técnicos e dos dirigentes das instituições;

Construir uma matriz de avaliação aplicada ao Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado.

O objeto de estudo evidencia a pesquisa sobre a metodologia do atendimento integrado, uma nova forma de conceção e organização de serviços e recursos na área da ação social, consagrado no trabalho de parceria desenvolvido no âmbito das redes sociais locais, seguindo a lógica de otimização de recursos. Destaca-se ainda o papel do gestor de caso no quadro da ação social e na área da toxicodependência como facilitador do processo de capacitação e empowerment potenciando o processo de mudança nos sujeitos de atenção social.

O 1º capítulo da produção da dissertação respeita ao enquadramento teórico que, segundo Fortin, é “uma generalização abstrata que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo” (2000:93). Aquí serão definidos os conceitos fundamentais, através de teorias e correntes teóricas, bem como suas dimensões, indicadores e as ligações entre os vários conceitos, de forma a desenhar a estrutura conceptual, com vista à sustentação do tema. O primeiro conceito a ser explorado será o de toxicodependência, fenómeno social de grande complexidade, que tem marcado as sociedades nos últimos quarenta anos e ainda muito presente na contemporaneidade, partindo-se do parecer defendido pela Organização Mundial da Saúde. Este conceito será analisado na perspectiva farmacológica e social, explorando-se as causas e as consequências, quer na dimensão individual quer global, destacando-se autores como Luis Patricio e Nuno Miguel.

Sendo um problema social, é alvo de intervenção do Estado e de diferentes respostas da sociedade, introduzindo-se o conceito de políticas públicas, nomeadamente as políticas sociais de âmbito local relacionando com a transferência de poderes e a participação da sociedade civil no domínio da saúde pública e da proteção social.

Por último, será tratado o conceito de Serviço Social como profissão direcionada à mudança social, seus princípios e valores, segundo a perspectiva de autores como Robertis e Reamer e a sua ligação com a Metodologia de Atendimento e Acompanhamento Integrado. Havendo ainda pouca literatura sobre este modelo, destacar-se-á o conceito de intervenção em rede defendido por Guadalupe e a teoria sistémica. Será explorada a metodologia da gestão de casos relacionando com a teoria psicossocial inerente ao diagnóstico e os conceitos de assessment, advocacy e empowerment que contribuem para o processo de mudança, objetivo chave do Serviço Social.

Relativamente às questões a investigar, destacam-se três preposições:

O sistema de atendimento e acompanhamento integrado responde às necessidades da população-alvo?

O sistema de atendimento e acompanhamento integrado contribui para o processo de capacitação e empowerment de toxicodependentes?

Qual o impacto do sistema de atendimento e acompanhamento integrado ao nível da intervenção social?

As hipóteses serão refutadas ou confirmadas através da componente metodológica, utilizada de forma ordenada e sistemática (Quivy: 1998), através de um conjunto de técnicas, procedimentos e instrumentos.

Salienta-se a escolha do Método do tipo indutivo-dedutivo, porque parte da observação, com vista à verificação das hipóteses apontadas, bem como a gerar novos conhecimentos.

Propõe-se um estudo do tipo descritivo e exploratório com o objetivo de explorar a intervenção do Serviço Social, nomeadamente do atendimento e acompanhamento integrado, bem como perceber as relações entre as variáveis que se vão observando e registando as que estão subjacentes ao processo de intervenção do Serviço Social.

O universo populacional abrangerá a população toxicodependente identificada pelos serviços de atendimento de Ação Social do concelho da Amadora, entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2011, bem como as instituições parceiras e os assistentes sociais com destaque nesta metodologia de trabalho. Para os diferentes grupos, constituir-se-á uma amostra, tendo-se recorrido à amostragem por conveniência.

Relativamente às técnicas de investigação, destaca-se a observação, que é uma técnica de uso recorrente, possibilitando reflexões constantes sobre a amostra, as variáveis e o contexto. A técnica da entrevista, será a técnica privilegiada para recolher informação junto dos participantes no estudo, nomeadamente das instituições e dos assistentes sociais, para se avaliar a perceção dos mesmos sobre a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado e testar algumas das hipóteses levantadas. Relativamente ao sujeitos de atenção social, serão aplicadas sessões de focus group, com o objetivo dos próprios usuários do serviço se debruçarem sobre as vantagens e desvantagens do atendimento integrado e de um serviço de atendimento especializado, bem como o impacto nas suas vidas, privilegiando-se a observação e o registo das experiências e reações tidas ao longo das sessões.

No tratamento dos dados, privilegiar-se-á a análise de conteúdo, por ser o método mais indicado para tratar dados recolhidos pelo método qualitativo.

Durante a fase de pesquisa, serão tidos em conta e respeitados os princípios éticos quer da investigação quer do Código Deontológico do profissional de Serviço Social.

CAPÍTULO I

A Toxicodependência e as políticas sociais no contexto do Serviço Social

1. A toxicodependência

Os problemas sociais são a principal matéria-prima das ciências sociais, sendo resultado de interrogações formuladas no âmbito das relações sociais (Capucha: 2004). De acordo com Costa, “por problema social entende-se aqui um problema cujas causas estão na sociedade e, portanto, cuja solução requer mudanças sociais” (1999:33). Acompanham as mudanças e as transformações de uma sociedade, sendo uma “construção social permanente (problem setting) num contexto complexo, de grande incerteza”(Guerra, 2006:9), colocando em risco o funcionamento normal da sociedade, sobretudo para determinados grupos sociais, bem como o bem-estar individual e coletivo.

O uso de substâncias psicotrópicas remonta à Antiguidade, acompanhando as trajetórias históricas, culturais e sociais, sendo a sua utilização quer por questões medicinais, culturais ou religiosas. Contudo, Alcaide et al (2009) defendem que o consumo de drogas enquanto problema social ganhou maior relevância a partir da década de 70, consequência do período pós-guerras e dos movimentos sociais da década de 60, que colocaram em questão os valores sociais vigentes até ao momento. Também o desenvolvimento massivo da cultura, da música e do cinema, contribuíram para que houvesse uma maior atenção face a este fenómeno.

Em Portugal, até à década de 60, mal se ouvia falar de drogas, sendo que, só depois do 25 de Abril de 1974, é que este problema começa a ter expressão, devido ao fim da guerra colonial que, teve como reflexo, o aumento de movimentos migratórios. Os anos 80 e 90, caracterizaram-se por um aumento exponencial, associado ao aumento dos centros urbanos. A sua evolução tem sido marcada por diferentes posicionamentos da sociedade. Valentim (1997) destaca três períodos ao longo da história para explicar as dependências: um primeiro, até aos anos 30, dominado pela crença que a causa se situa na substância. Um segundo momento, até aos anos 70, que associa a substância ao indivíduo e as suas características de personalidade como explicação para as situações de dependência. Desde os anos 70, o destaque vai para o trinómio substância, indivíduo e contexto social em que este se insere. Perspetiva-se que seja um problema difícil de erradicar, “pelo facto de apresentar formas bastante mutáveis e de ninguém poder dar garantias de lhe estar imune” (Patricio; 2002:9), tendo em conta que é um problema transversal a toda a sociedade, onde toda a gente é vulnerável a esta doença (Ló:2007) afetando não só quem consome mas também a própria sociedade.

A toxicodependência caracteriza-se por “um comportamento que cria uma relação de dependência com a droga” (Ferreira, 2001:52), considerado, pela Organização Mundial de Saúde

como um estado de necessidade física e/ou psíquica do organismo face a um produto tóxico e que resulta num conjunto de reações decorrentes do seu uso contínuo ou periódico. Constitui um problema de saúde pública a nível mundial, uma vez que acarreta consigo graves implicações sociais, políticas e económicas.

Por “tóxico” ou droga, entende-se “quaisquer substâncias naturais ou de síntese (manipuladas ou criadas pelo homem)” (Patricio,1995:24), que, consumida de um modo contínuo ou prolongado, altera as funções do Sistema Nervoso Central e traz consequências negativas a vários níveis. As substâncias psicoativas são classificadas em três níveis, distinguindo-se quanto à sua perigosidade e dependência. Assim, destacam-se as drogas depressoras, que inibem as atividades do cérebro e onde se integram drogas como álcool, benzodiazepinas ou analgésicos; as drogas estimulantes, que aumentam a atividade do cérebro como a cocaína, o crack ou as anfetaminas e as drogas perturbadoras, que desordenam a atividade do cérebro como as drogas sintéticas, LSD, cannabis e seus derivados.

O que têm em comum, segundo Miguel, é o facto do “uso continuado ser acompanhado do desenvolvimento de tolerância ou habituação e da suspensão do seu consumo provocar um síndrome de privação, devido à dependência psíquica ou mesmo física que se instalou”(1997: 26). A dependência é considerada uma doença (Miguel:1997; Carqueja: 2000), na medida em que “o indivíduo sacrifica quase todos os comportamentos orientados para a conservação e manutenção da vida e da sua espécie” (Carqueja,2000:85), perdendo a capacidade de decidir de forma livre a sua vida. Godinho alerta para o facto de ser “um fenómeno essencialmente comportamental” (2008:85), acima da dependência física, “colocando a ênfase no descontrolo comportamental para a compulsão nos consumos, bem patente nos critérios do DSM -IV TR” (idem).

Segundo Galvani, são vários os motivos que levam uma pessoa a experimentar drogas, seja para experimentar algo de novo, por curiosidade, para esquecer um problema, por moda, para se sentir melhor, etc (in Davies:2008). Neto (1996) destaca como fatores, as características de personalidade, como sentimentos de dependência, ambivalência, baixa autoestima ou baixa tolerância à frustração, o ambiente social e cultural e as características da própria substância. No ambiente social, inclui-se a família, a escola, o grupo de amigos, o trabalho, o nível sócio-económico, os fatores sociodemográficos. Esta fase de experimentação ocorre sobretudo na fase da adolescência ou no início da idade adulta, períodos caracterizados por Morel et al como “uma fantástica encruzilhada de transformações” (1998:52) e uma fase de descobertas.

Inicialmente, o efeito do consumo é gratificante e produz satisfação para quem consome, contudo, com o tempo, este prazer é acompanhado por uma série de consequências físicas, psicológicas e sociais, a médio longo prazo, para quem as consome. “Em termos físicos, a dependência de substâncias ilícitas pode comprometer a saúde do indivíduo dado estar associada a uma maior probabilidade de doenças infecciosas, má nutrição e falta de higiene pessoal. No que diz respeito à saúde mental, são comuns problemas de ordem afetiva, de relacionamento interpessoal, de

adaptação a normas e valores, baixa autoestima, baixo nível de tolerância à frustração e alterações na percepção da realidade” (Muchata e Martins, 2010:48). Do ponto de vista social, Aragão e Sacadura referem que “o toxicodependente é o produto mais bem acabado de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afetivas se vai perdendo” (2002:7), resultando em processos de rupturas familiares e e sociais, situações de desemprego e pobreza, bem como comportamentos desviantes e marginais que, muitas vezes, originam processos judiciais e detenções, resultado das estratégias utilizadas para arranjar dinheiro para colmatar o vício. De acordo com o estudo sobre pessoas sem-abrigo de Bento e Barreto (2002), o alcoolismo e a toxicodependência são os diagnósticos mais identificados nas situações de sem-abrigo.

Porque compete à sociedade encontrar e determinar respostas para os problemas sociais, “os primeiros atores sociais que intervieram junto dos consumidores de drogas ilícitas (cidadãos à margem e minoritários) foram os agentes da ordem (policías) e da justiça (magistrados)” (Patricio; 2002:103), sendo inicialmente, considerado um problema normativo que exigia uma intervenção mais criminalizadora e punitiva. O objetivo era “não só para proteger a saúde pública mas também a ordem pública” (Valentim, 2000:1009). Contudo, “a lei penal revela, desde 1976, uma tendência nítida para a psicologização, mostrando-se mais vocacionada para o tratamento do que para a punição” (Poiares, 2001:67). A década de 70 ficou marcada pela criação dos primeiros Centros de Atendimento de Toxicodependentes e das Comunidades Terapêuticas e por uma intervenção que congregava a investigação, a prevenção, o tratamento e a inserção social de toxicodependentes. A década de 90 pautou-se por uma aposta na qualidade dos serviços de tratamento, consequência da alteração da visão sobre a toxicodependência, pasando a ser considerado um problema de saúde. Destaca-se, neste período, a criação do Instituto da Droga e Toxicodependência, instituto público criado em 1999, cuja missão, nos últimos anos, tem sido a redução do consumo de drogas e a redução da procura, conforme descrito no Decreto-Lei nº 221/2007, que corresponde a Lei Orgânica. Paralelamente, a prestação de cuidados de saúde era gratuita e acessível a todos os consumidores, prestados por serviços públicos e no âmbito de protocolos com ONG´s e outros serviços da rede pública de tratamento. A partir do ano de 2001, surge um novo olhar sobre o consumo de drogas do ponto de vista jurídico, instituindo-se um modelo alternativo ao modelo punitivo, iniciando-se a caminhada para uma crescente descriminalização do consumo e aposta na dissuasão. Isto tem permitido uma maior adesão a programas de tratamento e de redução de riscos e minimização de danos, constatando-se “que o paradigma descriminalizador conduz a respostas humanistas, inclusivas, de aproximação dos indivíduos aos serviços” (Ló, 2011: 54). Paralelamente, as respostas existentes visam um “projeto terapêutico integrado, que concilie a componente médica e terapêutica, bem como familiar, social, profissional, jurídico e cultural” (*idem*:53), de forma a potenciar a autonomização da pessoa. Patrício considera fundamental “investir-se na compreensão da pessoa por inteiro, incluindo a compreensão do seu funcionamento psíquico, da sua história e das suas interações sociais” (2002:117).

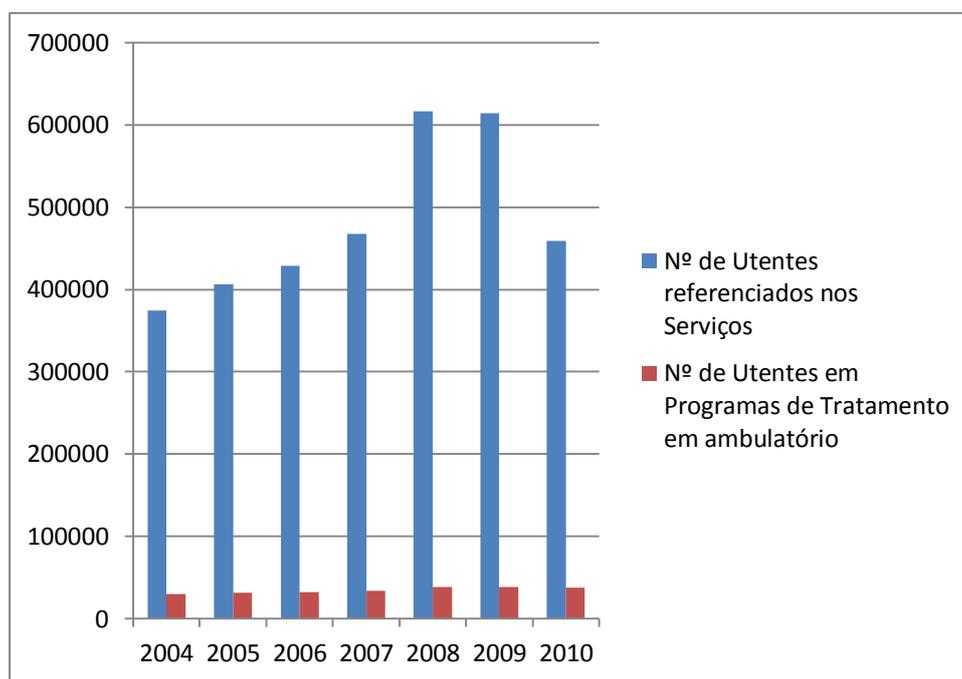
Em termos gerais, a política de intervenção nacional, tem contemplado uma vertente integrada, englobando a prevenção, a dissuasão e os programas de redução de riscos e minimização de danos, conciliados com a vertente da reinserção social. Esta nova perspetiva tem permitido chegar-se a mais pessoas e divulgar mais informação, o que tem trazido benefícios no que respeita à saúde pública, promovendo a salvaguarda da saúde e facilitado a diminuição de comportamentos de risco no que respeita a doenças infetocontagiosas. Paralelamente, diminui o risco de comorbilidade psíquica, uma vez que a dependência está muitas vezes associada a perturbações mentais, bem como a doenças oncológicas, entre outras.

Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, Portugal revela uma melhoria significativa no combate à toxicodependência, prosseguindo os objetivos delineados pela Estratégia Europeia de luta contra a Droga e influenciando as medidas adotadas por outros países de todo o mundo. Os níveis de consumo em Portugal encontram-se “para quase todas as substâncias, entre os mais baixos da Europa” (Balsa et al, 2007: 27), valores confirmados pelos últimos relatórios anuais do IDT. Isto explica-se pela discriminalização da lei, pelo reforço das respostas de tratamento e por uma estratégia de intervenção de proximidade, com particular destaque para os programas de redução de riscos e minimização de danos, acessíveis à população consumidora e que têm contribuído para minimizar os malefícios do consumo a todos os níveis.

É difícil determinar um número exato de toxicodependentes, sendo apenas possível contabilizar os que recorrem aos serviços de tratamento, uma vez que se trata de um problema comportamental, nem sempre reconhecido pelos próprios e muitas vezes escondido. Por outro lado, o que leva a que a pessoa recorra a ajuda profissional é a degradação física, cansaço emocional associado ao consumo e as sucessivas perdas, contudo, existem situações de dependência de substâncias que nunca chegam a recorrer a estes serviços e que não há forma de serem contabilizadas. Segundo os dados apurados no Relatório Anual do IDT de 2010, verifica-se uma tendência para o aumento do número de utentes referenciados nos Serviços Públicos de Tratamento, contudo nem todos prosseguem acompanhamento. No que respeita ao tratamento, a tendência também é para um maior número de pessoas prosseguirem tratamento, em detrimento das situações de abandono prematuro.

Gráfico nº1

Nº de utentes referenciados nos Serviços Públicos de Tratamento entre 2004-2010



Fonte: Relatório Anual do IDT (2010:27)

As substâncias mais procuradas pela população portuguesa são a cannabis, a cocaína e o ecstasy (IDT: 2010), contudo, ainda revelam registos elevados no consumo de heroína. Dos utentes que recorreram às estruturas de tratamento, as substâncias que mais se evidenciaram foi a heroína, seguida do álcool, cocaína e cannabis. Paralelamente, são os homens que mais significativamente se destacam como consumidores e a média de idades varia consoante o tipo de substância consumida, mas verificando-se uma maior prevalência entre os 15-34 anos.

Assim, destacam-se novas ameaças, como a evolução das substâncias sintéticas, o surgimento de novas drogas e o policonsumo (mistura de substâncias legais e ilegais, muitas vezes, simultaneamente, com álcool).

Relativamente às respostas de tratamento, estas são variadas, podendo passar por tratamentos em ambulatório com recurso a agonistas opiáceos, tratamento em unidades de desabituação e programas terapêuticos em Comunidades Terapêuticas.

Atualmente, esta é uma área em reorganização, uma vez que o IDT foi extinto, passando a ser um serviço da ARS, desconhecendo-se ainda as alterações que irão ocorrer.

2. Políticas Públicas

O séx. XIX, pautou-se por uma série de transformações sociais, resultado da industrialização e das alterações provocadas pela economia capitalista. Estas transformações contribuíram para a intensificação das desigualdades económicas e sociais e para a proliferação dos problemas sociais, como resultado da tensão social associada aos riscos profissionais e sociais a que os trabalhadores estavam sujeitos. A questão social esteve assim no centro do modelo do Estado-Providência, uma forma de organização político-social que colocava no Estado, o papel de regulamentador de toda a vida política, económica e social, bem como promotor do bem-estar social coletivo e de defesa dos direitos fundamentais em nome do interesse público.

Mais recentemente, a década de 80, com o fenómeno da globalização e a mundialização da economia, teve como consequências a emergência de novas situações de risco social e o agravamento das desigualdades sociais e económicas, resultado “de processos por vezes muito complexos de rutura dos equilíbrios sociais” (Hespanha e Carapinheiro, 2001:13). Castels (in Ávila, 2008:14) fala em mudanças estruturais na sociedade, alterações significativas no mercado de trabalho, aumento dos movimentos migratórios decorrentes da abertura das fronteiras e da livre circulação de pessoas, na modernização tecnológica e científica que resultou na melhoria das condições de vida e em alterações no seio da família e das redes sociais. Todas estas mudanças, têm vindo a resultar no aparecimento de novos riscos sociais associados a problemas sociais como “ a toxicodependência, o desemprego, às aplicações financeiras, às catástrofes naturais, os acidentes rodoviários, os impactos ambientais à insegurança dos sistemas informáticos” (Delicado, 2007: 687), que têm contribuído para o agravamento das situações de pobreza e exclusão social e para problemas de integração social.

A pobreza é um fenómeno com múltiplas causas, que aparece geralmente associado a uma situação de privação do ponto de vista económico e material, mas com repercussões a diversos níveis. Muitas das vezes resulta na exclusão social, fenómeno multidimensional “utilizado para designar não apenas o estado final mas um processo de sucessivas rupturas com os vários sistemas sociais básicos (o social, o económico, o institucional, o territorial e o das referências simbólicas) “ (Bento e Barreto, 2002:29). Este estado é limitador do exercício dos diferentes papéis sociais que cada um desempenha na sociedade, constituindo, segundo Clavel (2004) uma violação dos direitos fundamentais e das liberdades dos cidadãos, uma vez que restringe o exercício da cidadania e coloca as pessoas numa situação de fragilidade, gerando instabilidade social e colocando em risco o bem-estar e a coesão social.

Paralelamente, todas estas transformações sociais resultam no aparecimento de novos sujeitos de atenção social e como consequência, exige a procura de novos recursos e novas abordagens e metodologias de intervenção.

A resolução dos problemas sociais requer dos Estados mecanismos, denominados de políticas públicas, que refletem o exercício político do Estado na regulação da relação entre o poder público e os diversos atores sociais, tendo por base princípios orientadores, regras e procedimentos base. Consubstanciam-se num conjunto de ações que visam o desenvolvimento social e económico, bem como a efetivação do exercício de cidadania. A sua definição e implementação tem subjacente o princípio da negociação e o envolvimento de vários interlocutores públicos e privados na tomada de decisão.

O Estado-Providência foi impulsionador nas primeiras políticas sociais, como resposta à questão social, com o objetivo de garantir a proteção social das populações. Regia-se pelos princípios da universalidade e do bem-estar coletivo em nome do interesse público, através da garantia do bom funcionamento do mercado e da eficiência económica em conciliação com a promoção de um conjunto de bens e serviços para os cidadãos, nomeadamente de direitos fundamentais como a saúde, a educação, a habitação. O “objetivo da política social é o bem-estar (well-being), promovido, designadamente através de satisfação de necessidades humanas e resolução dos problemas sociais” (Costa et al, 1999:33). No caso português, não se verificou a implementação do Estado de Bem-Estar Social na sua totalidade, uma vez que a sua implementação só foi possível com a Constituição de 1976, altura em que, um pouco por todo o mundo, já se assistia ao início da crise do Estado-providência e às primeiras críticas sobre a sua capacidade de financiamento. “Estudos europeus comparados sobre o Estado-Providência registaram, nos últimos anos, um forte crescimento dos gastos públicos totais”, conforme descrito por Mozzicafreddo (1997:33), deixando o Estado de ter capacidade para regulamentar as estruturas e para garantir o bem-estar dos cidadãos.

Por outro lado, para que as políticas sociais consigam assegurar o bem-estar dos cidadãos, tem-se vindo a defender a lógica de uma política descentralizada, ou seja, a transferência de algumas das responsabilidades e atividades do Estado para outros intervenientes ou atores, seja entidades públicas como as autarquias, ou instituições da sociedade civil como são exemplo as ONG's e as IPSS. Segundo Mozzicafreddo (2003; 1991) a descentralização e “a ideia de proximidade com os cidadãos... é como uma forma de tornar a administração mais próxima e transparente para com as pessoas”, conforme defendido por Mozzicafreddo e Salis (2001:7), potenciando um melhor conhecimento e gerando políticas sociais mais justas e adequadas às necessidades das populações. Paralelamente, permite um melhor controlo dos custos do Estado. De acordo com Branco (in Costa et al: 1999), um bom exemplo de descentralização e de territorialização ao nível da luta contra a pobreza e exclusão social é a rede social, programa de âmbito nacional, que emergiu da Resolução de Conselho de

Ministros nº197/97 de novembro e que foi criada com o objetivo de procurar soluções para os problemas sociais diagnosticados a nível local, com base nos princípios da subsidiariedade, integração, articulação e inovação. Tem âmbito territorial, de nível concelhio, bem como nacional e supranacional, pois segue a lógica da perspectiva macro para a micro, do geral para o particular, do supranacional até ao local e o inverso, orientando-se por diretrizes nacionais e internacionais.

Compete às autarquias, de acordo com a lei nº159/99 e a sua revisão pela lei 5-A/2002, dinamizar e fazer funcionar a rede, contribuindo na elaboração do diagnóstico social, instrumento de trabalho que permite, segundo Auguste Comte “conhecer para atuar” (citado por Idanez e Ander-Egg, 2008:16), bem como no planeamento estratégico de ações, com vista ao desenvolvimento social local e à defesa dos interesses dos cidadãos. Pressupõe a participação de diferentes atores locais para que, num trabalho conjunto, se reflita sobre os problemas, os constrangimentos e potencialidades de cada território. A participação, segundo Idanez (2001) só se consegue efetivar num trabalho de parceria coeso, com base na partilha de informação e na conjugação de esforços, responsabilidades e recursos com vista à prossecução de objetivos e metas comuns, estabelecidas em conjunto no sentido de resolução dos problemas locais.

No quadro de uma Europa cada vez mais unificada e, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento social e para uma maior harmonização social, defende-se o modelo social europeu onde se procura que todos os Estados Membros sigam orientações gerais, bem como objetivos e instrumentos comuns no desenvolvimento de projetos regionais e locais, implementados de forma contextualizada e adaptados às características de cada país. Nos últimos anos, tem-se assistido à harmonização da legislação dos diferentes estados, decorrentes de diretrizes europeias, em áreas como o emprego, a segurança social, a economia, entre outras, de forma a serem alcançados padrões de proteção mais justos e equitativos entre os países. Rodrigues (in Costa et al: 1999) vai mais longe referindo que as influências europeias têm contribuído para um maior investimento a nível comunitário.

Tendo em conta que este estudo se insere na área da toxicod dependência, verifica-se que a intervenção nesta área, segue os pressupostos da Estratégia Europeia de Luta contra a Droga (2005-12), em que os objetivos gerais são o bem-estar, a coesão social e a segurança. Destaca-se o Plano Nacional contra a Droga e Toxicod dependência 2005-2012, um plano estratégico, aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros 115/2006, que tem como principais vetores a redução do consumo e da oferta, através da proteção da saúde, da segurança e da coesão social. Pretende responder às alterações dos consumos e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e da saúde. Tem uma abrangência de intervenção que vai do particular para o geral, dirigindo-se a diferentes públicos-alvo e contextos. Paralelamente, segue uma lógica de intervenção integrada, enquadrando as áreas do tratamento, prevenção, dissuasão e reinserção social.

Qualquer política que seja, o rigor e a eficiência no diagnóstico das situações bem como na sua implementação é cada vez mais exigente, tendo a avaliação um papel primordial na medida em que contribui para uma maior “responsabilidade social e política” (Serrano,2008:88). A avaliação deve estar presente desde a fase de diagnóstico, passando pelo planeamento e implementação, até chegar à fase final, seguindo a lógica da investigação-ação, permitindo estabelecer-se a comparação entre a realidade inicial e a final, bem como possibilitando a análise do impacto das medidas. Isto permite que sejam introduzidos ajustes ao longo do funcionamento das políticas. A metodologia de avaliação a adotar depende assim “dos objetivos da avaliação, do contexto em que se insere e das condições” (1996: 22) em que coexistem os programas ou medidas, conforme descrevem Capucha e Pedroso.

3. Intervenção do Serviço Social

O Serviço Social é uma disciplina das Ciências Sociais e Humanas, cujo enfoque reside no trabalho com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, em situação de vulnerabilidade social. Segundo Dominelli (2005), os profissionais de Serviço Social têm a responsabilidade moral e ética de promover a mudança social e a autonomia das pessoas, através da resolução de problemas e da capacitação dos mesmos, tendo como campo de intervenção as relações humanas.

Tendo como objeto os problemas sociais, cujas “causas estão na sociedade e, portanto, cuja solução requer mudanças sociais” (Costa,1999:33), tem acompanhado a evolução e as transformações da sociedade. Os primórdios do Serviço Social estão associados às organizações de caridade e à Igreja, assentando nos princípios da sabedoria popular ou em crenças religiosas e humanitárias. A população-alvo era sobretudo a classe operária carenciada que vivia submissa a uma classe burguesa dominante, consequência da industrialização. A primeira experiência de profissionalização do Serviço Social surgiu em 1898, através de Mary Richmond que, segundo Amaro foi pioneira na divulgação de “um conjunto de procedimentos organizados para o agir profissional” (2009:2). Durante muito tempo, foi uma profissão que pouco se destacou na produção de conhecimento científico. A necessidade de investir na formação e investigação em Serviço Social começou a sentir-se a partir de 1944, associadas ao Welfare State, contudo, baseava-se em teorias que advinham de disciplinas como a psicologia, sociologia, economia e ciência política. Com a crise do Estado-Providência e, acompanhando a constante mutação da realidade social, o Serviço Social tem-se tornado cada vez mais exigente em termos de competência técnica e metodológica, ético-política e teórico-prática, como resposta aos problemas sociais contemporâneos. T

Também em Portugal, o percurso do Serviço Social inicialmente esteve ligado à Igreja, sendo que só a partir da década de 70 é que apareceram as primeiras escolas. Desde a década de 90, que são vários os estabelecimentos de ensino em Serviço Social e, independentemente da escola de frequência, os profissionais saem com conhecimentos de base generalistas e ao mesmo tempo especialistas em

áreas específicas, conhecedores de teorias do desenvolvimento, do comportamento humano e dos sistemas sociais.

O Serviço Social evidencia-se em relação a outras profissões, tendo em conta que não está vinculado a um único método ou a uma única teoria, mas assenta numa multiplicidade de saberes e de conhecimentos, tendo os “fundamentos científicos no quadro das ciências sociais e humanas” (Ferreira, 2011:63), que possibilitam a visão holística e global do social defendida por Martin Davies (1994). Recorre a ferramentas importantes para se ajudar as pessoas e promover o seu processo de capacitação, participação e empowerment e que favorecem o desenvolvimento de competências teórico-práticas, ético-políticas e técnico-operativas, permitindo uma intervenção baseada na investigação e análise da realidade social e que procura responder a três tipos de perguntas: “o quê”, “o porquê” e “como”.

Cada vez mais, com a chamada “sociedade de risco” (Beck in Parton:1996), que traz consequências negativas ao campo social, assiste-se à regressão na defesa dos direitos humanos, o que exige do Serviço Social a capacidade de reconfiguração e reconstrução, de forma a compreender a complexidade social e a responder à exigência dos problemas sociais contemporâneos. Neste sentido, assiste-se à reformulação dos conteúdos teóricos e metodológicos e ao realinhamento dos modelos de intervenção.

A evolução do Serviço Social, relaciona-se com a necessidade de permanente reflexão sobre a prática, pois de acordo com a Teoria Crítica, a reflexividade produz conhecimento. Reamer (1994) salienta que esta reflexão deve ser feita antes, durante e após a intervenção, incidindo sobre a atuação do próprio profissional, a relação estabelecida com o utente, as decisões tomadas e as condições em que estas ocorrem, bem como no impacto que a atuação tem sobre o outro.

Amaro refere que o “Serviço Social não é nem pode ser alheio às grandes correntes de pensamento que as atravessam” (2008:67), destacando a influência de correntes positivistas, funcionalistas, subjetivistas, construtivistas e interpretativas e cuja influência é integrada nos princípios e fundamentos da profissão.

Seja qual for a corrente que segue, segundo a FIAS, é uma profissão que se rege por ideais humanistas e filosóficos, por princípios e valores que se enaltecem na prática profissional, identificadas nas atitudes desenvolvidas no exercício profissional e que têm como objetivo principal garantir e defender os interesses e os direitos dos sujeitos de atenção social e prosseguir os ideais de justiça e bem-estar social.

“Porque orientado para a satisfação das necessidades humanas e para o bem-estar social... implica o reconhecimento da condição ética de todos os cidadãos com quem trabalhamos”, (Serafim, 2004:26), consideram-se os princípios da valorização do valor único de cada pessoa, subjacente numa atitude de não discriminação e de respeito no decurso da prática profissional; da valorização da

capacidade de autodeterminação e de realização pessoal consagrado no respeito pela tomada de decisões e o direito à liberdade e dignidade humana. Os fundamentos éticos, de acordo com Lowenberg e Dolgoff (2005), ajudam os profissionais a agir de forma correta e a tomar decisões conscientes e fundamentadas, funcionando como regulador das atividades profissionais e do relacionamento com os clientes e com outros profissionais. No reconhecimento da condição ética, destaca-se a ética do cuidar, defendida por Dominelli (2005), que se caracteriza por uma atitude de não julgamento e pela capacidade de estabelecimento de empatia. A garantia destes valores consubstanciam-se na defesa dos direitos humanos e na promoção da justiça social.

Baseia a sua intervenção na comunicação e no diálogo permanente com a pessoa, princípio proclamado por Habermas, exigindo-se um serviço de qualidade na prossecução dos ideais de bem-estar social que tenham em consideração os direitos e liberdades (Amartya Sen in Serafim: 2004) e apelem à participação e envolvimento dos cidadãos. Só assim se conseguirá consagrar o exercício da cidadania plena.

Tendo como particular enfoque as pessoas, as relações humanas e o meio que os envolve, segue o pressuposto de que os problemas só se resolvem com a criação de condições para que a pessoa se torne autossuficiente em matéria de recursos e consiga participar ativamente na vida em sociedade. Desta forma, é no quadro da Ação Social que se destaca uma parte significativa do trabalho em Serviço Social. A Ação Social, insere-se no quadro de uma política social vinculada a direitos de cidadania, “que tem três objetivos fundamentais... prevenção, reparação e desenvolvimento” (Maia, 1985:166), procurando responder a determinadas lacunas do sistema de proteção social da Segurança Social. A prevenção e a reparação contempla as situações de carência e desigualdade socioeconómica, bem como todas as formas de vulnerabilidade social. No que respeita ao desenvolvimento, Maia destaca “as medidas e programas destinados a promover a integração social e comunitária” (*idem*). Integra a Assistência Social, através de benefícios pecuniários de carácter excecional ou temporário, e a promoção social, através do acompanhamento social, do acesso a recursos, programas e serviços disponibilizados para as pessoas em situação de carência económica ou social mediante uma avaliação diagnóstica da situação-problema. Belorgei defende que a ação social tem por objetivo “favorecer a coesão social e prevenir ou reparar os fenómenos de marginalização ou de exclusão social” (in Morel, 1992:237).

O exercício da ação social pode ser efetuado pela Instituto de Segurança Social ou por outras entidades, nomeadamente autarquias, IPSS, nos termos estabelecidos na Lei de Bases da Segurança Social, revista pela Lei nº04/2007 de 16 de janeiro, materializando o princípio da descentralização. Segue a premissa defendida por Idánez que, “na organização dos serviços sociais e nos programas de ação social é de encurtar as distâncias entre o nível de decisão e o nível operativo de atuação: as decisões devem ser tomadas onde os problemas se produzem e o mais perto possível do campo de atuação dos trabalhadores sociais” (Idánez, 2001:30).

A metodologia de atendimento e acompanhamento integrado, que tem sido adotada nos últimos anos, em Portugal, por instituições públicas e privadas com responsabilidade ao nível do atendimento e acompanhamento social, sobretudo autarquias, integra o princípio da descentralização e territorialização da ação social para um nível mais próximo da população. De acordo com o PNAI 2006-08, surgiu para responder a problemas identificados como a descoordenação entre os serviços, sobreposição de intervenções e para responder à necessidade de respostas integradas e multidisciplinares. Os objetivos desta metodologia que mais se destacam é uma maior aproximação das instituições às pessoas, diminuição do tempo de espera nas respostas, tendo por base o envolvimento de vários parceiros sociais e a otimização de recursos. São exemplos disso, em Portugal, o município de Matosinhos, como pioneiro, seguido do da Trofa, Amadora, Lousã ou Junta de Freguesia de Santo António de Cavaleiros, entre outras. Segundo o relatório do PNAI 2006-08, esta metodologia é classificada como uma boa prática, destacando como primeiros resultados observados, o “aumento da capacidade de atendimento social por cada técnico, melhorou a qualidade do atendimento e do acompanhamento dos processos familiares ou dos cidadãos e tornou mais fácil o acesso dos cidadãos aos serviços” (PNAI, 2006-08).

Com autonomia política e administrativa, os municípios há muito que reclamavam a ampliação de competências e responsabilidades em matéria de ação social local, como forma de prosseguirem os interesses locais e com vista a uma melhor articulação das intervenções existentes nos territórios, evitando a sobreposição das mesmas e apostando na complementariedade e numa melhor eficiência e eficácia das respostas sociais. A transferência de poderes converge na territorialização das políticas sociais que “exige a compatibilização de objetivos, a articulação/coordenação de meios e a concertação de ações das diferentes políticas sectoriais, de forma a contribuir para uma maior equidade no acesso à satisfação das necessidades, à realização das aspirações e à participação de todo o social” (Madeira, 1996:10). A ação social municipal tem vindo a crescer de forma considerável e “tende a melhorar a qualidade de vida de todos os cidadãos e a transformação da estrutura social para atingir a justiça social por diversos meios” (Idanez, 2001:22) devido à proximidade com as populações, o que possibilita ganhos em termos de conhecimento sobre a complexidade social e de planeamento para o desenvolvimento local. A ação social municipal integra a construção e a gestão de equipamentos, a atribuição de subsídios a IPSS, o apoio a atividades de interesse municipal e a atribuição de subsídios de carácter casuístico e temporário a indivíduos ou agregados familiares em situação de carência económica, mediante um acompanhamento social direto e de proximidade.

A metodologia de atendimento integrado integra as áreas atrás descritas e insere-se no âmbito da medida rede social e nos princípios subjacentes à medida. Como implica o envolvimento e a participação de vários parceiros sociais, a intervenção que se destaca é a intervenção em rede. A palavra Rede, do ponto de vista etimológico, é originária da palavra latina *retis*, que significa teia ou

conjunto de linhas entrelaçadas. No quadro das ciências sociais e humanas, significa uma composição de pessoas ou organizações, conectadas por um ou vários tipos de relações. Faleiros define rede como "articulação de átomos em torno de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa" (1997:25).

Segue os princípios do modelo sistémico, em que é dada ênfase à inter-relação e interdependência entre os vários componentes que formam um sistema. Considerando a designação atribuída por Ladrière (in Guadalupe: 2009), sistema é um conjunto, cujas partes são indissociáveis e devem ser analisados de forma complementar e antagónica. Aparece no contexto da abordagem sistémica, na medida em que, partindo-se do diagnóstico social, consideram-se as necessidades dos sujeitos de atenção social e os diferentes sistemas em que estes estão envolvidos, desde o familiar, individual, grupos. Baseia-se na Teoria Geral dos Sistema, concebida pelo biólogo Von Bertalanffy, que surgiu na década de 40 e determinou um marco histórico, uma vez que é uma teoria que é partilhada por muitos cientistas, seja no domínio das ciências naturais como sociais (Caparrós,1998:210). Considerando que os organismos eram sistemas abertos interagindo com o meio envolvente, defende que o investigador deve centrar-se na totalidade do sistema, na comunicação, no padrão de comportamentos, nas regras e papéis atribuídos. Esta teoria teve o seu impacto no Serviço Social, segundo Davies (1994), a partir dos anos 70, na era pós-modernista. É apontada por Restrepo (2003) como útil na aplicação a fenómenos de natureza diversa, como é o caso da toxicodependência, da pobreza ou exclusão social, pois permite enquadrar os vários sistemas (social, económico, familiar, cultural) e as suas relações.

Toda a intervenção é dependente de um trabalho em conjunto e de parceria, em que cada sistema e subsistema é interdependente entre si e onde cada um é influenciado pelo outro, tendo em conta a complexidade do contexto social. Os vários sistemas intersejam-se, pois segundo Caparrós (1998), o todo sobrepõe-se às partes. Segue o postulado da inclusão social enunciada na teoria ecológica dos sistemas (Payne: 2002; Guadalupe: 2009), pois o que se pretende é a mudança, como restabelecimento do equilíbrio.

A intervenção em rede surgiu no contexto da saúde mental, nos anos 60, conforme descreve Guadalupe (2009), citando Speck como impulsionador do conceito de rede social, centrando-se num plano mais individual e familiar, no quadro da terapia familiar, como resolução para os problemas. Desde então tem vindo a disseminar-se para outras áreas.

Na intervenção em rede tem-se em linha de conta as redes primárias, onde se enquadram as conexões do campo relacional pessoal e de proximidade como os pais, vizinhança, amizade; as redes secundárias onde se destacam os laços institucionais que, segundo normas, fornecem respostas ou serviços, como a escola ou a saúde e que podem ser formais e informais. O equilíbrio só é possível de se atingir se se tiver em conta as várias redes.

Para além da intervenção em rede, destaca-se o método de gestão de casos no acompanhamento social. Este procedimento surgiu nos anos 60, como forma de organização do trabalho ligado à área da saúde, sobretudo no campo dos seguros. Este modelo é uma estratégia inovadora em Serviço Social, utilizado para resolver problemas de eficácia e de acessibilidade e tendo como principal objetivo aumentar as potencialidades do acompanhamento social, cabendo ao gestor de caso acompanhar integralmente a pessoa ou a família, gerindo e mobilizando o trabalho de equipa. Davies (2000) define a gestão de casos como uma abordagem centrada nos sujeitos e na coordenação de recursos. Contudo, apesar da formação generalista, o técnico não é conhecedor de todas as áreas, nem pode intervir em todas as áreas ao mesmo tempo, pelo que cruza a sua prática com a de outros profissionais de áreas e instituições diferentes da sua, cabendo a cada um diferentes papéis e responsabilidades associadas em função da resolução do problema do grupo-alvo de intervenção. Segue a lógica do trabalho de parceria, que “possibilita um aumento na produtividade do trabalho social” (Nowak in Mouro e Simões, 2001:177), na medida em que permite atuar ao mesmo tempo em vários sistemas e funcionando de forma complementar. Esta metodologia contribui para uma maior democratização e desburocratização nas relações profissionais.

Outro objetivo que se destaca é a otimização do funcionamento dos sujeitos, tornando a intervenção mais eficaz e eficiente face às necessidades identificadas em cada caso, através de “um acompanhamento sistemático do percurso do utente” (IDT, 2009:10). Exige o estabelecimento de uma relação terapêutica com o(s) sujeito(s), com base num contacto sistemático e direto, envolvendo-os na identificação de necessidades e orientando-os na tomada de decisões e na resolução de problemas.

As fases de gestão de casos contempla:

1. Diagnóstico- O diagnóstico, segundo Robertis (2003), assenta na regra dos 3 C’s: Conhecer, Clarificar e Compreender, permitindo não só compreender a realidade com que se está a trabalhar mas também planificar a intervenção social. Inicia-se com o acolhimento e prossegue no estabelecimento de uma relação de confiança, correspondendo à fase de recolha de dados e de identificação de necessidades, potencialidades, pontos fortes e fracos, tendo em conta aspetos físicos, ambientais, comportamentais, psicológicos, económicos e sociais, para se perceber o(s) sujeito (s) como uma pessoa inteira. Guadalupe (2009) realça o enfoque global e holístico do diagnóstico em Serviço Social, que deve enquadrar os vários sistemas: meio social, o da instituição em que a Assistente Social se insere e o do utente. Destaca-se, nesta fase, o conceito defendido por Beckett de *assessment*, considerando como “ *a judgement made about a situation in order to decide how to act*” (2010:25), que corresponde à avaliação social que é feita e que compreende o inventário de necessidades de todos os níveis, a determinação dos riscos e a avaliação de recursos. O trabalho desenvolvido com a pessoa/família é de

cooperação, no qual o Assistente Social recolhe informações sobre o passado e presente da pessoa/família, ajudando-os a consciencializarem-se sobre os problemas e recursos ao seu dispôr, bem como a avaliarem as necessidades e riscos, pois o objetivo fundamental é reduzir o impacto do risco e a vulnerabilidade. Nesta fase, o Assistente Social fomenta a participação dos sujeitos no estabelecimento de objetivos, no planeamento da ação, colocando-os no centro da ação, iniciando-se o processo de empoderamento, através da definição de um plano individual de inserção conjunto. Do gestor de caso, espera-se uma postura de respeito, proporcionando-lhe assessoria técnica, informando-o e orientando-o. A relação estabelecida com o gestor de caso é uma relação de ajuda e terapêutica, com objetivos curativos e preventivos, com vista a um processo de mudança (Robertis:2003). É uma fase que nunca está encerrada, pois deve ser permanentemente atualizada, permitindo introduzir novos dados. Deve ser incluída a articulação com outros técnicos e especialistas, bem como informações de outras redes consideradas importantes, competindo ao gestor de casos reunir todas as informações recolhidas. É uma fase que aponta para as causas do problema e para possíveis respostas de resolução, determinando prioridades e estratégias. São várias as técnicas a enquadrar nesta fase, desde a entrevista, às visitas domiciliárias, aos resumos, bem como as técnicas de registo e de análise de redes.

2. Determinação de um plano de intervenção- Efetuado o diagnóstico, o gestor de casos estabelece com o(s) sujeito(s) um “contrato baseado na confiança mútua de quem acredita que aquele caminho pode produzir mudança na situação” (Guadalupe, 2009:71), no qual ambos identificam prioridades e estabelecem metas e resultados atingíveis a alcançar, bem como as estratégias e os recursos a utilizar, partilhando responsabilidades e tarefas. O contrato é estabelecido com base num diálogo permanente com a pessoa e determina o projeto de vida que a pessoa quer seguir, assegurando-se o direito à autodeterminação da pessoa. Centra-se em objetivos e ações, delimitadas no tempo, englobando a duração para cada ação, bem como as entidades e as redes de suporte a envolver, conforme preconizado por Robertis (2003). Pode haver necessidade de envolver outros profissionais e outras instituições na contratualização, com base em respostas sectoriais, que assumirão responsabilidades específicas. O gestor de caso funciona como facilitador no acesso aos recursos, seguindo a lógica de advocacy, representando os interesses do (s) sujeito(s), defendendo os seus direitos e mantendo os sujeitos informados dos contactos estabelecidos. Evita que o utente tenha de passar por muitos técnicos e contar a sua história muitas vezes. É uma fase importante, na qual o técnico promove a capacitação e o empowerment da pessoa, conferindo-lhe a responsabilidade de orientação da sua vida. “A capacitação procura ajudar os clientes a conquistar poder de decisão e de ação sobre as suas próprias vidas” segundo Payne (2002: 365), exingindo-se que o técnico que olhe o sistema cliente como “sujeito, construtor e transformador do mundo e de

si mesmo” (Pinto, 2011:264). Sendo uma relação dinâmica, este contrato pode ser alvo de revisão e de reformulação, tendo em conta as condicionantes dos sistemas.

3. Desenvolvimento do plano de intervenção- O gestor de caso mantém o foco no(s) sujeito(s) e coordena a prestação de serviços para garantir a continuidade e complementaridade das intervenções e a prestação efetiva de serviços na promoção dos direitos do cliente, devendo o contacto e feedback ser constante e sistemático, permitindo um follow-up permanente e possibilitando que sejam feitos reajustes. Encerra a fase de empoderamento do cliente, na medida em que possibilita a utilização dos recursos existentes, contribuindo para a modificação da atitude do(s) sujeito(s) face às suas potencialidades.
4. Encerramento do processo- o ideal será o processo ser encerrado porque o sistema cliente atingiu a sua autonomia, quando os objetivos estabelecidos foram alcançados, contudo, pode ocorrer por iniciativa do próprio, por encaminhamento para outro organismo, ou por causas diversas. A decisão deve ser tomada de forma conjunta e com base numa avaliação do percurso.

Ao longo de todo o processo de gestão, serão utilizadas as técnicas descritas no diagnóstico e outras que se considerem pertinentes.

Este modelo permite conhecer o problema na sua totalidade, considerando os diferentes sistemas da pessoa com quem se intervém: a vertente do indivíduo, o meio envolvente (cultura, comunidade, grupos de suporte) e o sistema instituição e recursos existentes. Paralelamente, permite a continuidade e acessibilidade no acompanhamento ao longo dos tempos, promovendo respostas mais céleres e eficazes.

A visão holística do Serviço Social coloca, segundo Davies (2008), os profissionais desta área numa posição favorável para intervir na área da Toxicodependência. Esta intervenção “consiste num trabalho de esclarecimento, apoio e numa abordagem centrada no sujeito” (Ferreira; 2001:54), mas com influência nos diferentes sistemas em que o sujeito se insere. O desafio inicia-se no estabelecimento de uma relação de confiança e de partilha, com vista à compreensão do percurso da pessoa com problemas de dependência de drogas e das causas que levaram ao consumo. Paralelamente, é importante perceber as motivações subjacentes ao pedido de ajuda profissional e negociar com os utentes, a redução dos consumos e dos comportamentos de risco ou, se possível a sua paragem. Na definição de um plano de intervenção em conjunto com os próprios sujeitos e com outros técnicos, tem-se em conta as necessidades evidenciadas, as redes a acionar e os fatores de risco.

O papel do Serviço Social nesta área é vasto, sendo dividido entre apoio psicossocial, acompanhamento social, mediação, educação, investigação e prevenção. A “ação profissional também contribui para a efetivação de uma cidadania emancipatória” (Barbosa, 2011: 72) na medida em que possibilita criar condições de vida com o mínimo de dignidade, reconhecendo-se a pessoa toxicodependente como um todo e defendendo os seus interesses e direitos.

CAPÍTULO II

Metodologia de Pesquisa

1. Problematização do problema de estudo

Segundo Fortin (2000:17), “a investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. O objeto deste estudo foi construído no contacto com o terreno, tendo como intuito analisar de que forma a metodologia do atendimento integrado é uma metodologia inovadora e se responde de forma eficaz às necessidades da população-alvo, quer na perspectiva das instituições, quer dos técnicos, bem como dos sujeitos de atenção social, os toxicodependentes.

A presente investigação baseou-se num método de abordagem hipotético-dedutivo, na medida em que, quer a construção de conceitos, quer a formulação de hipóteses partiram de princípios gerais e de um enquadramento teórico pré-existente, para serem confirmadas ou refutadas na recolha de informação.

Pretende-se com esta investigação produzir conhecimento sobre uma metodologia do Serviço Social ainda recente, sendo, por isso, pertinente para a produção de conhecimento.

O estudo teve início com a análise documental, tendo sido a pesquisa estruturada em três grandes áreas: toxicodependência, políticas públicas e a intervenção do Serviço Social, como forma de estruturar o quadro conceptual. A teoria confere significado à recolha de dados e a utilização de conceitos-chave “sugerem que um determinado fenómeno deva ser abordado de um determinado modo” (Moreira, 1994:21).

Segundo o quadro teórico apresentado e que serve de sustentação à prática, a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado, inserida no quadro da ação social segue a lógica de descentralização das responsabilidades do Estado na prossecução dos ideias de justiça e bem-estar das populações desfavorecidas. É apontada pelo Plano Nacional para a Inclusão Social 2006-08, como uma boa prática no atendimento e acompanhamento social de pessoas em situação de exclusão social porque possibilita a efetivação de um atendimento de qualidade e de proximidade, através de uma lógica de trabalho de parceria e de partilha de responsabilidades, pressupondo a resolução de problemas ao nível mais próximo das populações e a rentabilização dos recursos existentes.

No quadro de uma intervenção em rede e, uma vez que as condições “ a partir das quais se estrutura o partenariado são o reconhecimento pelos parceiros da sua complementaridade, a conservação da função específica de cada um e a necessidade de consenso sobre os objetivos e meios independentemente de possíveis benefícios distintos” (Guerra;2006:29-30), procura-se verificar até

que medida esta metodologia possibilita uma resposta mais eficaz através de estratégias de otimização do trabalho em rede.

Sendo o atendimento e acompanhamento integrado destinado a populações em situação de desfavorecimento social e em situação ou risco de exclusão social, procurando-se a prossecução do objetivo central da rede, que é a erradicação da pobreza, pretende-se, com este estudo, verificar o seu impacto no processo de inserção social de toxicodependentes, quer na perspetiva dos próprios, quer das instituições e técnicos, universo escolhido para a investigação.

Paralelamente, no âmbito do Serviço Social como formação de base generalista, que proporciona a visão holística sobre os sujeitos de atenção social e tendo como base o modelo de gestão de casos, a investigação tem como princípio verificar até que ponto este modelo potencia a otimização do funcionamento dos sujeitos de atenção social, facilitando a participação efetiva no seu processo de inserção e de promoção do empowerment, tendo por base um acompanhamento próximo e sistemático.

No decorrer da investigação e da análise das potencialidades e fragilidades do modelo, propõe-se elaborar uma matriz de avaliação com vista à sua utilização futura.

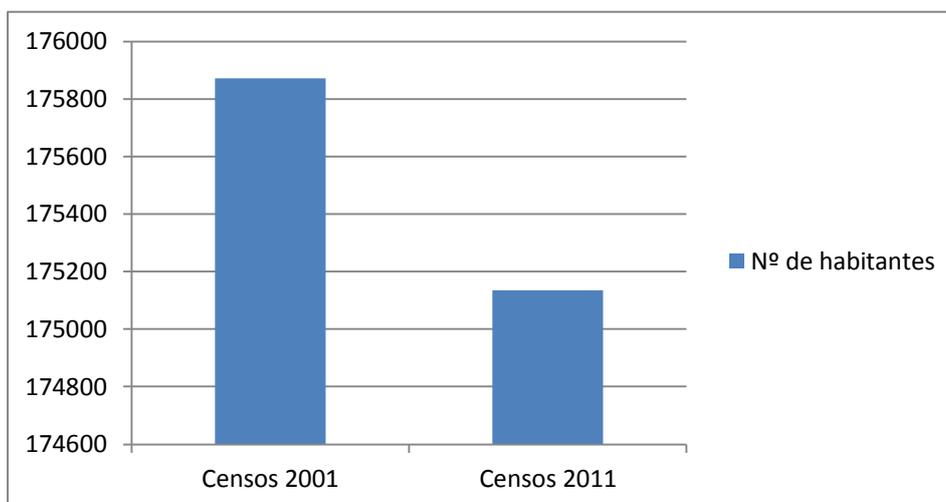
2. Campo empírico

A investigação realiza-se no Concelho da Amadora, concelho fundado em 1979 e que, apesar de contar apenas com 23.8km², tem sido um concelho que tem revelado excessiva densidade populacional, comparativamente com outros. Isto deve-se ao facto de, nas décadas de 60 a 80, ter-se verificado um aumento exponencial populacional, decorrente de fluxos migratórios de cidadãos portugueses oriundos de outras cidades e de cidadãos estrangeiros, naturais dos PALOP's.

Contudo, de acordo com dados apurados da análise dos últimos Diagnósticos Sociais (2011) e na comparação dos resultados dos Censos entre 2001 e 2011, a tendência geral é para uma descida da população no concelho, sendo o encarecimento do parque habitacional uma das principais razões.

Gráfico nº2

Nº de habitantes recenseados no concelho da Amadora entre 2001 e 2011



Fonte: INE-Relatório de Dados Provisórios Censos 2011 e Diagnóstico Social 2008

Composto por 11 freguesias (Alfornelos, Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Mina, Reboleira, S. Brás, Venda Nova e Venteira), a proximidade com os concelhos limítrofes e o facto de estar bem servido de serviços e de transportes, faz com que seja um local privilegiado de passagem e de permanência de pessoas.

De acordo com os vários Diagnósticos Sociais efetuados desde 2004, as características geográficas e demográficas estão na base de problemas sociais como o desemprego, o envelhecimento populacional, o isolamento social, a toxicodependência e o tráfico de estupefacientes. Os problemas sociais cada vez mais exigem novas respostas sociais e “uma estratégia eficiente de intervenção social em conjunto com todas as entidades com ação no território, nas áreas mais vulneráveis e onde se encontram o maior número de problemáticas” (CMA,2008:72).

“Como forma de fomentar a formação de uma consciência coletiva e responsável dos diferentes problemas sociais” (RCM,2007: 6253) identificados e, consequência do trabalho de parceria já estabelecido e da procura conjunta de soluções para os problemas, o concelho aderiu ao programa Rede Social, em 2002, tendo sido esta implementada em 2003.

De acordo com o Relatório de avaliação externa da Rede Social, a rede “ terá vindo fazer com que a parceria se formalizasse, se alargasse e terá também contribuído para que fossem mais transparentes os mecanismos e lógicas do trabalho em parceria” (Pegado e Saleiro, 2009:43), evidenciando-se ainda a necessidade de um maior envolvimento das instituições.

Apesar de haver uma crescente participação dos parceiros na elaboração dos instrumentos de diagnóstico e planeamento da rede, contudo, relativamente à prática de atividades concebidas e planeadas em conjunto, ainda se verifica um “défice de trabalho concreto em parceria”(Pegado e Saleiro, 2009:44).

Entre muitos projetos que têm sido implementados no âmbito da rede, surgiu o Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado, implementado em 2005, na sequência da identificação de alguns problemas e necessidades apontadas no Diagnóstico Social de 2004. Com base numa metodologia de trabalho participada de elementos da comunidade e das várias instituições inscritas em CLAS, foram apontadas “falhas no trabalho em parceria, denotando alguma falta de articulação entre os serviços” (2004:124), que contribuíram para a duplicação de respostas e a morosidade nas mesmas, bem como erros processuais inerentes à intervenção social, como por exemplo a desresponsabilização de alguns serviços, a focalização nas instituições e não nos sujeitos de atenção social, ou o facto das pessoas terem de contar a sua história de vida a vários técnicos, acabando por não resolver o seu problema. Paralelamente, foi identificada a necessidade de formação dos técnicos.

Neste sentido, este sistema veio introduzir uma nova conceção e organização dos serviços de Ação Social local, envolvendo vários parceiros sociais, sobretudo entidades públicas que tinham atendimento social e, onde cada entidade contribuiu com recursos seja logísticos, humanos ou financeiros, com vista a uma melhor adequação das respostas e à otimização de recursos. Inicialmente, foi testado na freguesia de São Brás, sendo que, atualmente, está circunscrito a seis e estando programada a extensão a todo o concelho, com a programação da reestruturação das freguesias que se espera vir a acontecer por imposição governamental e reflexo da crise económica que se sente no país.

Os objetivos que se têm vindo a destacar no âmbito da metodologia de atendimento integrado, têm sido: uma maior aproximação das instituições às pessoas, bem como diminuição do tempo de espera entre a realização do diagnóstico e a(s) resposta(s) ao(s) problema(s) identificado(s) e a focalização nos sujeitos de atenção social, através da introdução de uma abordagem multidimensional das situações e da complementaridade de respostas entre as várias instituições.

De acordo com a avaliação efetuada, no âmbito da rede, é a de que este sistema de atendimento”é considerado uma “boa prática”, passível de disseminação para outros contextos territoriais fora da Rede da Amadora” (Pegado e Saleiro,2009:52), potenciando a partilha de conhecimentos e a rentabilização de recursos. Tem sido um projeto que tem sofrido “*várias transformações ao longo dos tempos... o objetivo era responder às necessidades da população, durante as respostas e qualificando as respostas e em função disso..Foi um projeto que teve sempre que se ir adaptando às realidades que estavam a surgir... portanto não foi um projeto com um processo estanque, teve ao longo dos tempos várias transformações em função das avaliações e em função das necessidades do território*” (Ent. 1).

Em termos gerais, tem-se verificado que o projeto tem permitido chegar a mais pessoas e a grupos-alvo cada vez mais diversificados.

A intervenção tem na sua base a figura de um gestor de caso, um técnico de Serviço Social, que funciona como mobilizador dos processos de inserção dos sujeitos de intervenção social. Neste sentido, implica uma constante atualização do ponto de vista técnico, logo *“Deve ser uma pessoa que deve estar constantemente atualizada em termos dos apoios, de tudo o que existe ao nível da ação social. Tem que ser uma pessoa que tenha formação contínua, estar sempre atualizada do que vai saindo ao nível de legislação e que, efetivamente, seja a pessoa que passa essa informação e que, com o utente, definem a prioridade, qual o caminho a seguir, sempre com um objetivo final”* (Ent.1)

O gestor de caso, integrando uma multiplicidade de competências, tem a função de gerir e mobilizar de forma coordenada o trabalho de equipa entre diferentes técnicos e instituições, congregando toda a informação inerente aos sujeitos de atenção social. Através do desenvolvimento de uma relação terapêutica de ajuda, o gestor de caso potencia nos sujeitos a consciencialização no sujeito da situação-problema, mobiliza recursos e respostas através da articulação com outras instituições e serviços, representando os seus interesses e defendendo os seus direitos. Através da capacitação, contribui para o processo de autonomia e empowerment dos mesmos. Todo este processo tem por base a definição em conjunto de um plano individual de inserção, inscrito num Contrato assinado por ambas as partes, o Contrato Familiar e que conta com a participação dos indivíduos desde a sua conceção à avaliação e com responsabilidades partilhadas, respeitando-se sempre o princípio da autodeterminação e da capacidade de decisão do próprio.

Destacou-se, porém, a necessidade de criar serviços especializados em problemáticas específicas de intervenção, como exemplo a Toxicodependência/Sem-abrigo e Violência Doméstica que, pela dimensão da problemática, carecem de uma intervenção especializada e exigem que os gestores de caso tenham um know-how constantemente atualizado sobre a mesma. Isto acontece *“porque as pessoas têm handicaps maiores que os outros e o trabalho tem de ser mais objetivo, tem de ser diferenciado em termos de intervenção, daí a questão do atendimento especializado”* (Ent. 1)

O Serviço de Atendimento Especializado direcionado para pessoas toxicodependentes e sem-abrigo, insere-se no Projeto Passa a Palavra, desenvolvido pela Divisão de Intervenção Social desde 2001 e que tem como objetivo principal contribuir para a inserção e autonomia dos grupos vulneráveis como sem-abrigo e toxicodependentes, através da mobilização de meios e recursos, da informação, orientação e de um acompanhamento de proximidade. Inicialmente, este serviço apenas utilizava a metodologia de atendimento integrado nas freguesias em que o sistema estava implementado mas, desde 2010, passou a vigorar em todas as freguesias.

O problema da toxicodependência, apesar de não ser uma área considerada muito problemática no Concelho, estando sobretudo circunscrita aos bairros degradados, tem vindo a ser alvo da implementação de diversos projetos, seja na área da prevenção como do tratamento. Isto deve-se ao

facto da “toxicod dependência desencadeia e acarreta entre si muitas outras situações negativas com influência na estabilidade pública” (CMA, 2008:58). Destaca-se assim, a existência de uma Equipa de Tratamento, responsável pela prestação de cuidados de saúde integrados a toxicod dependentes; o Programa Troca de Seringas que tem adequado a sua intervenção de acordo com os locais de consumo de drogas identificados ao longo dos anos e, desde 2009, a existência de um Programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos, dando resposta a utentes mais desorganizados do ponto de vista de saúde.

Estas respostas refletem uma intervenção focalizada, centrando-se nas características do território e adequando-se às necessidades que se vão evidenciando. Paralelamente, representa o trabalho de parceria entre entidades públicas e privadas. Estes projetos integram na sua génese, orientações e diretrizes do Plano Nacional contra a Droga e Toxicod dependências 2005-2012, um plano aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros 115/2006 e que, por sua vez, integra na sua génese diretrizes da Estratégia Europeia de Luta contra a Droga 2005-2012 e do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

3. Metodologia de investigação

Tendo por base o método científico indutivo-dedutivo, partiu-se da observação e da recolha de informação para se verificar se as hipóteses apontadas no enquadramento teórico se verificam na realidade ou não. Com o objetivo de explorar a intervenção do Serviço Social, nomeadamente da metodologia do atendimento e acompanhamento integrado, efetuou-se um estudo do tipo descritivo e exploratório para se perceber as variáveis que se vão observando e as suas relações.

Iniciou-se o estudo com a Pesquisa Documental, tendo sido analisadas fontes primárias e secundárias, documentos escritos, estatísticos e estudos realizados que permitiram a recolha de informação e a definição do quadro teórico de base, possibilitando uma melhor compreensão dos conceitos subjacentes à metodologia de atendimento integrado e orientando as questões de investigação. Houve necessidade de recorrer a literatura estrangeira, uma vez que havia pouca literatura em portuguesa sobre a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado. Foram realizadas fichas de leitura e uma seleção da informação necessária para responder aos objetivos propostos na investigação.

Definido o universo populacional, optou-se por privilegiar a técnica da entrevista como recolha de dados, técnica muito utilizada na área das Ciências Sociais. O tipo de entrevista considerada mais adequada para o estudo proposto foi a entrevista semidiretiva, uma vez que possibilita um certo grau

de liberdade na abordagem às questões formuladas, sendo uma mais valia, na medida em que deixa em aberto a possibilidade do entrevistado refletir e abordar os temas de forma livre.

Inicialmente, foi efetuada uma entrevista exploratória, aplicada à Chefe da Divisão de Intervenção Social da Câmara Municipal da Amadora, município onde recaiu a investigação do ponto de vista empírico. Foi seguido um guião com 8 questões definidos de acordo com a pesquisa documental, tendo, no decorrer da entrevista aparecido novas questões.

Este tipo de entrevista foi aplicada também aos dirigentes e aos assistentes sociais, na medida em que se procurou inquirir um conjunto de informadores qualificados e com especial relevância para o estudo, tendo em conta a sua experiência. Seguiu-se um guião de entrevista, no qual se propôs aos participantes que reflectissem sobre determinados temas, tendo tido o entrevistador o papel de orientador no desenrolar da entrevista. Em cada entrevista, foi pedido o consentimento para gravação em áudio e divulgação dos resultados.

Tendo por base os dados apurados referentes ao ano de 2011, como universo de estudo, consideraram-se as 73 instituições inscritas no CLAS, com sede no concelho ou com intervenção no mesmo e respetivos técnicos, englobando as instituições públicas obrigatórias (Segurança Social, Saúde, Emprego e Educação) e as IPSS. A amostra escolhida seguiu a técnica da amostragem não probabilística por conveniência, destacando-se um total de 10 instituições do concelho para aplicação de entrevistas, divididas entre cinco dirigentes e cinco assistentes sociais, escolhidas de acordo com a pertinência para a problemática em causa, a da toxicodependência.

Relativamente aos sujeitos de atenção social, os toxicodependentes, foi aplicada a técnica do focus-group, uma forma de discussão estruturada, onde foram apresentados os temas alvo de discussão e estes se pronunciaram sobre os mesmos. Através desta metodologia foi possível a clarificação dos pontos de vista e opiniões dos participantes. Sendo difícil de determinar um número exato de sujeitos, por se tratar de uma população volátil e um problema que nem sempre é reconhecido pelos próprios, estabeleceu-se como base de análise o número de pessoas inscritas nas instâncias de tratamento pertencentes ao concelho da Amadora. Neste sentido, foi apurado um número total de 558 inscritos nas instâncias de tratamento, sendo que 124 estão em baixo limiar e 434 em programas de alto limiar e consulta terapêutica. No âmbito do Serviço de Atendimento Especializado Passa a Palavra, no ano de 2011 foram abertos 124 processos de sujeitos toxicodependentes, correspondendo 50 a processos de 1º linha e 74 a processos de gestão. Em termos de características são maioritariamente do género masculino, solteiros, com baixa escolaridade e agregados familiares isolados ou com pouco suporte familiar.

Como amostra escolhida para integrar o focus group, foi seleccionado um grupo de 7 elementos, com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos, integrados em programa de tratamento terapêutico e abrangidos pelo Serviço de Atendimento Especializado, que se rege pela metodologia de

atendimento integrado. Destaca-se o facto de nas primeiras duas sessões, terem estado presentes os 7 elementos e na segunda sessão, ter havido uma desistência.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral de audio para linguagem escrita, cujo conteúdo foi analisado criteriosamente, através da elaboração de grelhas de análise mistas, o que permitiu a identificação de temas e respetivas categorias. Esta técnica permite, segundo Guerra (2006), o confronto entre o quadro teórico e a informação recolhida, permitindo “interpretar os varios discursos dos entrevistados, as suas ideias, opiniões e “fazer inferências, pela identificação sistemática e objetiva das características específicas de uma mensagem”(Holst in Ghiglione e Matalon,1992: 184). Para P. Henry e S. Moscovici, “tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo” (in Bardin, 2009:34).

CAPÍTULO III

Contributos metodológicos para o Serviço Social

1. Análise e interpretação de dados

Os resultados apresentados correspondem ao trabalho empírico desenvolvido ao longo dos meses de Abril, Maio, Junho e Julho de 2012.

A técnica utilizada para recolha de informação foi a entrevista, considerando-se uma escolha “adequada aos objetivos da pesquisa”(Carmo,1998:34), pois para além de ter possibilitado explorar a capacidade de reflexão dos entrevistados, permitiu que não se cingissem apenas aos temas propostos. Neste sentido, foram efetuadas entrevistas a 5 Assistentes Sociais, da área da Saúde, Juntas de Freguesia, Autarquia e IPSS, inseridos no Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado e/ou com participação ativa no âmbito de intervenção da parceria do Serviço de Atendimento Especializado. Em termos gerais, os técnicos entrevistados apresentaram todos experiência profissional de atendimento social com mais de cinco anos de atividade e com intervenção no concelho da Amadora há mais de dois anos, destacando-se três com uma vasta experiência na área da toxicodependência e os restantes de atendimento social.

Paralelamente, realizaram-se 5 entrevistas a dirigentes de instituições pertencentes ao CLAS, escolhidos de forma aleatória, mas cuja intervenção estava inscrita na metodologia de atendimento e acompanhamento integrado ou que, de certa forma, tiveram um papel relevante na elaboração e implementação do projeto ou com ligação direta no dia-a-dia profissional.

No que respeita aos sujeitos de intervenção social, foram realizadas duas sessões de focus group com duração de hora e meia. Todos os participantes escolhidos estavam abrangidos pelo Serviço de atendimento especializado, embora com diferentes percursos e timings de acompanhamento social. O grupo que aderiu à atividade proposta, tinha como características: idades compreendidas entre os 37 e os 47, do género masculino, maioritariamente solteiros ou separados e vivendo em famílias monoparentais ou isolados e em programa de tratamento terapêutico à toxicodependência.

As diversas respostas recolhidas, apresentaram discursos comuns e convergentes nalguns pontos de vista, contudo, de acordo com o papel de cada um, há uma tendência para haver posições marcadamente específicas de cada grupo de participantes.

Para se perceber melhor como surgiu a necessidade de introduzir uma nova metodologia de atendimento e acompanhamento social no concelho, foi realizada uma entrevista exploratória com a

Chefe da Divisão de Intervenção Social da autarquia. Neste sentido, foi fácil perceber que esta metodologia surgiu com base na “ *reflexão feita pelos parceiros(...)*” (Ent.1), que consideraram que “*(...) o atendimento era mais confuso(...)mais centralizado num número de técnicos restrito, no ISS e nas Juntas (...)*”(Ent.3), mas que este não respondia às necessidades das populações-alvo.

A maioria dos entrevistados, divididos entre técnicos e dirigentes, evidenciaram como problema “*(...)uma elevada duplicação nas intervenções sociais sobre o mesmo indivíduo/família, o que dava lugar a duplicação de apoios ou o inverso, que era a ausência de intervenção por se considerar que a situação estaria a ser resolvida por outro técnico/entidade.(...)*” (Ent.6), o que fazia com que se perpetuassem as situações, tendo em conta que o “*(...)problema base da pessoa não era resolvido(...)*” (Ent.1).

Inscrita no âmbito do Programa Rede Social e procurando a minimização e resolução das situações de pobreza e exclusão social, a metodologia de atendimento e acompanhamento integrado, tem como finalidade ser uma resposta aos problemas sociais identificados no concelho da Amadora, tendo por base um trabalho de parceria e uma lógica de otimização e rentabilização dos recursos do concelho.

Um desses problemas é a toxicodependência, que “*(...)é um dos problemas sociais com maior peso no concelho. Penso que a proliferação de bairros degradados que se assistiu desde a década de 60 na cidade(...)*”(Ent.12), ligados ao tráfico de estupefacientes, ou ao facto de ser um concelho bem servido de transportes públicos, faz com que se fique “*(...)com um problema acessório que é dos que vêm de fora e acabam por permanecer por aqui e fazer a vida deles por aqui, com todos os problemas sociais que estão associados (...)* e faz com que o fenómeno aumente a projeção (...)”(Ent.2.). Tendo em conta que é um problema que está relacionado com a marginalidade e, apesar de ter pouca expressão no concelho, o facto de poder colocar em causa a saúde pública, acarreta consequências graves a nível pessoal, conforme descrito pelos sujeitos de atenção social :“*(...) Ao começar a consumir drogas, a primeira consequência foi deixar os estudos, porque a necessidade de obter drogas, fez-me ir trabalhar (...)* Depois comecei-me a afastar dos meus amigos e posteriormente da minha família. A terceira, comecei a ficar sem objetivos de vida (...) com a vida do consumo veio a prisão e consequentemente, acabei por perder a convivência com os meus filhos (...)” (Ent.7). Paralelamente, associa-se a outros problemas sociais como “as questões da violência doméstica, insegurança pública associada à prática de crimes tais como furtos, agressões e tráfico de drogas, conferindo a esta problemática maior impacto social.”(CMA,2011:65)

Ao longo das entrevistas, verificou-se que são os assistentes sociais e os sujeitos de intervenção social que têm um melhor conhecimento e opinião sobre o problema da toxicodependência no

concelho, enquanto os dirigentes revelam ser um problema do qual não estão tão próximos, remetendo-o para outros parceiros, conforme descrito por um dos entrevistados:“(…) *Acredito que haja freguesias em que se sente mais do que outras, umas por falta de apoios, outras porque tinham o apoio e não querem ter, mas acho que deve ser um problema tomado a sério (…)*”(Ent.8). Na realidade, de acordo com a análise dos relatórios de monitorização do Projeto Passa a Palavra, são as freguesias de Mina, Venteira, Damaia e Falagueira, onde o problema se destaca mais.

É unânime a opinião de que, à semelhança do que acontece em termos nacionais, o concelho“(…) *esta sensibilizado e vai arranjanado respostas que permitem atenuar o problema e reduzir o impacto do fenómeno(…)*” (Ent.2), concentrando esforços numa política de proximidade e de descentralização de poderes, “(…) *impondo uma abordagem que rompa com quadros disfuncionais interiorizados pelos indivíduos com consumos problemáticos e invista na mudança(…)*”(Ent.11). Paralelamente há um investimento em termos de diagnóstico e de planeamento de uma estratégia de“(…) *intervenção nesta área(…)* *O fenómeno não está tanto a olho na comunidade, a Câmara tem tido uma preocupação com este grupo, que precisa de um acompanhamento próximo e individualizado e isso tem sido visto (…)* *com os projetos que têm vindo a ser desenvolvidos*”(Ent.4). “(…) *Em termos de tratamento tem-se evoluído bastante (…)*”(Ent.7), apostando-se cada vez mais na facilidade de acesso ao tratamento, bem como numa “(…) *vertente da reinserção social, através da atribuição de apoios económicos aos beneficiários, que possibilitem o processo de reinserção e da participação financeira a comunidades terapêuticas.*”(Ent.12), o que faz com que o problema vá estando controlado. Como todos os problemas sociais, tem registado mutações ao longo dos tempos, originando o aparecimento de novas respostas. Os sujeitos de atenção social alertam que “(…) *o consumo de heroína e cocaína está a baixar(…)*”(Ent.7), mas que os consumos se têm vindo a alterar, destacando que “(…) *estão a aparecer outras drogas(…)*”(Ent.7). Relativamente aos assistentes sociais, referenciam como substâncias alternativas o álcool como principal droga que “(…) *esta a ter mais expressão e esta mais difícil em relação a outro tipo de substâncias (…)* *é um problema muito espalhado pelos bairros e que as pessoas não procuram ajuda. Outro problema é o fato de ser campo de ninguém (…)*”(Ent.3) e onde ainda se registam alguns constrangimentos ao nível do tratamento.

Uma das respostas que o concelho apresenta para este grupo populacional é a Metodologia de Atendimento e Acompanhamento Integrado através de um Serviço de Atendimento Especializado, ao qual os sujeitos de atenção social podem recorrer diretamente, ou serem encaminhados pela Equipa de Rua (valência inscrita neste serviço) ou pelos parceiros sociais. Esta metodologia consagra um acompanhamento de proximidade e de forma sistemática, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, com formação de base generalista e específica na área das toxicodependências. Antes da implementação desta metodologia, o que se sentia era que “(…)“(…) *Cada um fazia por si, não se*

trabalhava em rede(...)”(Ent.9. Atualmente, e como em todas as problemáticas, verifica-se que há uma articulação direta com os parceiros chave nesta área, pois conforme descrito no Diagnóstico Social (2011), “O trabalho é sustentado em parcerias estabelecidas, possibilitando o atendimento integrado dos utentes, assim como a maximização e potencialização dos recursos existentes no território” (CMA, 2011;65), “(...) *tanto a nível humano como financeiro(...)*”(Ent12). Quase todos os participantes, consideram ser “(...) *uma mais valia haver o atendimento especializado, mais próximo pois estes grupos que recorrem ao serviço especializado são mais difíceis de inserir dos que outros(...)*” (Ent.1), ressaltando “(...) *a especificidade do problema e o peso que representa neste concelho (...)*”(Ent. 12), permitindo que haja “(...) *vantagens porque há mais conhecimento da problemática(...)*”(Ent. 3).

É evidente que é ao nível das instituições que mais se evidencia a mais-valia de um serviço de Atendimento Especializado dentro do atendimento integrado, pois “(...) *no atendimento geral não temos capacidade nem recursos para se acompanhar problemáticas muito específicas, tem de haver um backup que faça esse acompanhamento e apoio especializado(...)*”(Ent.10), que mais vantajoso quera o nível dos sujeitos de intervenção porque “(...) *permite uma abordagem diferente e mais direcionada. Evita a discriminação que às vezes há nalguns serviços e sabemos que isso acontece, a pessoa que atende já esta preparada para a problemática, percebe das necessidades e ajuda a pessoa que recorre ao atendimento (...)*”(Ent.8), quer ao nível do trabalho de parceria, porque “(...) *possibilita a facilidade nos procedimentos e canais estabelecidos com comunidades terapêuticas, centros de acolhimento, programas de tratamento, porque já há uma equipa que tem contatos privilegiados com essas instituições. (...)*”(Ent.9). Também os próprios sujeitos de atenção social reconhecem o trabalho de parceria e consideram-no “(...) *positivo, em parceria com o CAT. Uma coisa que tem sido sentida, é que há sintonia com outros serviços, é benéfico, porque não temos de estar a repetir ou a explicar tudo de novo (...)*”(Ent.7).

Relativamente à primeira questão de investigação levantada, se o sistema de atendimento e acompanhamento integrado responde às necessidades da população-alvo, nas respostas dos participantes verifica-se que maioritariamente consideram ser uma metodologia eficaz, porque procura dar resposta aos problemas que as pessoas apresentam no atendimento social. Esta procura segue uma perspetiva quer micro quer macro.

Na perspetiva micro, a questão das necessidades não foi muito evidenciada pelos participantes, com exceção dos sujeitos de intervenção social, que evidenciaram problemas de diversa ordem, como pessoais, económicos e sociais, que acarretam necessidades de diversa ordem e exigem respostas com vista à sua resolução. Neste sentido, a resposta passa pelo impacto que a intervenção tem sobre os sujeitos de atenção social, uma vez que todos consideraram ser difícil definir de forma isolada as áreas

da vida humana, sendo os processos tratados segundo uma abordagem sistêmica e “(...)como um todo(...)”(Ent.5). Depende do problema apresentado no atendimento, “(...)do que o utente nos traz, como está quando vem ter até nós, mas pode ser da área da saúde, familiar, emocional, profissional, educacional(...) são as que o utente trouxe(...)”(Ent.2).

Em termos gerais, foi salientado por todos os participantes que esta metodologia “(...) trouxe benefícios, mais respostas mais rapidez(...)”(Ent.10), para além de haver um sentimento de “(...)apoio e interesse (...)”(Ent.7) manifestado pelos sujeitos de atenção social.

O principal impacto é “(...)O enfoque no acompanhamento e no diagnóstico(...)” (Ent.1), uma vez que proporciona um acompanhamento efetivo às famílias, fato que não se verificava até à sua implementação. Este acompanhamento pressupõe a elaboração de um diagnóstico que conta com a participação e envolvimento quer dos sujeitos de intervenção social, quer de outras instituições, burilado pela figura do gestor de caso.

O gestor de caso“(...) é um técnico de Serviço Social(...), técnico que é responsável pelo processo de inserção daquele individuo ou família(...)” (Ent.1), cuja formação de base generalista, possibilita uma visão holista sobre as situações, adequando-se a cada problema. No caso do Serviço de Atendimento Especializado, o Assistente Social deverá ter uma formação específica na área, devendo estar “(...)constantemente atualizada em termos dos apoios, de tudo o que existe ao nível da ação social(...) com formação continua (...)porque as pessoas têm handicaps maiores que os outros e o trabalho tem de ser mais objetivo, tem de ser diferenciado em termos de intervenção(...)” (Ent.1) e “(...)O fato destas equipas terem um contato privilegiado (...)vai facilitar as respostas acionadas no acompanhamento e na condução do processo.(...)”(Ent.4). O gestor utiliza “um método sistemático e estruturado em elementos do processo de intervenção... procedimentos teóricos e metodológicos” (Ferreira, 2009:258). Este método consagra-se na mobilização dos recursos, na coordenação do trabalho de equipa entre diferentes técnicos e instituições e na representação dos sujeitos, defendendo os seus interesses e direitos, servindo de “(...) interlocutor privilegiado e facilitador do processo de comunicação entre o utente e os serviços, no sentido de evitar o tratamento em sistema de “pingue-pongue” entre as diversas entidades (...)”(Ent.12) e que tenha de se deslocar a varios serviços e contar a sua história varias vezes. Este técnico tem uma função pedagógica e terapêutica junto dos sujeitos de atenção social ao prestar a assessoria técnica defendida por Becket (2010), utilizando a comunicação, a escuta ativa e uma atitude de não julgamento, estabelecendo um acompanhamento de proximidade que “(...) permite ir estabelecendo pequenos passos, para se dar de cada vez.(...)” (Ent.5) e “(...) faz com que se conheçam melhor as pessoas e adequem as respostas e nos possam ajudar da melhor maneira.(...)” (Ent.7), orientando na reconstrução do seu projeto de vida. É unânime

a opinião de que o acompanhamento “(...) *tem que ser adequado para aquela pessoa de acordo com o seu ponto de partida e perceber que aquela pessoa ate ao momento não conseguiu determinadas coisas porque não tem estrutura para tal(...)*”(Ent.9), respeitando a individualidade e o ritmo de cada pessoa. Este principio é reforçado pelos sujeitos de atenção social, pois sentem que “(...) *O acompanhamento que é feito a cada utente, parece-me que é muito ponderado, é quase que, personalizado (...)* *A capacidade de resposta perante o que se dá, ou seja, se não der por uma via, vai-se por outra. O fato de se adaptar a vários problemas, dar várias respostas (...)*”(Ent.7). A metodologia de gestão de casos potencia a capacidade de acompanhamento, porque permite um constante follow-up dos processos o que “(...) *implica que, mesmo que o utente deixe de comparecer, quer num ou outro serviço, ele está sempre vinculado àquela figura(...)*” (Ent.2), o que possibilita que se retome o acompanhamento do ponto de partida e conseqüentemente, faz com que aumente a capacidade de eficácia e eficiência.

Paralelamente, na perspectiva das instituições, através dos dirigentes e dos assistentes sociais, foi realçado o envolvimento real dos sujeitos de atenção social “(...) *pois ele é o principal agente da sua própria mudança (...)*”(Ent.6), favorecido pela relação de confiança estabelecida entre técnico e sujeitos, que “(...) *acaba por funcionar como um compromisso(...)* (Ent.4). O compromisso tem sempre como objetivo final a mudança e na perspectiva do “(...) *que se pode fazer para que ele se autonomize (...)*” (Ent.2) dos serviços, havendo sempre “(...) *uma perspectiva de futuro do que o que é que poderá se fazer com esta ou aquela situação (...)*”(Ent.9).

Na perspectiva macro, este sistema de atendimento, através da inscrição de dados numa base de dados comum, permite que sejam identificadas necessidades comuns nos sujeitos de intervenção social e que se tenham “(...) *vindo a criar respostas para as necessidades sentidas(...)*”(Ent.10), procurando-se sempre “(...) *desenvolver um projeto ou uma resposta que respondesse a essa necessidade(...)*”(Ent.9), de forma a criar condições para que as desigualdades sociais sejam minimizadas e contribuindo para o bem-estar social, conforme preconizado nos principios da estratégia nacional para a inclusão (PNAI: 2006-2008).

Relativamente à segunda questão de investigação, se este sistema de atendimento e acompanhamento integrado contribui para o processo de capacitação e empowerment de toxicodependentes, as respostas são positivas, tendo sido os assistentes sociais os que mais evidenciaram esta questão. Tendo em conta que o principal objetivo desta metodologia é otimizar o funcionamento dos sujeitos, tornando a intervenção mais eficaz e eficiente face às necessidades identificadas em cada caso, isto só é possível através do estabelecimento de uma relação de confiança com os sujeitos, “(...) *relação de confiança que faz com que se de a cana e ensinem a pescar, ajudam*

na capacitação(...)o técnico so esta para elucidar, informar, leva-lo a perceber o problema e o utente é que tem que sentir o peão principal do jogo e que tem a capacidade de mudar. É fundamental que o utente sinta que é capaz(...)”(Ent.4). O processo de capacitação que, segundo Payne (2002) confere aos sujeitos a capacidade de decisão na sua vida, faculdade que só se consegue restituir ao sujeito através de um contacto sistemático e direto e de um envolvimento efetivo de todos os intervenientes. Como principal motor de toda a intervenção, o assistente social age como parte integrante de um sistema de redes, conforme destaca Guadalupe, citando Alarcão, através das funções de “investigar-sugerir-reorganizar-sugerir de novo” (2009:36), competindo-lhe o papel de fomentar a participação dos sujeitos, desde a fase de diagnóstico, favorecendo a identificação de necessidades e reforçando as suas potencialidades. Este procedimento vai orientá-los na tomada de decisões e conduzi-los a que consigam “(...) *ultrapassar dificuldades, aprender a gerir a sua vida de forma autónoma, com prazer (...)Nos somos a almofada, mas uma almofada pequena para os utentes que andam na corda bamba. Esta mão não é uma mão qualquer, é uma mão cuidadora (...) Tem essa função mas não é assistencialista (...)*”(Ent.3), pois o sujeito de atenção social é que “(...) *o agente da ação(...)*”(Ent.2).

Tendo como principal finalidade o empowerment dos sujeitos, isto só é possível “(...) *se partir de um bom diagnóstico técnico, partindo do ponto de partida da pessoa. Eu não posso pedir a um tetraplégico que no final comece a andar, esta e a única forma de mudança(...)*”(Ent.9). Paralelamente, o acompanhamento sistemático e de proximidade, sobretudo na população toxicodependente, que se apresenta, regra geral como muito desconfiada e descrente face aos serviços, é salientado por todos os participantes porque potencia nos sujeitos o autoconhecimento e o “(...) *fato de ser um serviço onde têm confiança em nós, faz com que comecemos a confiar mais em nós(...)*”(Ent.7), ajudando no processo de capacitação e de empowerment.

Este trabalho não é linear, acaba por ter sucessivos avanços e recuos, permitindo o crescimento pessoal, sendo necessário ser alvo de avaliação “(...) *em que se faz o ponto de situação e se verifica o que já foi feito e o que falta fazer, onde se falhou*”(Ent.2).

A ideia principal que foi passada pelos participantes, sobretudo os assistentes sociais, é que esta metodologia deverá ter por base um “(...) *serviço social deve ser de intervenção e não de protecionismo, que fomente a proatividade. (...)*”(Ent.10), rompendo a vertente assistencialista que a Ação Social estava a passar para a comunidade, porque ainda sentem que “(...) *Há sempre aquela questão que estamos a fazer o trabalho da Segurança Social, porque a pessoa vai sempre na perspetiva do subsídio, mas nos trabalhamos as várias vertentes da vida da pessoa(...)*”(Ent.9).

Por fim, respondendo à terceira questão de investigação, sobre o impacto do sistema de atendimento e acompanhamento integrado nos sujeitos de atenção social, na família e nas instituições?, aquilo que se verifica é que a metodologia de trabalho tem impacto na vertente dos sujeitos e das instituições, havendo pouca ou nenhuma referência à família. Isto contraria os princípios da abordagem sistémica, em que se deve ter em linha de conta todas as redes envolventes aos sujeitos. A família, como rede primária que é, é uma área pouco valorizada por qualquer um dos participantes. Isto pode explicar-se pelo fato de, através da observação participante, se poder concluir que se se aplicasse na maioria dos processos sociais em acompanhamento, o mapa da rede, este grupo revelaria fragmentos, porque ou os sujeitos de atenção social já não têm família ou a relação é muito conflituosa e leva muito tempo a intervir, não querendo haver envolvimento de parte a parte. Neste sentido, será uma área a investir em investigações futuras e, paralelamente, na prática.

Ao nível das instituições, é possível verificar-se que o impacto do atendimento integrado foi “(...) *A rentabilização e otimização de recursos(...)* e se essa rentabilização de recursos não tivesse sido feita, acho que já não haveria recursos nem pouco mais ou menos para toda a gente” (Ent.1), caso contrário, o concelho estaria a passar atualmente por maiores dificuldades ao nível das respostas e apoios existentes. Com a implementação do sistema de atendimento e acompanhamento integrado, os serviços locais reorganizaram-se no sentido de uma maior convergência de esforços “(...) *porque há partilha de recursos, mais conhecimento de recursos, mais partilha, o que beneficia os utentes. Consegue-se uma resposta mais abrangente (...)*” (Ent.3) e “(...) *não se duplica conhecimentos nem procedimentos(...)* não há duplicação a todos os níveis de intervenção (...)” (Ent.5), o que tem promovido um efetivo trabalho de parceria. Considera-se que o grande objetivo alcançado no que respeita às instituições foi o reforço do trabalho de parceria, que é fundamental, porque sobretudo na área da toxicodependência, em que “(...) *a par dos cuidados de saúde, as necessidades sociais são muito vincadas, nós temos de recorrer sempre aos parceiros sociais, porque de outra maneira não conseguiríamos ajudar o utente no projeto de vida (...)*” (Ent.2). Os próprios sujeitos de atenção social sentem que “(...) *há sintonia com outros serviços, é benéfico, porque não temos de estar a repetir ou a explicar tudo de novo.(...)*”(Ent.7), o que possibilita uma melhor eficácia na prestação de serviços. É essencialmente por este motivo que no Plano Nacional para a Inclusão Social (2006/08), o atendimento integrado é considerado uma boa prática.

O trabalho de parceria, impulsionado pela Medida Rede Social, pressupõe que “(...) *em cada comunidade se criem novas formas de conjugação de esforços, se avance na definição de prioridades e que, em suma, se planeie de forma integrada e integradora o esforço colectivo através da constituição de um novo tipo de parceria entre entidades públicas e privadas (...)*”(Ent12) e só se efetivar se houver uma constante articulação e partilha de informação, desde a fase de diagnóstico à de

avaliação da intervenção, passando pela fase da intervenção propriamente dita. No concelho da Amadora “(...) *Tem-se procurado desenvolver nos parceiros a partilha de informação e incentivado a participação e colaboração de todos (...) Os técnicos estão cada vez mais próximos (...)*”(Ent.8). Contudo, apesar de se considerar que “(...) *O trabalho em rede e de parceria é muito positivo (...)*”(Ent.10), ao nível das Comissões Sociais de Freguesia verifica-se que tem “(...) *havido um esforço, no sentido de conseguirem a sua implementação e constituírem-se como plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social(...)*”(Ent12), mas ainda fica subjacente a ideia que esta filosofia ainda não foi interiorizada por todas as instituições, constatando-se que “(...) *há parceiros que se revem nesta questão da parceria do que em relação a outros mas isso não é só na rede mas em todo os projetos em que nos acabamos de envolver. (...)*”(Ent.4). Destaca-se a necessidade de uma maior consciencialização do que é “(...) *o conceito de intervenção em rede no sentido real do que é... faz falta reuniões conjuntas entre instituições e com a presença dos utentes para se definir coisas (...)*”(Ent.3), sendo que esta intervenção pressupõe “(...) *igualdade entre os parceiros, na consensualização dos objetivos e na concertação das acções desenvolvidas pelos diferentes agentes locais. (...)*”(Ent.12) Em termos nacionais, a primeira avaliação do atendimento integrado também divulgou a “persistência de culturas organizacionais fechadas, o que conduz a dificuldades de algumas aderirem a esta metodologia, resistindo à adaptação de novos procedimentos e criterios de avaliação uniformizados”(PNAI:2006:96).

No que respeita ao impacto que o sistema de atendimento e acompanhamento integrado tem tido sobre os sujeitos de intervenção social, a análise tem em linha de conta duas perspetivas. Numa perspetiva mais generalista, segundo os representantes das instituições e dos assistentes sociais, esta metodologia permite responder de forma mais eficaz aos problemas sociais que os sujeitos de atenção social vão apresentando porque “ (...) *O SAAI foi um projeto que teve varias transformações ao longo dos tempos... o objetivo era responder as necessidades da população(...)*” (Ent.1), logo tem procurado adaptar-se às necessidades e características dos grupos-alvo que a ele recorrem e “(...) *As coisas estão mais funcionais e no sentido de mais convergência(...)* *Ao nível das pessoas trouxe benefícios, mais respostas mais rapidez(...)*”(Ent10). Numa perspetiva mais micro e avaliando o que os próprios sujeitos de atenção social dizem, o projeto tem um impacto positivo, salientando diversas razões como “(...) *O fato de se adaptar a vários problemas, dar várias respostas (...) a disponibilidade e a eficiência dos serviços, ou seja, a forma como tratam as coisas dentro do que é possível(...)* *A questão da proximidade do serviço e da disponibilidade para nos atenderem, ajuda bastante(...)*”(Ent.7). Também do ponto de vista dos assistentes sociais e dirigentes, esta metodologia tem um impacto positivo nos sujeitos de atenção social pelo “(...) *fato do utente perceber que é elemento essencial do processo(...)* *que se envolve no processo(...)*”(Ent.4) e também a mais valia de haver “(...) *uma relação estreita que é importante não haver muita gente a mexer(...)*”(Ent8), o que

permite criar um fio condutor no acompanhamento, não necessitando o sujeito de saltar constantemente de técnicos e de serviços. A utilização desta metodologia evidencia os princípios do Serviço Social, na medida em que se respeita o princípio da individualidade e da autodeterminação, tendo os técnicos um papel fundamental na promoção da participação efetiva dos sujeitos, tendo como proposição “(...) *A focalização no utente, eu acho, que e a base deste processo todo(...)*”(Ent.1). Numa área como a toxicoddependencia, cuja doença limita a capacidade de decisão dos sujeitos, o fato dos sujeitos estarem ligados a um gestor de caso que “(...) *que está com ele (...)*Funciona como uma bengala, que o utente tem de utilizar, ao longo do tempo cada vez menos(...)” (Ent.2), de quem se vai socorrendo para perceber as suas dificuldades e potencialidades e que o orienta na definição do seu projeto de vida. Paralelamente, este técnico funciona como mobilizador de recursos, através de advocacy, permitindo “(...) *facilidade destes utentes no acesso às mesmas (...)*quando ele vai aquela instituição, corre menos riscos de algumas adversidades que possam ter a ver com aquela instituição, que nos sabemos que existem, principalmente na área da toxicoddependência, que há preconceitos, estereótipos(...)”(Ent.2).

Do ponto de vista dos dirigentes e dos assistentes sociais, aquilo que mais se evidencia é o aumento do envolvimento dos sujeitos e a sua responsabilização, bem como o acesso aos recursos. No que respeita aos sujeitos de intervenção social, estes evidenciam o fato de haver um serviço de proximidade e acessível, bem como a existência de técnicos com disponibilidade para os ouvir, ajudando-os e orientando-os nas respostas, que, num trabalho conjunto vão avaliando os aspetos positivos e negativos dessas mesmas, permitindo o desenvolvimento de respostas mais adequadas.

Conclusão

A toxicodependência é um problema multidimensional, estando por isso interligado com outros problemas como a pobreza, a marginalidade ou a exclusão social. Não tendo grande expressão no concelho da Amadora, acarreta consequências sociais, económicas e problemas de saúde pública, o que exige uma intervenção adequada e abrangente. Como resposta, destaca-se a metodologia do atendimento e acompanhamento integrado, uma prática recente do Serviço Social, que visa responder às necessidades que o grupo dos toxicodependentes apresenta e que são de diversa ordem, através da intervenção de um serviço de proximidade e territorializado.

Da análise efetuada sobre esta metodologia, inserida no contexto da Acção Social local, verifica-se ser difícil tipificar as dimensões de intervenção do Serviço Social nesta área, é possível concluir-se que a sua intervenção é bastante abrangente. Replicando o modelo de gestão de casos da área da saúde, o Serviço de Atendimento Especializado integra na figura do gestor de caso, um técnico com formação em Serviço Social, de base generalista e ao mesmo tempo específica na área da toxicodependência, tendo como principal potencialidade a promoção de um acompanhamento efetivo e sistemático dos sujeitos de atenção social, facto que anteriormente à sua implementação não acontecia. Com base no estabelecimento de uma relação terapêutica e partindo de um diagnóstico que conta com a participação dos próprios sujeitos de atenção social e de elementos de todas as redes envolventes ao mesmo, potencia-se a optimização do funcionamento dos sujeitos, levando-os a tomarem decisões conscientes e fundamentadas e a estabelecer-se um plano de intervenção adequado a cada sujeito. A eficácia e eficiência verificam-se através de uma maior disponibilidade dos técnicos para o acompanhamento das situações, diminuindo os momentos de fragmentações no acompanhamento e o tempo de espera e aumentando a capacidade de resposta.

Esta metodologia não traz só benefícios ao nível dos sujeitos de intervenção social, mas também das instituições, porque o gestor de caso que fica responsável pelos processos é que acciona os recursos, evitando a duplicação de intervenções. Constitui assim, uma mais valia na intervenção em rede e no trabalho de parceria efetivo de partilha, em que a intervenção de de cada instituição se vai complementando, uma vez que há separação de tarefas e de papéis, mas sempre tendo presente a conjugação de esforços. O maior constrangimento demonstrado é que nem todas as instituições estão preparadas para a intervenção em rede na lógica de optimização de recursos, bem como para a problemática da toxicodependência. Verificam-se ainda alguns constrangimentos ao nível dos procedimentos e da forma como alguns parceiros assumem o seu papel na rede.

Como conclusão da investigação, sugere-se como temas para pesquisas futuras uma análise sobre o impacto da intervenção em rede e as suas mais valias num momento de crise económica em que o objetivo é uma maior optimização de recursos, à luz das perspetivas ideológicas sobre o partenariado. Propõe-se a aplicação da matriz de avaliação qualitativa elaborada, através de um estudo qualitativo exaustivo com recurso em termos metodológicos a estudos de caso abrangidos pela metodologia de atendimento e acompanhamento integrado desde o início de implementação da metodologia. Paralelamente e, tendo em conta que ao longo da pesquisa foi evidenciado o papel do Serviço Social na área da toxicodependência, considera-se pertinente a exploração do tema da relação terapêutica e de ajuda estabelecida com os sujeitos de atenção, integrando também o papel de mediação entre as várias redes envolventes.

Bibliografia

- Alcaide, Gregorio Gonzalez, Victor Agulló-Calatayud, Luis Fernandes, Juan Carlos Valdemarra-Zurrian, Rafael Alexandre- Benavent (2009), A Investigação sobre Toxicodependências em Portugal: produtividade, colaboração científica, grupos de trabalho e âmbitos de investigação abordados in <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Amaro, Maria Inês (2009), Identidades, Incertezas e Tarefas do Serviço Social Contemporâneo in *Locus Social*, nº2, págs. 29-46, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa
- Antunes, Adelino (2003), *A intervenção social de proximidade e a toxicodependência ou como o cuco põe os ovos nos ninhos dos outros* in *Toxicodependências*, volume 9, nº2, págs. 85-88 disponível em <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Aragão, M^a José e Sacadura, Rui (2002), *Guia Geral das Drogas - explicar seu mecanismo e as suas consequências*, Lisboa, Terramar
- Ávila, Patricia, (2008) *A literacia dos adultos: competências-chave na sociedade do conhecimento*, Lisboa, Celta
- Balsa, Casimiro e tal (2008) *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População geral, Portugal 2007*, Lisboa, IDT
- Barbosa, Jorge (2011) *Enfrentar novos riscos e resgatar a cidadania perdida: práticas do serviço social no seio das políticas de redução de danos* “ in *Toxicodependências*, volume 17, nº 1, pages 71-84 disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Bento, António e Barreto, Elias (2002), *Sem-Amor Sem-Abrigo*, Lisboa, Climepsi
- Beckett, Chris (2010), *Assessment and Intervention in Social Work- Preparing to practice*, London, Sage Publications
- CMA-GAS (2008) *Diagnostico Social da Rede Social*, Amadora, CMA disponível em <http://www.redesocial-amadora.com/site/conteudos.php?wm=25>
- CMA-CLAS (2011) *Diagnostico Social da Rede Social*, Amadora, A Cor Laranja- Projetos Gráficos

- disponível em <http://www.redesocial-amadora.com/site/conteudos.php?wm=25>
- Capucha, Luís e Paulo Pedroso (1996) (orgs.), *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 22 (Número especial sobre metodologias de avaliação).
- Capucha, Luis (2004) *Desafios da Pobreza- tese de doutoramento em sociologia*, Lisboa, ISCTE
- Carmo, Hermano e Ferreira, Manuela Malheiro (1998), *Metodologia de Investigação- Guia para auto-aprendizagem*, Universidade Aberta, Lisboa
- CESIS (2004) *Diagnostico Social da Rede Social*, Amadora, CMA disponível em <http://www.redesocial-amadora.com/site/conteudos.php?wm=25>
- Costa, Alfredo Bruto da et al (1999), *A Ação Social em Debate*, Lisboa, Direção Geral de Ação Social Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação
- Clavel, Gilbert (1998), *A Sociedade da Exclusão, Compreendê-la para dela sair*, Porto, Porto Editora
- Davies, Martin (2000) *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*, Oxford, Blackwell Publishing
- Davies, Martins (2008) *The Blackwell Companion to Social Work*, USA, Blackwell Publishing
- Delicado, Ana e Maria Eduarda Gonçalves (2007), Os portugueses e os novos riscos: resultados de um inquérito in *Análise Social*, volume XLII, págs. 687-718), Lisboa, ICS disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt>
- Dias, Fernando Nogueira(2001), *Padrões de comunicação na Família de Toxicodependente- uma análise sociológica*, Lisboa, Instituto Piaget
- Dominelli, Lena(2005), *Social Work Theory and Practice for a Changing Profession*, Australia, MelGray
- Ferreira, Jorge (2001), Serviço Social e Toxicodependência in *Toxicodependências*, volume 7, nº2, págs. 51-58 disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Ferreira, Jorge (2009), *Serviço Social e Modelos de Bem-Estar para a Infância: Modus Operandi dos Assistentes Sociais na Promoção da Proteção à Criança e à Família*, Lisboa, ISCTE

- Howe, David, (1993), *An Introduction to Social Work Theory*, Vermont, Ashgate
- Idanéz, Maria José Aguilar e Ezequiel Andre-Egg (2008) *Diagnóstico Social: conceitos e metodologias*; Porto, REAPN
- Idanéz, Maria José Aguilar (2001) *A ação social a nível municipal*, Coimbra, Fundação Bissaya-Barreto
- Fortin, Marie-Fabienne (2003), *O Processo de Investigação*, Loures, Lusociência
- Gauthier, Benoit (2003), *Investigação Social da Problemática à Colheita de dados*, Loures, Lusociência
- Godinho, José (2008) Discurso Direto (Toxico)dependências in *Toxicodependências*, volume 14, nº1, págs. 85-87 disponível em <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Hespanha, Pedro e Graça Rodrigues (orgs.) (2001), *Risco Social e incerteza Pode o Estado Social Recuar Mais?*, Porto, Edições Afrontamento
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009), *Linhas orientadoras para a intervenção social- Modelo de Intervenção em Reinserção*, Lisboa, IDT disponível em <http://www.idt.pt>
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2011), *Relatório Anual 2010- A situação do País em Matéria de Drogas e toxicodependência*, Lisboa, IDT disponível em <http://www.idt.pt>
- Ló, Alcina (2007) *Contextos de Trabalho e Processos de Integração de Toxicodependentes* –tese de Mestrado, Lisboa, ISCTE
- Ló, Alcina (2011) Integração Social e Estratégias de Mediação in *Toxicodependências*, volume 17, nº1, págs. 53-60 disponível em <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Maia, Fernando M. (1985) *Segurança Social em Portugal evolução e tendências*, Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento
- Miguel, Nuno (1997), Toxicodependência: Uma perspetiva in *Toxicodependências*, nº1, págs.25-30 disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2009), *Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas*

- Sem-abrigo*. Disponível em www.idt.pt
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, *Plano Nacional de Ação para a Inclusão 2006-2008*
Disponível em: www.portugal.gov.pt
- Morel, Alain; Harvé, François e Fontaine, Bernardo (1998); *Cuidados ao toxicod dependente*, Lisboa, Climepsi
- Mozzicafreddo, Juan e tal (1991), *Gestão e legitimidade no sistema político local*, Lisboa, Escher
- Mozzicafreddo, Juan (1997), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (2001) (orgs.), *Administração e Política – perspectivas de reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras, Celta Editora.
- Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes e João Batista (2003), *Ética e Administração Como modernizar os serviços públicos?* ,Oeiras, Celta
- Mouro, Helena e Dulce Simões (2001), *100 anos de Serviço Social*, Coimbra, Quarteto
- Muchata, Teresa e Martins, Carla (2010) Impacto da Toxicod dependência na parentalidade e saúde mental dos filhos - uma revisão bibliográfica in *Toxicod dependências*, nº1, págs.47-56 disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicoddependencias>
- Neto, Domingos (1996)- *Tratamento Combinado e por etapas de Heroinod dependentes. Características e Evolução de uma Amostra-* tese de doutoramento, Lisboa, Universitária Editora
- Payne, Malcolm (2002) *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto
- Patrício, Luís (1995), *Droga de Vida- Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand
- Patrício, Luís (2002), *Droga para que se saiba*, Lisboa, Livraria Figueirinhas
- Pegado, Elsa e Saleiro, Sandra Palma (2009) *Avaliação Externa da Rede Social da Amadora*, Lisboa, CIES-ISCTE
- Poiares, Carlos (2001) *Variações sobre a droga in Toxicod dependências*, volume 7, nº2 , págs.67-75 disponível em: <http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicoddependencias>

Quivy, Raymond e Campenhoudt, Luc Van (1998) *Manual de investigação para as ciências sociais*;
Porto, Gradiva

Reamer, Frederic (1994), *The Foundations of social work knowledge*, New York, Columbia University
Press

Reis, Felipa Lopes dos (2010) *Como elaborar uma dissertação de Mestrado*, Lisboa, Pactor

Restrepo, Olga Lucia Vélez; (2003); *Reconfigurando el Trabajo Social*; Estella (Navarra); Lizarra

Robertis, Cristina (2003); *Fundamentos del trabajo social-ética y metodología*, Valência, Nau Libres

Serrano, Glória Pérez (2008) *Elaboração de Projetos Sociais- casos práticos*, Porto, Porto Editora

Valentim, Artur (2000), O campo da droga em Portugal: medicalização e legitimação na construção
do interdito in *Análise Social* , vol. XXXIV(153), págs. 1007-1042 disponível em
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218801596A1cCP1wh2Ih99ST1.pdf>

Documentação técnica:

Moreno, Ana e Filipa Pontes (2008)- Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado - Manual
de Procedimentos, Amadora, CMA

Sites consultados:

http://www.who.int/topics/substance_abuse/

Legislação

Lei nº 4/2007 de 16 de janeiro

Lei 5-A/2002 de 11 de janeiro

Lei nº 159/99 de 14 de agosto

Lei nº197/97 de 18 de novembro

Resolução de Conselho de Ministros 115/2006 de 18 de novembro