



Universidades Lusíada

França, Paula
Granja, Berta Pereira, 1949-
Pires, Nuno, 1977-

O gestor de caso : elemento estruturante na intervenção social com às pessoas em situação de sem-abrigo

<http://hdl.handle.net/11067/7251>
<https://doi.org/10.34628/6da5-5s45>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O artigo apresenta os resultados de uma investigação qualitativa que utilizou entrevistas individuais a “gestores de caso” que na cidade do Porto trabalham no âmbito do NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem#Abrigo). Os gestores de caso são profissionais com formação inicial em educação social, psicologia e serviço social. O resultado das entrevistas foi complementado com grupos focais com gestores de caso, para aprofundar o debate sobre problemas, desafios sentidos e experiências vivid...

The article presents the results of a qualitative investigation that used individual interviews with “case managers” who work in the context of the NPISA (Homeless Planning and Intervention Unit) in the city of Porto. Case managers are professionals with initial training in social education, psychology, and social work. The interview results were complemented with focus groups with case managers, to deepen the debate on problems, challenges felt, and experiences lived by these professionals....

Tipo bookPart

Editora Universidade Lusíada Editora

ISBN 978-989-640-265-5

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-01T04:08:41Z com informação proveniente do Repositório

O gestor de caso – elemento estruturante na intervenção social com as pessoas em situação de sem-abrigo

FRANÇA, PAULA⁴⁴

GRANJA, BERTA⁴⁵

PIRES, NUNO⁴⁶

<https://doi.org/10.34628/6da5-5s45>

O artigo apresenta os resultados de uma investigação qualitativa que utilizou entrevistas individuais a “gestores de caso” que na cidade do Porto trabalham no âmbito do NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo). Os gestores de caso são profissionais com formação inicial em educação social, psicologia e serviço social.

O resultado das entrevistas foi complementado com grupos focais com gestores de caso, para aprofundar o debate sobre problemas, desafios sentidos e experiências vividas por estes profissionais.

Sei que seria possível construir o mundo justo
As cidades poderiam ser claras e lavadas
Pelo canto dos espaços e das fontes
(...)
Sei que seria possível construir a forma justa
De uma cidade humana que fosse
Fiel à perfeição do universo

Excertos do poema “A forma justa”
de Sophia de Mello Breyner e Andresen

⁴⁴ Assistente Social

⁴⁵ Assistente social, docente do ISSSP, investigadora do CLISSIS

⁴⁶ Psicólogo, docente do ISSSP, investigador do CLISSIS

Abstract

The article presents the results of a qualitative investigation that used individual interviews with “case managers” who work in the context of the NPISA (Homeless Planning and Intervention Unit) in the city of Porto. Case managers are professionals with initial training in social education, psychology, and social work.

The interview results were complemented with focus groups with case managers, to deepen the debate on problems, challenges felt, and experiences lived by these professionals.

SIGLAS utilizadas

AS- Assistente social

CNAI – Comissão Nacional de Apoio aos Imigrantes

GC – Gestor/a de Caso

E – Entrevistado

ES – Educador/a social

ENPISA – Estratégia Nacional de Planeamento e Intervenção com as Pessoas em Situação de Sem Abrigo

NPISA Porto - Nucleo de de Planeamento e Intervenção com as Pessoas em Situação de Sem Abrigo no Porto

ERPI- Estabelecimento Residencial Para Idosos

GF – Grupo focal

IPSS -Instituição Privada de Solidariedade Social

PSSA – Pessoa em Situação de Sem-Abrigo

Psic. – Psicologo/a

PII – Plano individual de inserção

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

Introdução

O fenómeno dos sem-abrigo nos meios urbanos é uma construção social que resulta de problemas estruturais da sociedade que condicionam as condições de vida dos mais pobres e que conduzem à situação de sem-abrigo. Bento (2002)

sem ignorar as condições objetivas da pobreza extrema, identifica ainda os problemas sentidos pela população sem-abrigo que resultam dos seus percursos de vida marcados, por ruturas com os vários sistemas que estruturam a vida, como a família, o emprego e a habitação, o que acaba por emocionalmente os divorciar das relações familiares e sociais.

Atualmente as políticas neoliberais têm contribuído para consolidar esta pobreza através da fragilidade das políticas sociais de habitação⁴⁷, desregulamentação e precarização do mercado de trabalho, desemprego, privatizações e enfraquecimento ou destruição dos serviços públicos (Harvey, 2005).

Viver em situação de pobreza persistente provoca um progressivo aumento de sentimentos de fragilidade, insegurança, perda de esperança e capacidade de resistir (Bauman, 2005), e agrava trajectórias de vida marcadas por perdas, rupturas, falta de oportunidades, recursos e referências identitárias positivas, o que conduz a identidades frágeis, perturbações mentais e consumos de substâncias (Paugam, 1991).

O gestor de caso (GC) como mediador entre o individual e o coletivo, articulador entre a subjetividade e as estruturas, assume um papel importante na estratégia nacional de apoio às Pessoas em Situação de Sem Abrigo (PSSA). Em síntese o GC é o rosto do social junto das PSSA, a sua ponte para os recursos da comunidade e ainda a plataforma de suporte para se organizarem como ator coletivo, e exercerem os direitos de cidadania como agentes de mudança social.

O artigo apresenta a experiência reflexiva sobre os desafios que se colocam aos GC, analisa a multiplicidade de atividades, atos profissionais e procedimentos que o acompanhamento social comporta no quotidiano: como ultrapassam os seus problemas na construção da relação de ajuda e na articulação com serviços e instituições diversas; como enfrentam os problemas de cooperação e organização dos recursos; como reconhecem a supervisão como espaço de aprendizagem reflexiva e de construção da inteligibilidade coletiva; como ensaiam ser autores da escrita profissional. Como agentes prioritários, asseguram um conhecimento de

⁴⁷ Verifica-se nas cidades como Lisboa e Porto uma especulação imobiliária, provocada pela exploração desenfreada de alojamento para a indústria do turismo; mercantilização sem regra da habitação a favor de uma burguesia nacional e estrangeira com poder económico; um sistema de arrendamento neoliberal instalado depois da crise de 2008, que retira oportunidades e segurança no médio e longo prazo a quem precisa de alugar casa.

proximidade insubstituível e constituem-se como ator coletivo que pode influenciar a concepção e aplicação de políticas e o ajustamento dos recursos.

Metodologia

A metodologia utilizada foi qualitativa. Foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas, administradas pelos investigadores aos gestores de caso. Alguns temas foram aprofundados e ampliados em 4 grupos focais, que se consideraram espaços de reflexão. Os focos de análise nos grupos focais foram os seguintes:

1. Identificação de percursos especialmente complexos que envolveram a actividade diversificada do GC em períodos muito longos.
2. A complexidade, continuidade, multiplicidade e modalidades da organização e gestão do tempo das actividades
3. Supervisão dos gestores de caso como espaço de auto e hétero reflexão e afirmação dos gestores como ator colectivo com voz na concepção, planeamento e execução das medidas
4. A escrita profissional,

O tratamento de conteúdo foi feito de acordo com os elementos estruturantes das funções e actividades apresentados no quadro nº 2.

Apresentação e análise dos dados quantitativos obtidos nas entrevistas aos gestores.

Quadro caracterização dos Gestores de Caso entrevistados

Quadro nº 1

Nº Entr.	Profissão	Tipo de instituição	Anos Exper.	Tipo de contrato
E1	Psic.	Serviço autárquico: Atendimento/Acompanhamento Social; Centro de acolhimento de emergência c/apoio de enfermagem, alimentação, vestuário e actividades ocupacionais	7	Efetivo

Nº Entr.	Profissão	Tipo de instituição	Anos Exper.	Tipo de contrato
E2	AS	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; Centro de alojamento e Apoio Domiciliário para pessoas com HIV; Centro ocupacional.	2	C. prazo
E3	AS	IPSS Atendimento/Acompanhamento Social; Equipe de Rua da área da saúde/Toxicodependência/ área oriental da Cidade; gabinete de apoio com refeições e higiene.	13	Efetivo
E4	AS	IPSS Atendimento/Acompanhamento Social; Alimentação; Higiene; Equipe de Rua da área da saúde/Toxicodependência/área ocidental da Cidade; Equipa de rua com Psiquiatra p/ pessoas em situação de Sem Abrigo; gestão de um programa para apartamentos partilhados para pessoas em situação de sem abrigo		C. prazo
E5	AS	Serviço Publico Atendimento/Acompanhamento Social; responsáveis pela aplicação do RSI; apoios económicos do sistema complementar da segurança social; gestão de vagas de 3 centros de acolhimento de emergência; gestão da equipe de Gestores do NPISA do Porto; apoio económico e protocolar a IPSS'S visando programas de alojamento de apartamentos partilhados	20	Efetivo
E6	AS	Serviço Publico Atendimento/Acompanhamento Social; responsáveis pela aplicação do RSI; apoios económicos do sistema complementar da segurança social; gestão de vagas de 3 centros de acolhimento de emergência; gestão da equipe de Gestores do NPISA do Porto; apoio económico e protocolar a IPSS'S visando programas de alojamento de apartamentos partilhados.	18	Efetivo

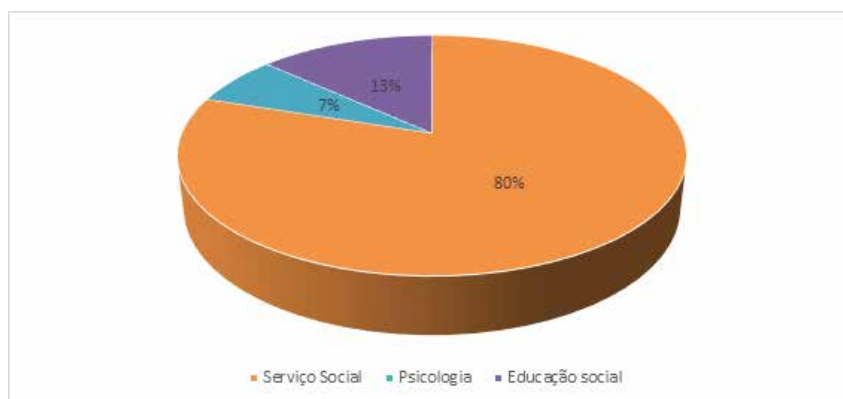
Nº Entr.	Profissão	Tipo de instituição	Anos Exper.	Tipo de contrato
E7	AS	Organização não-governamental Atendimento/Acompanhamento Social; Programas de formação, empresa para emprego protegido, atividades desportivas dirigidas a pessoas em situação de sem abrigo; organização da venda de uma revista a ser feita por pessoas em situação de sem abrigo	4	C. prazo
E8	AS	IPSS Atendimento/Acompanhamento Social; gestão de vários restaurantes solidários; equipe de rua de voluntários para distribuição de refeições durante a noite	6	C. prazo
E9	AS	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; Centro de alojamento e Apoio Domiciliário para pessoas com VIH; Centro ocupacional.	8	Efetivo
E10	AS	IPSS Atendimento/Acompanhamento Social; Equipe de Rua da área da saúde/Toxicodependência/ área oriental da Cidade; gabinete de apoio com refeições e higiene.	7	Efetivo
E11	AS	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; atividades ocupacionais e visitas de estudo.	14	Efetivo
E12	ES	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; Cento de alojamento/Comunidade de Inserção com alimentação; Serviços de apoio alimentar e higiene também a quem não está alojado; promove atividades ocupacionais e culturais	1	Efetivo

Nº Entr.	Profissão	Tipo de instituição	Anos Exper.	Tipo de contrato
E13	AS	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; Comunidade de inserção sem alojamento para prostitutos e prostitutas; serviços de higiene e atividades ocupacionais; equipe de rua da área da Saúde/área central da Cidade	12	Efectivo ? R.Verdes?
E14	ES	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; gere e concretiza um programas de apartamentos partilhados para pessoas em situação de sem abrigo	2	Efetivo
E15	AS	IPSS Atendimento /Acompanhamento Social; Direção, organização/dinamização de um Centro comunitário; serviço de apoio domiciliário	11	Efetivo

Resultados entrevista (Frequências)

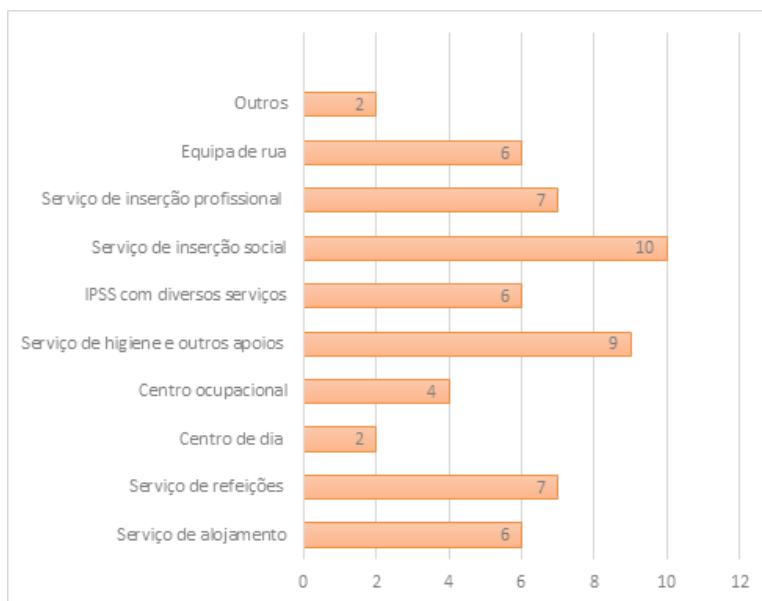
Pela análise das entrevistas podemos constatar que a nossa amostra é constituída por 15 profissionais, dos quais 12 (80%) são assistentes sociais, 2 (13.3%) educadores sociais e 1 (6.7%) psicólogo (Figura 1).

Figura 1 – Profissão



Estão identificados na Figura 2 o tipo de serviços oferecidos pelas instituições onde os profissionais entrevistados estão integrados.

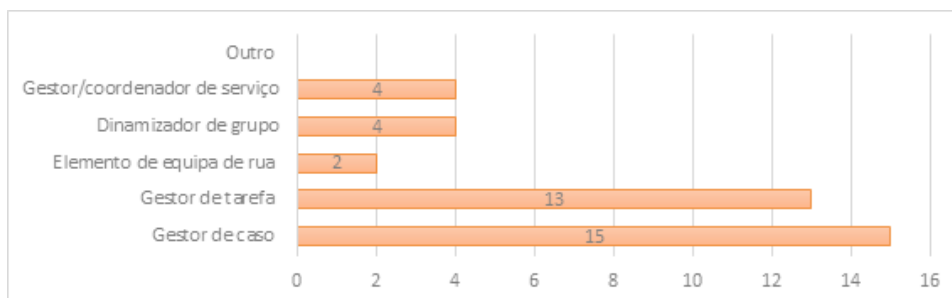
Figura 2 – Tipo de Serviços Oferecidos



Quanto às funções que desempenham no trabalho com a população sem-abrigo para além da sua função de gestor de caso, são também de gestores de tarefa (86.7%), dinamizadores de grupo (26.7%), coordenador de serviço (26.7%) e elemento de equipa de rua (13.3%). Alguns destes profissionais acumulam ou já acumularam diversas funções (Figura 3).

O papel do Gestor de Tarefa, em muitos casos, também é uma função do GC. O profissional assegura a função de GC relativamente às situações determinadas pelo NPISA, mas na resposta social onde trabalha, acompanha as PSSA que usufruem desse serviço, nomeadamente acompanha a PSSA na utilização do serviço específico (saúde, formação, alojamento, etc), e apoia a resolução de problemas na utilização do serviço em articulação com o gestor de caso.

Figura 3 – Funções Relativamente à População Sem-Abrigo



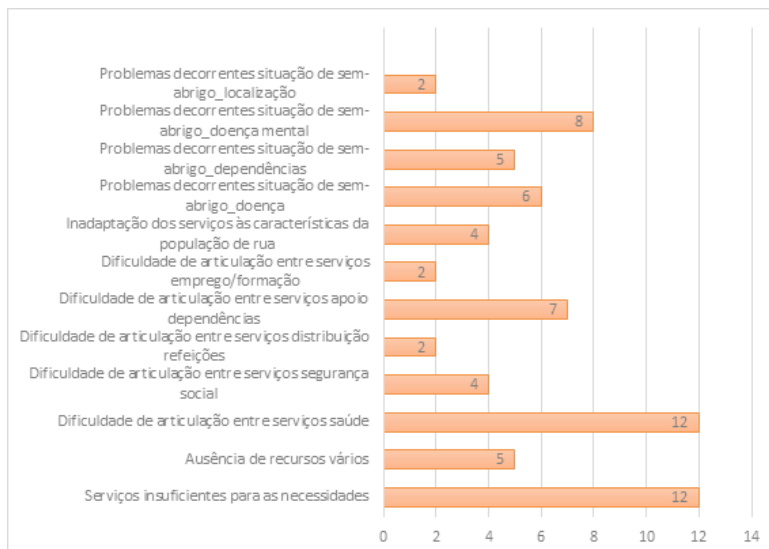
De acordo com as entrevistas feitas, os GC dispõem de condições nos estabelecimentos onde trabalham, tais como: sala própria para atendimento com garantia de sigilo e privacidade, e equipamentos como armários, computador e impressora, mobiliário adequado, e telefone e internet.

A E8 apresentou o problema das instalações de acolhimento estarem longe dos locais de pernoita das PSSA que acompanha.

Por outro lado no FG 1 um GC informou que teve que solicitar uma sala de acolhimento noutra parceira da rede, para evitar que as PSSA em processo de estabilização que acompanha, não tenham que conviver com espaços de consumo e venda de drogas, que se situam próximo do seu local trabalho habitual.

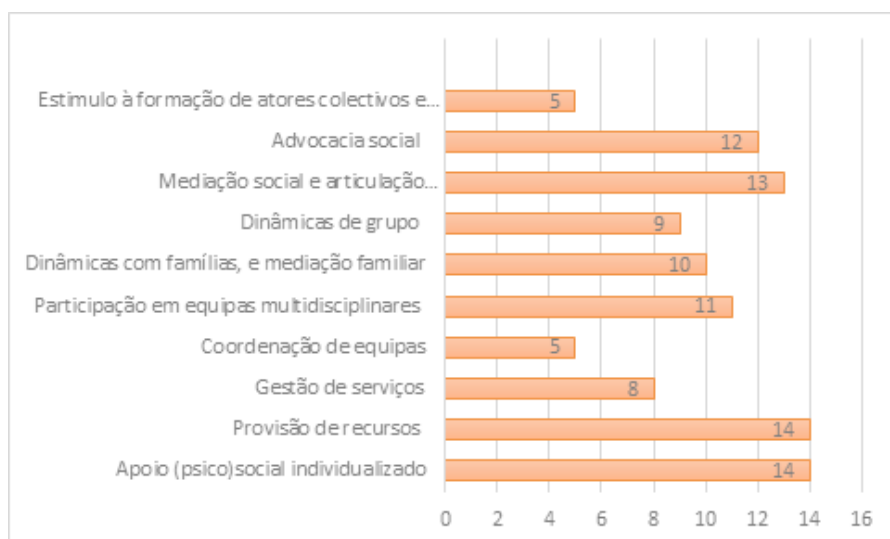
Ao analisar a Figura 4 em relação às dificuldades sentidas diariamente no exercício da sua profissão, verificamos que as mais assinaladas pelos profissionais relacionavam com a ausência de recursos a diferentes níveis: serviços insuficientes (80%), articulação com os serviços de saúde 12 (80%) e problemas de saúde mental criados pela situação de sem abrigo (53.3%).

Figura 4 – Principais Dificuldades Enfrentadas no dia-a-dia



Ao observar a Figura 5, no que respeita aos atos profissionais mais assinalados identificamos o apoio psicossocial individualizado (93.3%), provisão de recursos (93.3%), mediação social (86.7%), advocacia social (80%), participação em equipas multidisciplinares (73.3%); dinâmicas com famílias e mediação familiar (66.7%), dinâmicas de grupo (60%) e gestão de serviços (53.3%).

Figura 5 – Atos Profissionais mais Assinalados



No que concerne ao tempo de experiência de trabalho com pessoas em situação de sem-abrigo, constatámos que 86.7% dos participantes trabalham há mais de um ano nesta área, sendo o tempo médio de 8.96 anos, com um desvio-padrão de 5.90 e varia no intervalo de 1.5 a 20 anos. Destes profissionais constatamos que 47% participaram em ações de formação relacionadas com o trabalho com PSSA (Figura 6), sendo que 67% considera necessário receber formação nesta área (Figura 7).

Figura 6 – Participação em ações de formação direcionada para população em situação de sem-abrigo

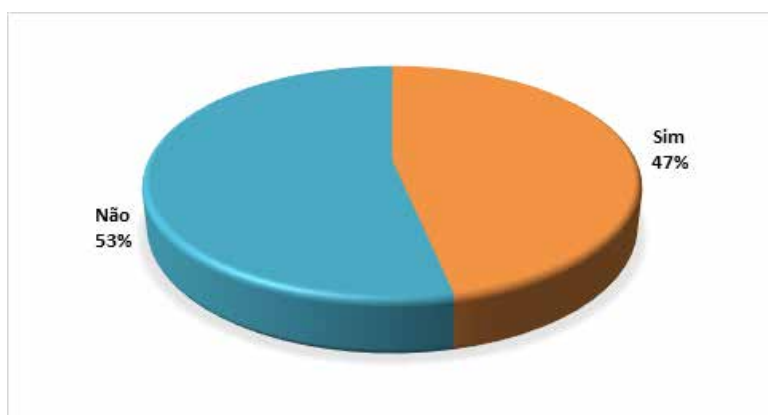
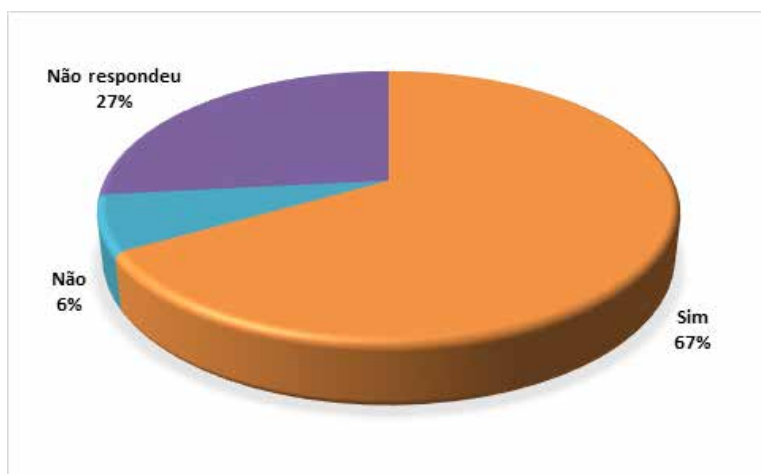


Figura 7 – Necessidade de fazer formação direcionada para população em situação de sem-abrigo



A estratégia define o número de 25 casos por gestor mas alguns ultrapassam esse número. O tempo de acompanhamento dos diferentes casos varia entre 1 mês a 252 meses.

Quando questionados se consideravam que os seus utentes tinham doença mental, as respostas variaram entre 0 e 30 casos ($M = 11.30\%$, $DP = 9.76$). No entanto, observa-se que destas, as que têm diagnóstico clínico efetivo oscilam entre 0 e 10 ($M = 3.20\%$, $DP = 3.00$) e só 2.0% dos utentes assume que tem um problema relacionado com a saúde mental. Em relação aos utentes que os profissionais consideram ter problemas relacionados com a dependência de substâncias, verificamos que a média se situa em 23 utentes com um desvio-padrão de 8.90, no intervalo de 7 a 37. Quanto ao número de utentes que reconhecem este problema varia entre 1 e 37 ($M = 19.0\%$, $DP = 12.0$).

ENPISA48 o “gestor de caso” como agente estratégico

A ENPISA reconhece a situação de sem abrigo como um problema social, estabelece medidas a serem aplicadas e prevê a disponibilização dos recursos necessários. Aponta processos e dinâmicas necessárias para o enfrentamento deste problema, sem ignorar as condições estruturais que estão na origem deste fenómeno urbano.

Como o artigo tem como tema central “*o gestor de caso*”, vai centrar-se na afirmação da estratégia sobre a qualificação da intervenção social e ainda na orientação que apresenta às diferentes entidades parceiras das redes sociais locais, para a necessidade de designar profissionais entre os seus recursos humanos, para constituírem a equipa de gestores de caso.

O modelo de intervenção prevê a necessidade de construção de uma relação privilegiada entre o gestor de caso e as PSSA. A intervenção social de proximidade que os GC podem garantir, representa para as PSSA acompanhadas, a referência de vinculação, o laço social possível para quem está em situação de exclusão. A sua intervenção enfrenta vários desafios:

⁴⁸ Estratégia Nacional planeamento e Intervenção com as pessoas em situação de sem abrigo - Resolução nº 107 aprovada em 2017

- 1. Afirmar e reconhecer os GC como agentes prioritários que intervêm na linha da frente**, implica serem ouvidos pelos decisores sob pena de a intervenção social ficar paralisada. O GC assegura a metodologia estabelecida pela estratégia, que estabelece como um princípio “*a garantia de uma intervenção centrada na pessoa salvaguardando a reserva da sua privacidade, ao longo de todo o processo de apoio e acompanhamento*”⁴⁹. O GC é o profissional de referência para a PSSA, a sua figura de vinculação. É responsável pela avaliação diagnóstica e pela coerência da intervenção social durante o acompanhamento social, mas os recursos que precisa estão na comunidade e confrontam-se com a exiguidade dos recursos ou a sua desadaptação.
- 2. O tempo.** No caso das pessoas em situação de sem abrigo, a intervenção e os projetos têm que ser pensados para **hoje**, porque as PSSA sofrem problemas de sobrevivência básica e imediata. Se não se encontram recursos para inverter a condição de sem-teto a sua vida pode estar em perigo, o sofrimento desencadeado por esta situação limite de pobreza, vai prolongar-se e destruir a saúde física e mental, a identidade e os laços sociais que possam existir. Os projetos de apoio às pessoas em situação de sem abrigo são urgentes, são para **hoje**, mas por outro lado, o **tempo** de avaliação diagnóstica, de reconstrução das autonomias possíveis, têm que ser flexíveis e adaptados para não paralisarem percursos, bloquearem recursos, ou anularem investimento feito, com avaliações extemporâneas, com prazos de execução e indicadores desajustados para as vidas marcadas por problemas multidimensionais e demasiado complexos.
- 3. Combater a naturalização** do problema da situação de sem-abrigo. Profissionais, comunicação social e a cidade no seu todo não podem conviver com a situação de centenas de pessoas a dormir na rua como se fosse natural alguém não ter tecto para viver. As PSSA são um problema social, não podem fazer parte da paisagem urbana como se fosse normal. Não ter abrigo é pôr em causa o direito básico à habitação, ao direito à vida com segurança, à saúde e à privacidade. Estas situações de pobreza extrema, põem em causa o desenvolvimento social, económico, cultural,

⁴⁹ Nº 10 da ENPISA

urbano e a segurança de todos, e é um problema da cidade no seu todo. Como afirma Guerra 2015:172 “*a pobreza emerge como um risco transversal, o que transforma os pobres em outros como nós e já não seres estranhos, de estranhos modos de vida*”

4. **Promover a maleabilidade das respostas sociais** As respostas pensadas, organizadas e concretizadas para sustentarem a intervenção social, são reguladas e regulamentadas pelas instituições e pelas medidas de política social. Mas para se adaptarem aos contextos de vida das PSSA, ao grau de desqualificação social em que se encontram, as medidas têm que ser flexíveis e adaptadas. Quanto maior é o grau de degradação de saúde mental e física, quanto mais cristalizada for a desestruturação individual pela duração do tempo na rua, menor é a disposição para aceitar ajuda, procurar cuidados de saúde, abrigo, conforto ou qualquer melhoria na qualidade de vida. A ignorância do senso comum atribui o querer estar na rua à vontade individual, mas o GC reconhece os sentimentos de desespero, a vivência repetida de perda de esperança pela falta de recursos e de alternativas de saída face à necessidade de sobrevivência do *aqui e agora*, que induzem à resignação e incapacidade para pensar o futuro: a resignação, o “*apaziguamento das expectativas, o silenciamento das necessidades, o que traz fortes consequências não apenas individuais, nas formas de vida e acção coletivas*” (Guerra 2015:176). Os serviços e os técnicos vocacionados para este problema têm que ter uma leitura científica da realidade social e das suas consequências nas identidades e nas disposições internas, na saúde física e mental nos indivíduos vítimas da pobreza extrema.
5. **Cumprir os princípios orientadores das ENPISAs** lançadas em Portugal, que assumiram compromissos que estão por cumprir e que a experiência comprova que são fundamentais para os serviços e profissionais que estão no terreno a desenvolver a intervenção social:
 - a. A **articulação intersectorial** e funcionamento eficaz da **Comissão Interministerial** prevista, para que acolha e analise as propostas dos NPISAS para resolver os problemas de intervenção, para facilitar a articulação entre sistemas sociais e os processos mútuos entre sistemas e serviços para abrir caminho à resolução de problemas

interdependentes e rentabilizar recursos e processos, evitando por exemplo pagamentos entre serviços públicos;

b. A intervenção em rede a partir do fenómeno e não a partir de objetivos de cada instituição. Fenómenos relativamente recentes, multidimensionais e que se complexificam com situações como a pobreza extrema, sem-abrigo, saúde mental e dependências, migrações, tráfico de seres humanos, refugiados, diversidade cultural, fenómenos religiosos e conflitos armados não podem ser enfrentados por instituições fechadas e com regras rígidas, territórios demarcados e sem processos cooperativos interinstitucionais e interterritoriais.

6. Organizar os recursos existentes sem os dispersar ou atomizar.

Quando se pensa nos problemas das PSSA pensamos nas políticas habitacionais, nos problemas do emprego, na educação e formação, o que implica pensar em casas, escolas, centros de saúde, centros de cuidados paliativos e outros alojamentos de cuidados de longo prazo, serviços de referência de saúde mental e de tratamento de dependências e recursos humanos especializados, todos estes recursos não se constroem ou organizam de um dia para o outro. A experiência para angariar recursos dirigidos às pessoas em situação sem-abrigo é longa e tem permitido uma grande aprendizagem, a estratégia nacional é prova disso, mas é preciso vontade política para concretizar.

7. Defender e afirmar o conceito de sem-abrigo estabelecido na estratégia, **como um conceito assumido pela comunidade de práticas profissionais e institucionais**. A sua legitimidade vem da sua **dimensão sociológica**, que contraria os conceitos de senso comum que adjetivavam a situação de sem abrigo a partir de limites administrativos como por exemplo *“não é sem abrigo porque recebe o RSI e paga parte do seu alojamento”*. Este tipo de formulação que ignora o percurso de vida ligado à rua, a situação de precariedade e vulnerabilidade da pessoa, mesmo depois de ter saído da rua, a que se associam outros fenómenos de difícil tratamento e mais ainda os determinados pelas condições estruturais que tornam o futuro muito incerto para todos, mas que atinge os menos favorecidos como é o caso da precariedade do mercado de trabalho, dos baixos salários e prestações sociais, as dificuldades de arrendamento (preço,

condições impostas, como fiadores e pagamentos de cauções), preço da energia, água e comunicações, ineficiência da rede de transportes nas zonas mais periféricas e a carência crónica de habitação social.

8. Assumir o conceito de **desenvolvimento local**, que analisa o fenómeno das PSSA como um problema social urbano, onde a intervenção tem que ser equacionada considerando “*a escala da interacção humana - grupos inteligentes*” (Henriques, 1990, p. 56) e a cidade como um todo. Os gestores de caso, por muito competentes e implicados que sejam, não fazem “milagres” durante o processo de acompanhamento social. São os recursos institucionais, o funcionamento da rede social existente e a possibilidade de articular políticas sociais sem burocratização desnecessária que determinam os campos de possibilidades.
9. **Qualificação a coordenação da rede** para assegurar a comunicação, a transparência das acções e a inclusão participativa de todas as organizações. Para ser eficaz e eficiente, a coordenação precisa ser uma alternativa á hierarquização usual das instituições: Quem coordena, age como centro **animador** que **articula** os esforços de todos, **empenha-se mais** que todos os membros da rede, garante a **preservação** da autonomia das instituições, assegura as **negociações necessárias**, identifica as **interdependências** bem como as **sinergias** decorrentes da acção comum.
10. **Qualificação das práticas profissionais e práticas institucionais**, numa perspectiva cooperativa e reflexiva, não competitiva, que assume a responsabilidade da acção, como uma acção colectiva, num processo de aprendizagem em grupo, para construir uma “*inteligência colectiva*” como propõem Innerarity (2018). Esta forma de inteligência colectiva na intervenção social, depende de todos, recusa a atomização das situações e experimenta processos cooperativos de formação que reduzam a competição interprofissional e interinstitucional.
11. **Estimular a participação das PSSA** na avaliação diagnóstica, no plano individual e na elaboração de projectos/programas abrangidos pelas políticas e suas medidas. O GC tem a importante função de reduzir a distância entre quem detém o poder, gere recursos e cria as respostas sociais, e aqueles para quem são criadas. Quando se querem operar mudanças, esta participação precisa ser a base da concepção de políticas, para que

sejam eficazes e aplicáveis à realidade. Como Freire (1972) constata, muitos projectos “*falham porque partiram de uma visão pessoal da realidade e por não terem em conta (...) os homens em situação a quem se dirige*” (p.84).

12. Qualificar os processos de avaliação. A avaliação da rede em cada região tem que se basear no seu todo e não na ação de um ou outro parceiro. O diagnóstico coletivo tem que assumir o carácter qualitativo e não só estatístico. A construção dos instrumentos para a recolha de informação tem que garantir isenção na recolha, não pode ser “viciada”, para chegar a resultados previamente pretendidos. A avaliação precisa ajustar os indicadores de avaliação para que os profissionais não sejam obrigados a agir em função de resultados que não se ajustam às PSSA, à qualidade e resultados sociais da intervenção. Sem dúvida que a avaliação deve garantir a utilização responsável dos recursos e por isso as perspectivas gestionárias e contabilísticas do campo da gestão das políticas sociais não podem ser ignoradas.

13. Clarificar indicadores e demonstrar que algumas metas são irrealistas. Por exemplo, considerar que a autonomização das pessoas PSSA passa por ter emprego e salário é um falso indicador de autonomização, porque um contrato precário pode terminar e o salário mínimo não garante o direito à habitação no mercado normal de arrendamento, por exemplo, em cidades como o Porto ou Lisboa. Por outro lado afirmar que o fenómeno termina num determinado prazo é desconhecer as dinâmicas dos problemas estruturais nas sociedades. A garantia realizável de encontrar modalidades de alojamento diversificado, que possam tirar os sem-tecto que vivem nas ruas, depende de decisões políticas, vontade e alocação de recursos. Mas o fenómeno das PSSA no mundo, desencadeado por problemas sociais multidimensionais de carácter estrutural e global, continuarão a reproduzir e a multiplicar o número de PSAA, nas condições atuais que organizam a economia a nível micro, meso e macro, a gestão urbanística, a sustentabilidade da natureza e da humanidade e a geopolítica mundial, que está a provocar novos fluxos de migrações e refugiados.

O gestor de caso – a intervenção social baseada no estabelecimento de uma relação de proximidade com as PSSA.

A metodologia dos GC foi estabelecida pela ENPISA para a intervenção social dadas as condições de grande pobreza e exclusão e as suas consequências nos indivíduos.

Bauman (2006) afirma que, nas sociedades onde o neoliberalismo procura dissolver a solidariedade pelo *“individualismo negativo”* *“as pessoas vêem-se abandonadas aos seus poucos recursos, dolorosamente escassos e manifestamente insuficientes”* (p. 17) e considera que as pessoas em situação de exclusão estão num *“beco sem saída”*, ficando por isso desterradas *“para o depósito do lixo do progresso económico”* (p. 20). Esta rutura e isolamento, faz com que o sujeito se *“afogue em si mesmo”*, o que se torna mortal para as identidades pessoais, que se constroem no contexto das relações sociais em alteridade (Han, 2018).

Segundo Bento (2002), quem está desfilado e desvinculado de forma patológica, e se encontra desvitalizado pela falta de apoio emocional precisa de uma intervenção social que ajude a construir uma rede de relações mínima, envolvendo as poucas figuras disponíveis. Assim, o primeiro objectivo é o estabelecimento de uma relação pessoal, uma figura de vinculação que proporcione sentimentos de segurança e confiança, necessários para estabelecer uma plataforma que suporte a mudança de comportamentos e a (re) construção da autonomia possível. É necessário, como afirma Han (2018), transpor os problemas individuais para o colectivo, socializar o sofrimento e o medo, para politizar os indivíduos de forma e organizar a acção colectiva, sustentado num sentimento de esperança individual e coletiva. Como afirma Bauman na sua obra *Vidas Desperdiçadas* *“para qualquer um que tenha sido excluído e marcado como refugo, não existem trilhas óbvias para retornar ao quadro dos integrantes”*. (2004:25)

A ideologia da meritocracia, que o neoliberalismo generalizou, estimula uma atitude de criminalização da pobreza. Piketty (2021) reconhece que a culpabilização dos mais pobres atingiu uma amplitude crescente ao longo da história e constitui um dos principais traços do regime desigualitário actual. Sobre esta questão Bauman afirma que as pessoas em situação de exclusão são tratadas como *“parasitas e intrusos”* e acusados *“na melhor das hipóteses, de simulação e indolência”* e de se *“alimentarem parasitariamente do apoio social”* (2004: 55). Assim, enquanto os

pobres são responsabilizados pelos seus problemas, “*O capital financeiro assume o processo de acumulação, mascarando profundamente as formas de sociabilidade e a dinâmica das forças sociais*” (Damásio, 2020: p. 68).

Papel do gestor de caso

O gestor é o profissional de referência dos casos que acompanha, que articula outros interventores mobilizados pelas diferentes respostas, para que o plano individual de inserção se concretize, até a situação se considerar estabilizada e com a autonomia possível do ponto de vista da situação sem-abrigo. Realiza ainda actividade de acompanhamento pós inserção, para prevenir reincidências.

É fundamental uma figura de referência, segundo Bento (2002): “*A tarefa básica das figuras de vínculo é proporcionar sentimentos de segurança e confiança, ou seja constituir uma base segura para outros comportamentos*” (p. 133). Assim, o GC representa acima de tudo a referência de *vínculo* pela construção de uma relação de confiança e empatia. Vanckren et Maquet (2006) também afirmam que na intervenção social dos profissionais “*il s’agit bien de produire le social là où précisément le lien apparaît comme prise à défaut*”(p. 107)

Não ter laços nem raízes, significa não ter no mundo um lugar reconhecido e garantido pelos outros, significa ser supérfluo, não pertencer ao mundo estar do lado de fora da condição humana, significa ver recusada a sua humanidade Arendt (1987).

O GC garante também um conhecimento de proximidade sobre problemas, características, qualidade e necessidades de ajustamento das respostas sociais ou criação de novos serviços e procura a não sobreposição de inumeros interventores descordenados entre si junto da PSSA⁵⁰.

No processo de acompanhamento, o GC define com a pessoa sem-abrigo o seu Plano Individual de Inserção (PII), cuja duração é variável por ser ajustado aos diferentes tipos de acções envolvidas, às potencialidades, necessidades e de forma adaptada à evolução da situação. Tem também a função de mediador e facilitador nos processos de articulação e comunicação entre a pessoa sem-abrigo e as

⁵⁰ No início da organização da rede na cidade do Porto foi possível identificar uma PSSA que era acompanhada em simultâneo por 14 técnicos de diferentes instituições e serviços que não se articulavam entre si e que algumas vezes se contradiziam.

diferentes entidades com que tem de se relacionar para tratar de questões como: processo de RSI; emprego; saúde, nomeadamente problemas de adição; formação profissional; actividades ocupacionais e culturais e uso de recursos disponibilizados pela comunidade. Faz também a ponte com o NPISA⁵¹, informando e identificando obstáculos, necessidades e propostas de superação, bem como os progressos e avaliação das actividades.

As actividades quotidianas de um gestor de caso no processo de acompanhamento social

As actividades do GC são diversificadas e multiplicadas quotidianamente por cada situação, duração do acompanhamento, devido à complexidade e multidimensionalidade dos problemas.

Ao longo de anos e anos de acompanhamento social, mesmo quando resulta positivamente, as actividades quotidianas abarcam um exercício profissional contínuo, com inumeros atos profissionais que diariamente se multiplicam sem nunca se repetirem, porque têm sempre que ser adaptados e contextualizados. A ação profissional como acção humana, entra num jogo de interações e retroações cujas variáveis são multiplas e não se repetem (Granja, 2008) até se concluir um acompanhamento social com êxito ou não, porque os resultados têm sempre um grau de incerteza e imprevisibilidade inerente à ação humana (Arendt, 1987) como se pode avaliar pelos exemplos de situações com processos muito longos narrados pelos GC:

HOMEM ADULTO DE 52 ANOS (ACOMPANHAMENTO SOCIAL DURANTE 4 ANOS)

Há 6 anos saiu de casa em Vila Real, deslocou-se para o Porto de carro e viveu no carro durante 6 meses. Dispunha de recursos próprios. Não tinha consumos associados.

Razões da vinda para o Porto - sentia que os colegas queriam o seu despedimento do emprego e veio para o Porto. A morte da mãe acabou por destruir os vínculos familiares com o pai que considerava muito austero (soldado da GNR).

⁵¹ Núcleo de intervenção

Encontrou uma fábrica abandonada onde começou a viver e onde criou um espaço organizado para a sua vida quotidiana. Durante dois anos não teve acompanhamento profissional, mas depois quando foi abordado, era muito fechado e não facultava informações sobre a família. O diagnóstico foi por isso muito difícil. Nunca manifestava necessidades, não se deslocava à Instituição, só nós o visitávamos. A relação foi estabelecida quando ajudamos a tirar o cartão de cidadão.

O pai estava em Vila Real. Com a ajuda muito colaborante do Presidente da Junta local, chegamos ao pai. Conseguimos que o pai viesse ao Porto, proporcionamos alguns encontros e ele voltou para casa do pai. O facto de ter animais a que estava muito vinculado afectivamente, dificultou o processo de regresso a casa do pai, foi necessário assegurar a distribuição dos animais por outros donos.

Regressou a casa e afirmou estar muito impressionado com a debilidade do pai que agora precisa dele.

GF1

JOVEM MULHER (ACOMPANHAMENTO SOCIAL DURANTE 5 ANOS)

Adotada em criança, apresentava problemas de perturbação de comportamento (esquizofrenia e bipolaridade; comportamentos border line). Os pais adoptivos tentaram o tratamento mas acabaram por desistir dela, dado o seu comportamento muito instável.

Intervenção social

Sem amigos nem retaguarda familiar, não conseguia manter-se nos alojamentos que recorrentemente abandonava (colectivos ou em quartos)

Vivia na rua onde foi violada e agredida repetidamente. Também teve uma relação com um companheiro mas fugiu igualmente.

Num dos episódios de crise foi internada compulsivamente no hospital, de onde saiu depois para ser internada numa estrutura para mulheres. Também fugiu.

Problemas e dilemas:

Quando ela aparecia depois de fugir dos internamentos, tinha que chamar a polícia, sem pôr em causa a relação da ajuda estabelecida com a gestora. Ela sempre voltava à instituição da gestora depois de concretizadas as suas fugas. A gestora pelo seu lado visitava-a todas as semanas quando estava internada para manter a relação.

Numa última crise, com comportamentos agressivos, a gestora permaneceu com ela na urgência do Hospital ML, para ela ser internada novamente. No entanto os médicos de saúde mental não o queriam fazer de forma compulsiva. Mas face à insistência da gestora que permaneceu um dia inteiro com a utente na urgência, uma médica da urgência, internou-a no hospital psiquiátrico onde esteve 3 meses.

Depois de várias reuniões, foi internada compulsivamente numa instituição de Saúde mental em Braga, onde vai ficar possivelmente até ao fim da vida. Esta decisão teve por base reuniões com quadros superiores do HML que se prolongaram por 3 meses, para finalmente se conseguir o internamento compulsivo.

FG1

JOVEM MULHER (ACOMPANHAMENTO SOCIAL 2 ANOS)

Antecedentes familiares – a família biológica apresenta muitos problemas, tinha vários irmãos, todos foram adotados. Ela foi também adotada mas foi rejeitada pela família adoptiva.

Quando começou a ser acompanhada o contexto social em que se movia eram os “gangues” que atuavam de noite na cidade do Porto.

Mantinha uma ligação com vínculo afectivo com o padrinho.

A intervenção realizada

Tentativa de estabelecimento de contacto com os pais adoptivos dos irmãos que não resultou.

Apesar de muito instável a jovem colaborava e aceitava as propostas de saída da rua mas:

- Integrou um apartamento partilhado do programa PORTO SENTIDO, mas só permaneceu 8 dias.*
- Foi internada num Centro de emergência social mas saiu.*
- Foi internada numa Casa de acolhimento onde uma equipa procurou mobilizar todos os recursos necessários para procurar saídas, mas também não se adaptou.*

A GC entretanto percebeu que ela tinha um sonho que era ser militar, e procurou um programa de voluntariado no serviço militar. Ela integrou-se nesse programa, conseguindo um contrato por cinco anos. Apesar da recruta ser muito difícil e ter muitas regras a jovem tem se mantido no programa.

GF1

Dormem na rua, têm filhos acolhidos em centro de acolhimento.

O processo começou a ser acompanhado pela gestora, depois da sua mudança para o Porto.

Foram despejados por falta de pagamento e acabaram a pernoitar numa fábrica nos arredores do Porto.

A mulher antes de vir para o Porto era acompanhada pelo CRI de Beja. Mas considerando as circunstâncias instáveis das mudanças entre o Porto e Beja, o processo ainda não foi transferido.

Na fase inicial do acompanhamento a senhora afirmou que não queria ser acolhida num alojamento para mulheres, e por isso, depois de mediação com a família, voltou para Beja onde foi acolhida pela mãe, onde vive com outra filha e sobrinha.

Mas a relação com a família degradou-se devido aos consumos e aos comportamentos consequentes e ela voltou ao Porto e recorreu novamente ao serviço. Pretendia novamente voltar para Beja mas a família recusa continuar a apoiar dado que ela continua a consumir drogas.

O companheiro tem comportamentos agressivos, continua na rua e recusa acolhimento de emergência. Este senhor tem algum apoio de uma irmã e faz uns trabalhos precários para sobreviver.

O processo de RSI foi pedido para os dois como casal.

No entanto, considerando a situação de aproximação e afastamento constante entre o casal parece ajustado ao GC que cada um tenha acompanhamento separado e que o processo de RSI seja tratado em separado.

O senhor foi expulso do CRI e está a ser acompanhado pela equipa de rua. A GC promove de momento a articulação entre os CRIS, a equipa de rua e o centro de acolhimento das crianças processo esse que ainda está muito no início, mas fundamental para o aprofundamento do diagnóstico.

GF1

A partir destes exemplos paradigmáticos pode compreender-se a complexidade das funções, as actividades inerentes que se desdobram em múltiplos atos profissionais que se desenrolam e multiplicam no dia-a-dia, muitas vezes ao longo

de anos, num processo de avaliação contínua de ensaio e erro, como se pode ver no quadro seguinte, elaborado com o contributo no registo feito pelos gestores sobre as atividades diárias no seu fazer quotidiano. Depois de estruturadas, esta lista de atividades foi avaliada pelos gestores e serviu como elemento demonstrativo da complexidade da intervenção profissional dos GC. Pode considerar-se que dessa forma se tenham dado um primeiro passo para o grupo de gestores de caso se constituírem como ator coletivo no âmbito da intervenção social com as PSSA, e não profissionais isolados e sem voz, cujo trabalho pode ser ignorado e invisível.

O quadro seguinte apresentado neste artigo, estruturou a lista referida e vai ser o organizador do tratamento do conteúdo e dados apresentados neste artigo, sobre os desafios, problemas e oportunidades da intervenção profissional dos GC.

A actividade profissional, é aqui considerada como um conceito amplo, que combina várias acções, que se desenvolvem de forma não fragmentada, com objectivos intermédios e finais, que ocorre muitas vezes em temporalidades e espaços diversos e utiliza múltiplos instrumentos. As acções, que integram a actividade profissional, pressupõem autonomia para gerir comportamentos, processos mentais, físicos e sociais que os profissionais accionam nas suas relações com os problemas profissionais que lhe são colocados, para que os resolva no tempo e no espaço, com recursos e objectivos precisos. Consideraram-se nestas acções os actos profissionais que correspondem a modos de fazer específicos de acordo com o saber necessário ao GC.

Quadro nº 2

Funções	Atividades, atos profissionais e tarefas quotidianas no acompanhamento social
1 Diagnóstico / contratualização do processo de inserção	
<i>1.2 – Produção e atualização do diagnóstico</i>	Relação de ajuda individual presencial e outras formas de comunicação Visitas domiciliárias (locais de estadia na rua, alojamentos) Contatos com instituições Contatos com outros técnicos Formalização de pedidos de orientação sobre problemas de saúde muitas vezes ainda sem diagnóstico como são frequentemente os casos das doenças mentais ou perturbações de comportamento (exigem normalmente muita insistência e diligências repetidas)

1.2 – Definição do contrato de inserção	Relação de ajuda individual presencial e através de outras formas de comunicação Articulação com serviços, recursos, empresas
2 - Processo de acompanhamento social	
2.1 – Relação e ajuda psicossocial ao longo do processo	Relação de ajuda individual presencial ou através de outras formas de comunicação Articulação com serviços, recursos, empresas Apoio na gestão de dívidas dos utentes Apoio na gestão de recursos dos utentes sempre muito precários Acompanhamento presencial na integração em alojamentos Visitas domiciliárias a quartos e alojamentos e dar apoio na organização dos quartos e sua manutenção (se necessário) Acompanhar PSSA a consultas médicas, aquisição de medicação, tratamentos médicos (durante meses/anos). Acompanhamento a consultas (alcoologia, dependências de drogas) Controlo de faltas nas atividades de formação profissional para evitar exclusão irremediável dos cursos Controlo do recebimento das bolsas de formação Controlo de faltas nos empregos e se necessário gerir conflitos Apoio na mobilidade com organização de transportes (aquisição de passe de transporte), acompanhar e conduzir PSSA em processo de tentativas de (re) estabelecimento de laços familiares Elaboração de convocatórias por escrito, articulação com entidades para entrega das convocatórias quando PSSA estão alojadas ou frequentam serviços de alimentação ou outros serviços regularmente. Preparar integração em ERPI e acompanhar processo de integração em ERPI (pedido de relatório médico, levantamento de documentos e relatórios) Apoio a PSSA na articulação com a PSP e tribunais
2.2 – Co- construção da autonomia e participação	Reuniões com estruturas/PSSA, com objetivo de definir projetos de vida Acompanhamento nos processos de alojamento Dinamização de reuniões para construir propostas de alteração de apoios, funcionamentos institucionais Apoio na integração em comunidades de arte, cultura e atividades ocupacionais

2.3 – Mediação familiar	<p>Procura de familiares o que muitas vezes é muito complexo considerando o tempo e profundidade das ruturas</p> <p>Estabelecimento de contato com familiares</p> <p>Mediar os encontros familiares</p> <p>Acompanhar o reencontro (muitas vezes presencialmente)</p> <p>Preparar o momento e clima dos reencontros</p>
2.4 – Mediação de conflitos	<p>Mediação de conflitos entre PSSA, senhorios, dirigentes institucionais, empregadores</p> <p>Reuniões de acompanhamento em situação de resolução de conflitos</p>
2.5 – Articulação interinstitucional geral	<p>Sinalização de utentes para as estruturas de acolhimento (as fichas de sinalização variam de instituição para instituição)</p> <p>Sinalizações para cantinas sociais</p> <p>Participar nos Nucleos de Inserção Social (NIS)</p> <p>Preparar integração em ERPI e acompanhar processo de integração em ERPI (pedido de relatório médico, levantamento de documentos e relatórios)</p>
2.6 – Articulação com Serviços de saúde	<p>Pedidos de receitas</p> <p>Pedidos de relatórios médicos Com muitos procedimentos burocratizados (formulários, necessidades de assinaturas, envio para diferentes serviços)</p> <p>Marcação de transportes hospitalar para deslocação a consultas exames, etc</p>
2.7 – Articulação com serviços para tratar de problemas de adições	<p>Acompanhar e monitorizar processos sempre muito demorados de Integração de PSSA em serviços de saúde relacionados com tratamento de dependências</p> <p>Organização do processo para internamento (marcação e levantamento de exames)</p>
2.8 – Articulação com serviços de emprego e formação	<p>Procura de emprego e de formações</p> <p>Contatos com empresas, empregadores, encarregados para encontrar emprego</p> <p>Procura para ajustar as PSSA a postos de trabalho.</p> <p>Acompanhamento das PSSA na integração no posto de trabalho</p>
2.9 – Co Construção sociabilidades solidariedades	<p>Dinamização de grupos</p> <p>Articulação com os movimentos sociais</p> <p>Articulação com estruturas de cultura, artes</p>

2.10 – Procura e gestão de recursos	<p>Contatos regulares para confirmar existencia de vagas em alojamentos</p> <p>Contatos para solicitar recursos (camas colchão roupas, mobílias aparelhos domésticos)</p> <p>Organizar transporte de recursos</p> <p>Pedir orçamentos para organizar pedidos a entidades para obter recursos para medicação, próteses, óculos</p>
2.11 – Escrita profissional	<p>Elaboração de pedidos de relatórios médicos</p> <p>Elaboração de pedidos de orientação sobre problemas de saúde</p> <p>Elaboração de pedidos de apoio económico e respostas a pedidos de informação para deferimento</p> <p>Pedidos de recursos a parceiros diversos e de acordo com formulários específicos</p> <p>Registos de informação no ASIP/SISS (atendimentos, diagnosticos e atualizações)</p> <p>Registos de informação em sistemas de registo específico de diversas entidades</p> <p>Elaboração de respostas a pedidos de tribunais, LNES e DGRS</p> <p>Comunicação escrita com advogados.</p>

(Quadro construído a partir das respostas à entrevista realizada e documentos elaborados com a contribuição de gestores)

Quadro nº 3 – Atividades complementares

Atividades complementares	
1 – Participação em projetos de investigação social	<p>Como atores profissionais que conhecem a realidade no terreno são informadores privilegiados para dar informações sobre actualização das bases de dados e participar em processos de investigação (administração de questionários, participação em grupos focais, organização de dados)</p>
2 – Funções de apoio, identificação de problemas	<p>Realização de rondas com Equipas de Rua</p> <p>Participar em audiências em tribunal</p>
3 – Formação, supervisão, e actividades de flexibilidade profissional	<p>Participação em Foruns, seminários, actividades de formação</p> <p>Reuniões com dirigentes de serviços e instituições</p> <p>Reuniões de supervisão</p> <p>Reuniões com equipas técnicas das respectivas instituições e de outras instituições com quem se articula.</p>

(Quadro construído a partir das respostas à entrevista realizada e documentos aprovados pelos gestores).

Os patamares da intervenção e os indicadores que definem o grau de dificuldade e agravamento dos problemas da PSSA

Nas entrevistas os gestores apresentaram os desafios que encontram no decurso da sua atividade e como os enfrentam e isso levou à necessidade de construir indicadores que, de acordo com a sua experiência, definem três patamares da exclusão, a partir das quais pode ser prevista a complexidade, a duração e os recursos necessários para a intervenção social. Durante as entrevistas era recorrente esta afirmação “*isso depende da situação, se está em situação grave ou muito grave*” ou a consideração “*este caso atinge o limiar máximo de pobreza, exclusão e degradação*” e outras avaliações deste tipo.

Quadro n.º 4

Grau de gravidade	Indicadores
<i>Moderada</i>	<ul style="list-style-type: none">• Está alojado• Tem necessidades de sobrevivência satisfeitas (alimentação e higiene)• Existe possibilidade de ligação com a família embora existam ruturas• Tem algumas condições de empregabilidade (experiência anterior, condições de saúde, tem condições para frequentar formação profissional)• Tem rendimentos de trabalho, subsídio de desemprego, pensão ou RSI
<i>Grave</i>	<ul style="list-style-type: none">• Usufrui de alguns serviços de alimentação e higiene e quer ser alojado. Os que ainda que não estão preparadas para o alojamento porque têm muita dificuldade em aceitar regras• Pessoas sem rendimentos ou a receber RSI• Sobrevive apesar de tudo mas com vida fantasiosa, fora da realidade• Relação com a família está difícil mas a família pode estar aberta a receber informação e quer saber e compreender o que se passa• Estrangeiro que não fala português, que mesmo alojado não estabelece relação com ninguém.

Extrema	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas que não utilizam qualquer resposta ou serviço porque já desistiram de tudo e não procuram apoio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não tem projecto de vida nem perspectiva de futuro, não se compromete com nada ○ Sem documentos e sem acesso ao serviço de saúde ○ Sem tecto, a viver na rua há já muito tempo e recusam sair da rua ○ Não procuram conforto mínimo, dormem em qualquer sítio, não se abrigam do frio ou da chuva. ○ Idosos dependentes de álcool a viver na rua ○ Problemas de saúde mental com traços de perturbação obsessiva compulsiva
----------------	--

Esse tipo de caracterização é fundamental para pensar a intervenção social e os crescentes desafios que se vão tornando mais complexos na medida em que aumenta a complexidade e a duração da situação de sem-abrigo e se agravam e cristalizam as situações.

As atividades, desafios, problemas e oportunidades

1 - A construção do diagnóstico

Como afirma Albuquerque (2014), fenómenos complexos exigem uma postura **reflexiva** porque a avaliação diagnóstica está sempre em aberto para integrar as mudanças que resultam das dinâmicas sociais e uma postura **prospetiva**, porque se dirigem para o futuro.

A avaliação diagnóstica da PSSA é da responsabilidade do GC, e é um instrumento importante para a o acompanhamento social e para o planeamento estratégico das políticas da ENPISA.

Envolve uma análise crítica e sistémica, articuladora dos diferentes níveis que influenciam a vida dos indivíduos, e o desafio é “*aprofundar o equilíbrio entre a abordagem do problemas da pobreza como uma questão estrutural e os efeitos particulares que tem na vida pessoal de cada indivíduo*” (Amaro 2015:195), o que implica considerar os diferentes níveis:

- Micro – os indivíduos e famílias, suas necessidades, problemas, capacidades, recursos, trajetos e história de vida;

- Meso – o contexto envolvente, rede social de suporte, recursos/ sistemas sociais necessários;
- Macro – articulação e enquadramento dos problemas sociais estruturais que influenciaram ou determinaram os percursos individuais com análise dos contextos socio históricos, políticos e económicos.

Precisa de estimular a participação das PSSA para as mobilizar a partir do seu mundo da vida:

- Com identificação dos problemas, distinguindo a urgência da acção como um degrau necessário mas não um fim em si, sem perder a capacidade de definir as prioridades de acção para atacar as causas dos problemas;
- Com estudos de contexto envolvente para que os serviços e medidas propostas partam da realidade, mas com avaliação das possibilidades de superar constrangimentos, delinear projetos alternativos se necessário, flexíveis e multidimensionais.
- Com visibilidade e argumentação coerente sobre *o que fazer, como fazer e para quê.*

Para que o GC tenha um papel relevante na definição das políticas como agentes prioritários para implementar vias de mudança social favoráveis às PSSA, são necessários diagnósticos bem elaborados, analisados e interpretados, sempre com articulação entre o individual e o coletivo “*para aproveitar a margem de poder associada ao conhecimento de proximidade*” nos espaços deliberativos institucionais e locais como propõe Albuquerque (2014: 166).

Os diagnosticos são documentos técnicos, “narrativas dos profissionais” acerca da realidade social e devem ser claros e objetivos. Precisam de ser muito cuidadosos sobre as questões de cunho moral e comportamental, para não alimentarem estigmas, preconceitos e categorizações generalistas sobre os indivíduos.

Fazer um bom diagnóstico exige conhecimento teórico, consulta documental, entrevistas individuais, observação participante, abordagens em grupo, visitas a locais de alojamento ou permanência, reuniões de equipa, contatos interinstitucionais com agentes locais ou noutras territorios, com agentes de sistemas diversos.

O diagnóstico como documento técnico vai sustentar todo o trabalho a realizar, vai ser a base de uma intervenção em multiplas dimensões e sistemas, por isso como conclui Toniolo: “*tem uma enorme dimensão de responsabilidade ética*”

na produção de um documento técnico, pois ele pode ser determinante para produzir novas ações na realidade” (2019:253).

O diagnóstico como documento técnico pode recorrer a ferramentas de avaliação, de acordo com a complexidade da situação em estudo como: os genogramas, ecomapas, mapas de rede social, fluxogramas, roteiros de vida, análise SWOT, segundo Sousa e D’Almeida (2016).

A incerteza dos percursos e a consequente construção dos diagnósticos exigem muita resistência dos GC como foi confirmado nas entrevistas. Por exemplo problemas com a recolha de informação, muitas vezes por falta de articulação entre os diferentes profissionais e serviços que em momentos diferentes trabalham com as PSSA:

Verificamos problemas de articulação entre gestores de caso e gestores de tarefa – como pode acontecer por falta de transparência na informação ou mesmo por desconhecimento do que é relevante e deve ser partilhado. Penso que mesmo o gestor de tarefa deve ter formação social. (E14)

Por exemplo, sinto dificuldade com pessoas que saem do sistema prisional. Os técnicos que acompanharam anteriormente um indivíduo que saiu da prisão noutra região, não deram informação necessária. Como GC, não consegui obter informação sobre o senhor, que demonstrava dificuldade em falar de si. Foi alojado num quarto, mas não compareceu devido a informações erradas, o que dificultou o processo de alojamento. Depois de muita persistência minha, o utente foi finalmente alojado numa instituição de acolhimento com retaguarda. (E9)

O diagnóstico é mais difícil quando não existem registos anteriores ou a informação é muito escassa. (E12)

Um jovem de 32 anos que acompanho, tinha transtorno obsessivo compulsivo de verificação, que nunca tinha sido diagnosticado ao longo do processo, mesmo estando alojado. Foi no processo de integração no empregos que se começou a verificar este problema, porque só conseguia trabalhar no primeiro dia, no segundo abandonava o trabalho sem se perceber porquê (...) (E12)

Os próprios utentes têm dificuldade em dar informações. Tenho um utente cujo diagnóstico está a ser difícil, frequenta o gabinete de apoio diariamente, mas sobre ele existe pouca informação e não interage com a equipa técnica. Resiste a frequentar os serviços nomeadamente serviços de saúde. (E10)

Há coisas que são logo evidentes por exemplo está na rua, está em situação de exclusão, mas o difícil é aprofundar o diagnóstico, especialmente com jovens. Quando falamos com eles, no início parece que estão ajustados, nomeadamente do posto de vista cognitivo, mas mais tarde percebemos que existem dificuldades que impedem o processo de inserção. (E6)

Devido à complexidade das situações entre as PSSA registam-se problemas de localização das pessoas para completar a informação necessária o que exige procura pelas ruas, nos locais de permanência:

O problema é a localização, por exemplo tive um senhor que não ia ao serviço, e tinha que ir ter com ele ao lugar de permanência à noite e no lugar onde consumia. No entanto, depois de construir uma relação empática foi possível chegar ao diagnóstico. (E7)

A complexidade dos percursos de vida das pessoas cria problemas na construção do diagnóstico e um dos GC considerou ser necessário ajudar a pessoa a ser mais coerente, ajudando a reconstruir a história de vida. Estruturar o roteiro de vida cronologicamente é difícil devido a percursos complexos e por vezes com poucas referências temporais.

Existem diagnósticos difíceis de concluir por diferentes razões identificadas pelos GC, como as perturbações relacionadas com a doença mental diagnosticada ou não ou consumos:

Acompanho um jovem utente que acabou de abandonar o alojamento e aparentemente tinha possibilidades de inserção. Mas tem défice cognitivo e depois de um ano de acompanhamento não se consegue inserir. Vê-se a manifestação do problema, mas o diagnóstico nunca é concluído e ele acabou por desistir e sair de um dia para o outro. (E1)

Um desafio é fazer o diagnóstico, porque os avanços e recuos permanentes e estão sempre a precisar de ajustamentos, por exemplo no caso dos utentes com consumos de drogas. (GF1)

Os diagnósticos de saúde mental chegam a demorar anos e por isso temos que produzir diagnóstico social e planos de inserção e fazemos acompanhamento social sem o diagnóstico clínico.” (E5)

Deparamo-nos com problemas de saúde mental difíceis de diagnosticar. Pertencem a grupos estranhos – vivem num sub-mundo, atribuem sempre a culpa a outros. (...) Parecem viver num mundo imaginário. (E15)

2 - Acompanhamento social - Relação individual de ajuda psicossocial

A interação entre o GC e a PSSA é uma relação face a face, presencial. As pessoas mesmo em situação de fragilidade e com estatuto desvalorizado têm necessidade de consideração e reconhecimento como todos os seres humanos e são sensíveis à forma como são estabelecidas as relações interpessoais.

A relação é a base de tudo, é o ponto de partida para toda a intervenção, e é promotora de mudanças. Não existe um processo único de intervenção, mas seguindo os princípios éticos e com base no conhecimento estabelecido pelas matrizes básicas da intervenção profissional, adaptamos os processos aos contextos e aos problemas específicos. (E1)

A interação entre o GC e a PSSA é uma relação profissional, que normalmente se estabelece num contexto institucional, onde muitas vezes surgem situações de ambivalência, paradoxos, conflitos e problemas na comunicação que se estabelece.

Muitas das pessoas atendidas são constrangidas à submissão, à resignação, ao medo, ao silêncio ou agressividade, sentem-se destituídos de poder e de recursos que lhes garantam segurança pessoal, auto-estima. Podem não ter capacidade de expressar as suas necessidades ou dúvidas, o que se agrava com pessoas que não dominam a língua do país, no caso dos migrantes ou refugiados. Como afirma Guerra (2015:176) o sofrimento identitário pode impedir a esperança para tentar a mudança “*provoca a reestruturação das formas de estar no mundo calando necessidades e reduzindo as expectativas*” como se a situação fosse inevitável. E este sentimento, é muitas vezes alimentado pelo funcionamento dos sistemas ou pelo sentimento de que não vale a pena fazer nada dada a gravidade que:

Acompanho um homem consumidor comprovado de álcool há 15 anos. Nenhum médico se interessa pelos problemas e não se consegue perceber o que acontece. (E11)

Deparei-me com uma médica que se recusava a tratar uma mulher que se prostituía e vivia na rua e que tinha VIH. (E7)

Outras vezes desenvolvem estratégias de manipulação por necessidades de sobrevivência ou de consumos. Apresentam dificuldades de expressão ou de

descodificação da linguagem dos GC ou das informações institucionais, o que conduz a interpretação por vezes distorcida das informações dadas sobre os seus direitos e as acções que devem realizar.

O GC procura compreender a miséria, sofrimentos, as dúvidas e preocupações como são sentidas pelas pessoas, sem reduzir a PSSA aos seus problemas e carências. Para o acompanhamento social é necessário descobrir e estimular as dimensões positivas, a sua capacidade crítica e expectativas que muitas vezes se manifestam em efeitos não esperados, como uma jovem que deixou um percurso marginal e de envolvimento com gangues juvenis durante anos para se integrar no exército (um sonho que manifestou ao GC). Apesar das regras muito rigorosas e do período de instrução difícil, seguiu até ao fim e ainda se mantém. Noutros casos os efeitos podem até ser perversos⁵², mas não deixam de revelar capacidade criativa e que precisa de ser direccionada positivamente.

Um outro problema é a desadaptação das instituições existentes aos problemas das pessoas ou as categorizações administrativas que impedem a oferta de *serviços mais ajustados*:

Por exemplo acompanho uma mulher, vítima de tráfico humano. Como a situação já não é considerada de risco muito grave, ela agora para se alimentar tem, que se deslocar, e nunca se sabe o que pode acontecer, nem onde está! (E13)

As dependências criam obstáculos:

Acompanho um utente com problemas de dependência que não assume. Este utente não consegue delinear o seu percurso de vida. Quando são propostas soluções, ou quando é questionado sobre questões pertinentes, cria-se um obstáculo na comunicação, porque ele não assume as suas dependências. (E 2)

Dada a complexidade das situações é preciso abertura para enfrentar situações paradoxais, imprevisíveis e que escapam às regularidades sociais esperadas:

⁵² Uma PSAA criou uma estratégia para angariar recursos próprios, vendendo no local onde estava alojado até ser descoberto, vinho que comprava no supermercado, utilizando copos pequenos descartáveis para evitar o contágio do Covid e para tentar evitar que os companheiros se alcoolizassem e fosse descoberto o seu negócio.

Acompanho uma mulher com hábitos de trabalho, mas que começou a consumir anfetaminas de forma abusiva e anti ansiolíticos. (E15)

Mas algumas vezes essas situações imprevisíveis também oferecem janelas de oportunidade que podem apresentar resultados positivos:

Um homem que veio para o Porto quando ficou desempregado (ao mesmo tempo que faleceu um irmão). Não tem sinais de consumos e vive com uma mulher, com problemas de violência, nunca percebeu porque ficou na rua. Mas, apesar de tudo isto, conseguiu juntar dinheiro para fazer um curso de formação profissional. (E15)

Acompanho um utente alojado com problemas de consumo de drogas, mas que depois de se inserir num emprego, conseguiu poupar e arranjar casa de forma autónoma (GF1)

As pessoas em situação extrema de vulnerabilidade e em situação de emergência têm dificuldade em identificar as suas necessidades. A energia e esperança para enfrentar o futuro ficam reduzidas ou nos casos mais graves anuladas:

Quando têm hábitos de consumos não sabem gerir o tempo nem o dinheiro. Só os mais organizados conseguem fazer pedidos. (E7)

A emergência de conseguir alojamento não permite fazer um diagnóstico mais profundo, pensam que a solução para todos os seus problemas é conseguir arranjar casa e não aceitam qualquer tipo de apoio. Nesta situação encontra-se um casal toxicodependente, com relação de hetero agressividade, com dois filhos menores institucionalizados). (E8)

Todos os GC falaram da importância da empatia para o estabelecimento da relação de ajuda. A empatia pressupõe uma atitude de construção de horizontalidade na relação, e uma interação em que o profissional controla o seu próprio etnocentrismo. Na verdade, a ninguém é possível ignorar os seus valores e os sentidos que atribui à realidade social, mas empatia significa não impor os seus próprios valores e não julgar os outros a partir deles. Os outros construíram os seus valores e sentidos em situações e contextos diferentes, em percursos e histórias de vida próprios. Barbier (1996:66) define a atitude empática quando se sente “*le “univers” affectif, imaginaire et cognitive de l’autre pour comprendre de l’intérieur des attitudes et les comportements, le système d’idées, de valeurs, de symboles et de*

mythes”. Tem por base a aceitação incondicional do outro, a compreensão do outro sem julgamentos nem comparações, mas sem que isso signifique adesão ou identificação de quem escuta aos valores e opiniões do *Outro*. Significa reconhecer o outro como um ser “complexo” e com liberdade e imaginação criativas.

Implica uma atitude de humanidade: falar olhos nos olhos, num posicionamento físico de horizontalidade, com proximidade, nos espaços disponíveis e não adversos para o “outro”, com manifestação do afeto ajustado à situação. Como Arendt (1987:191) afirma “*O discurso (...) é a efectivação da condição humana de pluralidade, isto é, de viver como ser distinto e singular entre iguais*”

Os entrevistados deram vários exemplos da sua experiência para construir a empatia:

É preciso falar no mesmo registo ... aproximar o discurso. (E1)

Sento-me junto deles, questiono como tem passado. É preciso criar empatia mostrar que tem uma equipa com que podem contar. Sem criticar, tentar trazer a realidade objetiva para a conversa, mostrar a realidade como ela é. (E2)

Falar com eles em ambientes que não lhe são adversos... utilizo momentos lúdicos, por exemplo, convido para tomar um café. (E4)

No atendimento individualizado a comunicação é mais rica, é preciso pessoalizar o atendimento e dar garantia que não é só mais um. (E13)

É essencial ir ao local onde estão, manifestar afeto. (E9)

Freire (1970) afirma ainda que empatia significa confiar nos outros, segundo ele, uma atitude dialógica significa confiar nos outros de forma crítica, sem ser ingénuo, saber que os seres humanos, têm capacidade para fazer, criar, transformar o mundo e a si mesmos, mas em condições de desumanização, de alienação podem ser despossuídos desse poder, mas essa capacidade pode renascer e ser reconstituída. Sem esta confiança, o diálogo é uma farsa e transforma-se em “*manipulação adocicadamente partenalista*” (ibidem p: 81).

A necessidade de manter essa confiança crítica foi afirmada por um GC:

A escuta empática nunca parte da desconfiança e estabelece relação de muita proximidade. (E6)

Mas a escuta empática significa também apoiar e manter a construção da esperança que é a energia necessária para envolver as pessoas nas alterações e mudanças necessárias. Por isso vários GC referiram a necessidade de concretizar o apoio, para que as pessoas sintam as mudanças como por exemplo: conseguir documentos, acompanhar nas consultas médicas, integrar nos alojamentos, ajudar a resolver problemas de adaptação nos alojamentos como afirmava um GC:

Considero fundamental concretizar partes do plano de intervenção, o que for possível no mais curto prazo. (E10)

Uma capacidade considerada muito importante é a resistência aos fracassos, aos retrocessos, às recaídas, e aos “constrangimentos do tempo” sempre presentes como reconhece Branco (2015), entre as medidas emergentes como comida e um tecto no imediato e as necessidade de acompanhamento social de longa duração, necessário para percursos de vida tão instáveis, integrados nos problemas estruturais que precarizam a vida, como é o caso do funcionamento do mercado de trabalho, dos baixos salários e habitação.

Outros profissionais afirmam ser necessário fazer escuta ativa. A escuta ativa implica uma capacidade de ouvir e desenvolver toda a comunicação a partir dos conteúdos trazidos para o diálogo pela outra pessoa, como propõe Freire que tenham a ver “*com os seus anseios, com suas dúvidas, com suas esperanças, com seus temores (1970:86)*, numa atitude de humildade para estar próximo dos outros seres humanos, onde não existem sábios nem ignorantes absolutos, mas sim seres humanos em comunhão.

A escuta ativa implica estar num estado hiper vigilante e de suprema atenção à linguagem verbal e não-verbal, ouvir o que o outro diz, e utilizar as palavras e sentidos de quem fala para avaliar se compreendeu bem, e apoiar a construção de novas perspectivas, de novas visões, sempre a partir do que as pessoas falam e dizem.

Faço escuta ativa. Percebo as distorções as omissões quando começam a falar para o lado como se tivessem outra pessoa a ouvi-los... (E6)

Acompanho um senhor que precisa muito de conversar, ele fala muito em Francês comigo. É um homem de 58 anos, com consumos ativos que desaparece muitas vezes! Já esteve internado no hospital, agora está alojado. (E15)

2.1 - Acompanhamento social no caso das PSSA com problemas de saúde mental e consumos

O acompanhamento social das PSSA que apresentam sinais de doença mental, diagnosticadas ou não, e/ou com dependência de consumos, apresenta dificuldades acrescidas. Os gestores pela sua experiência, identificam sinais de doença mental mesmo que não haja diagnóstico médico e reconhecem a dependência de consumos, mesmo que não assumidos:

Quadro nº 5 – Sinais de perturbação mental identificados pelos GC

Tipo de sinais	Sinais
<i>Na postura corporal</i>	<ul style="list-style-type: none">• Tiques nervosos, olhar alienado, agitação motora
<i>Comunicação</i>	<ul style="list-style-type: none">• Discursos instáveis, incoerentes, incongruentes, desconexos (incapacidade de manter uma conversa com princípio meio e fim).• Criação de um mundo ilusório, têm alucinações• Dificuldade em analisar e expor os seus problemas
<i>Comportamentos</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em analisar e expor os seus problemas• Agressividade desajustada aos contextos• Respostas agressivas sem ser em contexto de conflito• Não sabe como agir para resolver problemas mesmo elementares
<i>Adesão a tratamentos, terapias e apoios</i>	<ul style="list-style-type: none">• Não pede desculpa, não tem autoconsciência nem autocrítica• Afirmam tomar medicação mas não toma• Não procura satisfação de necessidades básicas• Não se preserva nem procura a autonomia

Quadro nº 6 – Sintomas de consumo de álcool e/ou drogas identificados pelos GC

Tipo de sinais	Sinais
<i>Na postura corporal</i>	<ul style="list-style-type: none">• Maior excitação e irritação
<i>No corpo</i>	<ul style="list-style-type: none">• Negligência com o corpo, problemas de higiene e subnutrição (sobretudo os dependentes de heroína)• Cheiram a álcool

Tipo de sinais	Sinais
<i>Na comunicação</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Incoerência nos discursos • Nota-se pela voz, mesmo pelo telefone • As informações que dão variam de um dia para o outro, sem explicação • Manipulam e distorcem a informação – o seu foco é o consumo e subordinam tudo a essa compulsão.
<i>Comportamentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsividade • Não cumprem compromisso de despesas a pagar • Não está disponível para fazer poupança e não explica a razão
<i>Adesão a tratamentos, terapias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Faltam a consultas constantemente • Não aceitam a intervenção e acompanhamento, reagem quando são confrontados com um comportamento • Exigem respostas imediatas não conseguem esperar
<i>Síndrome de abstinência</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ânsia provocada pela abstinência ou sinais visíveis de indução da substância (se for um depressor os utentes tornam-se mais lentos, se for um estimulante os utentes apresentam-se com mais energia)

As estratégias de sobrevivência das PSSA conduzem a tentativas de manipulação dos gestores, sobretudo nos casos de pessoas com dependências que têm atitudes e comportamentos paradoxais, e desenvolvem estratégias de sobrevivência que podem ser manipuladoras ou agressivas. Assim, quem acompanha estas situações precisa de escutar e reconhecer o outro como sujeito capaz de lutar contra a sua própria desinserção, compreender as condutas, sem que isso signifique ser cúmplice com elas (Goulejac, 2014).

O processo de comunicação pode ser tenso e até mesmo chegar a ser agressivo e os GC precisam ter capacidade de controlo emocional próprio e criar as condições para ajudar as PSSA a controlarem as suas próprias emoções:

Quando se verificam tensões tento controlar e depois estimular a reflexão com eles sobre os episódios. (E11)

Falo calmamente num tom baixo, tento usar o humor para reduzir a tensão e com cautela atrair para o comportamento ajustado. Não confronto o utente com o seu delírio e procuro garantir a relação de confiança nesse momento. (E3)

É preciso tempo para acalmar a pessoa. (E5)

È fundamental não julgar e abordar outros temas que não se relacionem por exemplo com os consumos. (E 10)

A comunicação com pessoas com consumos tem um foco. Portanto interpretam tudo em função desse foco e distorcem os nossos argumentos e chegam a acusar-nos dos problemas que têm. A informação que dão varia de um dia para o outro. (E12)

Uma das gestoras que acompanha PSSA com problemas de consumo e que se encontram todos ainda na rua, com percursos muito difíceis e sem recursos, considera que o acompanhamento social não pode ter prazos nestas situações de vulnerabilidade extrema:

A minha experiência demonstra que é preciso de muito tempo para estabelecer e manter a relação com os utentes. Precisam de espaço e tempo e não comparecem frequentemente na instituição. Procuo contactá-los na rua, nas esplanadas, onde o pretexto para estabelecer a relação, pode ser tomar um café. (GF1)

Os comportamentos agressivos incluindo comportamentos de assédio sexual por parte das PSSA na relação com o gestor podem acontecer, o que exige gestão emocional para garantir o seu equilíbrio interno e a sua segurança. A pressão a que estão sujeitos no seu dia-a-dia impõe que os GC estabeleçam algumas medidas e estratégias de auto proteção, para que possam continuar a exercer a sua função, que pode passar pela mudança de GC, quando necessário. Ou estabelecer procedimentos protocolados entre os GC para sua autodefesa:

O gestor deve propor uma mudança de gestor no plano de intervenção, no caso de ameaça de agressão ou de assédio sexual. (GF1)

Manter a relação de ajuda com equilíbrio e garantir a escuta ativa implica saber tomar a cada momento e com ética a reação adequada, para manter o equilíbrio:

Procuo falar num contexto mais informal. Mas quando estão alcolizados não dá para falar mas quando está muito difícil mudo para outro dia. (E7)

Às vezes tenho que desligar quando os discursos são demasiado longos. Tenho um utente que me envia longos emails, não posso ler tudo. (E15)

2.2 A articulação com as instituições, sistemas e serviços

Existem falhas de articulação entre serviços do mesmo sistema. Nestes casos o GC aparece como a plataforma de mediação segura para os PSSA:

Uma jovem mulher com 37 anos consumia haxixe e álcool. Devido à pandemia alterou as rotinas e com o fim do confinamento entrou num período de delírios e desenvolveu atitudes persecutórias. Foi feita articulação com a saúde pública da residência e a médica de família marcou consulta para data posterior, mas sem a referenciar para a Saúde Pública. Entretanto, com base nos dados de um relatório assinado pela gestora, a saúde pública, emitiu um mandato de condução compulsiva ao hospital e foi levada pela polícia para ser avaliada no hospital. Foi internada compulsivamente mas no dia seguinte fugiu da urgência e apareceu novamente à gestora, que voltou com ela à consulta no centro de saúde, mas não foi atendida. Finalmente, depois de várias diligências da GC, foi feita a referenciação para o Hospital e finalmente foi internada.

Mas uma boa articulação institucional é sempre um suporte:

As situações de pessoas que precisaram de cuidados de terceiros, porque têm problemas de saúde mental, que estão cristalizadas pelo imenso tempo de rua, para se manterem minimamente com bem-estar precisam ter um GC que os acompanhe diariamente. Essas pessoas precisam de outro tipo de resposta a que damos o nome de cuidados continuados e diários de modo a não correrem risco de vida ou voltarem a recaídas constantes. Ora, na atual conjuntura da PSSA é impossível garantir esses cuidados a não ser que consigamos manter a pessoa no Joaquim Urbano (única estrutura atual capaz de ajudar estas pessoas doentes sem qualquer retaguarda familiar porque não têm idade para integrarem um Lar e quando têm idade, se tomarem metadona são excluídos desta última possibilidade.

Há diagnósticos clínicos por fazer, diagnósticos clínicos feitos e que exigem cuidados de acompanhamento diário da área social/atividades ocupacionais e enfermagem tais como a gestão de medicação. (GF1)

O trabalho em rede funciona. Eu que trabalho durante a noite, durante o dia contato com colegas da rede que me ajudam a resolver problemas. (E13)

Por exemplo no Hospital (...) se os médicos percebem que o doente é um sem-abrigo o serviço social hospitalar articula connosco. (E 12)

A articulação precisa ultrapassar o preconceito e aproveitar e desenvolver sensibilidade social para aproveitar as “janelas de oportunidade:

Às vezes temos janelas de oportunidade. Por exemplo um médico que fazia um doutoramento tinha como objeto a transsexualidade. Por esse facto deu todo o apoio num acompanhamento a um utente nesta situação. (E7)

A articulação depende de muitos meios, nomeadamente serviços administrativos com abertura e sensíveis aos problemas da PSSA:

A ligação e articulação com os serviços de saúde podem passar por ter abertura e receptividade dos serviços administrativos⁵³ (E7)

Começamos pelos centros de saúde que já têm processo facilitadores com os nossos utentes, e com esta experiência é possível recolher sugestões dos colegas para chegar aos outros centros. (GF4)

Considero muito facilitadora a parceria com o Hospital, que possibilita uma consulta externa na Unidade de Infectologia e permite tratar com rapidez infeções virais (E3)

Num GF4 foi sugerido que se pedisse a participação de médicos e outros profissionais dos centros de saúde mais colaboradores nas reuniões de supervisão dos gestores, para reunir estudar os fatores facilitadores dessa articulação, propôr a generalização de procedimentos a outros centros. O objetivo é socializar a experiência de articulação positivas, que se mostram eficazes e facilitadoras para ultrapassar as dificuldades na inscrição e atendimento das PSSA nos centros de saúde.

Outros problemas de articulação surgem quando os sistemas e as políticas não têm espaços de liberdade para a sua implementação, que torne possível a adaptação à realidade, aos modos de vida e particularidades das populações, como por exemplo acontece no sistema de habitação:

⁵³O profissional deu exemplo do centro de saúde específico onde isso aconteceu

Por exemplo no âmbito da habitação os projectos precisavam de estar adaptados à realidade relativamente a tempos, aos procedimentos de acompanhamento e à definição de tarefas (E3)

As equipas de rua e os GC desenvolvem um conjunto de ações com as pessoas durante meses ou anos, visando desenvolver as competências pessoais necessárias para terem acesso a abrigo e habitação. No entanto depois, confrontam-se com critérios de integração desajustados ao acesso, por exemplo a um apartamento partilhado. E sabem ainda à partida que precisam de muito mais tempo do que estabelecido no programa para uma efetiva integração (GF)

Os projetos de alojamento têm sempre prazo para acabar, embora técnicos e promotores procurem que as pessoas acolhidas fiquem bem e encontrem situações de continuidade nos processos, porque há sempre lista de espera para acolhimento, era preciso que o constrangimento do tempo não criasse ruturas e falta de continuidade no acompanhamento (GF2)

O programa dos apartamentos partilhados implica em matéria de critérios, capacidade de poupança futura, obrigatoriedade de pagar 30% do rendimento, indicadores de empregabilidade e estar a ser acompanhado no âmbito do NPISA. São critérios de referência, mas é necessário dialogar com as associações promotoras, para ajustar às situações concretas (GF2)

Os projetos de curta duração, não estão ajustados às reais condições da intervenção social. (GF2)

Na articulação com as instituições no caso de doença mental ou consumos existem experiencias de boa articulação que precisam ser alargados a outros contextos

Tenho uma boa articulação com o enfermeiro (hospital de psiquiatria) onde estão todos os utentes que acompanho (E12)

Não tenho tido problemas com os CRIS e serviço de alcoologia (E12)

Fizemos acordo com bibliotecas para permitir o acesso a livros. Este acordo foi estimulado pela situação de um jovem que saiu de um centro de acolhimento residencial, dependente de consumos, mas em fase de estabilização. Está alojado num abrigo, adaptou-se às regras do alojamento (higiene e refeições) e ter acesso a livros é um dos fatores de estabilização.

2.3 - A mediação familiar

A mediação com as famílias é sempre um objetivo no processo de acompanhamento social, mas de acordo com a experiência dos gestores, o reatar de laços quando existem só é possível depois de ultrapassadas algumas etapas, como se pode verificar nas situações relatadas:

“A maior parte tem ruturas tão grandes que não querem estabelecer ligação à família”.
(E15)

Ou como referiu outro profissional a própria família, depois de percursos muito difíceis, não aceita facilmente o reatamento.

“A maior parte dos utentes estão isolados e já destruíram os laços com a família. Só quando iniciam um processo de mudança é que a família quer manter o contato” (E7)

Um caso de êxito na articulação com a família foi a de um ex-presidiário que foi alojado. Tive a informação que tinha uma casa em Coimbra, mas ele não sabia porque não tinha voltado para Coimbra. Entretanto a casa foi limpa, preparada com electrodomésticos e esta alteração fez com que reatasse a ligação com a família, encontrou emprego e já tem namorada. Continua a manter contactos com a equipa (E9)

Um senhor com 63 anos com problemas de alcoolismo moderado, mas que durante a pandemia ficou na rua e com graves problemas respiratórios. Foi integrado num serviço, melhorou e ligou para o filho com quem tinha boas memórias de vida familiar. Agora está numa comunidade terapêutica e tem sido muito positivas as visitas do filho à comunidade terapêutica (natal e aniversário) (E11)

Mesmo quando se tenta retomar a ligação, por vezes não resulta a longo prazo como relatou um profissional

“A dona da pensão de utente que acompanho soube que ele tinha uma filha e contactou-a. O senhor esteve com a filha, mas a relação não continuou nem se consolidou.”. (E15)

Mas a aproximação familiar pode não ter efeitos imediatos:

Acompanho um senhor com problemas de alcoolismo, já teve alojamento temporário em duas instituições diferentes, mas está na rua e não adere ao tratamento. As filhas oferecem alguma retaguarda, acompanham-no a consultas, mas ao fim de 6 meses ainda não se conseguiu a sua adesão a um tratamento. (E5)

A não retoma de ligação pode ser muito difícil e ter efeitos muito graves:

Quando o filho de uma utente planeava uma viagem para visitar a mãe, faleceu e tive que informar a mãe sobre a morte do filho. Após um mês deste episódio a utente morreu com uma overdose. (E3)

Mas a aproximação familiar quando resulta é normalmente um fator positivo:

Na minha experiencia tenho evoluções positivas neste campo. Uma utente que se aproximou dos dois filhos, um utente jovem que se aproximou da mãe e que mudou o seu percurso depois que contactou com a mãe. (E13)

2.4 - Advocacia Social

A defesa dos direitos das PSSA tem que se confrontar com situações muito influenciadas por preconceitos nem sempre fáceis de desconstruir.

A experiencia relatada de um profissional mostra como o conhecimento de proximidade é fundamental para garantir que os preconceitos não coloquem em causa os direitos das PSSA:

A dona de uma pensão que aloja uma PSSA telefonou a afirmar que o senhor tinha sarna, mas fui verificar a situação e afinal o que o senhor tinha era percevejos na cama. Garantida a necessária desinfestação, o problema da “sarna” resolveu-se! (E12)

A defesa dos direitos, objetivo da advocacia social encontra desafios que exigem dos GC muita resistência e teimosia para ajustar as regras e regulamentos às situações novas e inesperadas que a realidade social impõe:

Tenho um exemplo de um utente brasileiro que apresenta dependência de alcool e que quer fazer um processo de desabituação. No entanto não pode integrar uma comunidade terapeutica

porque ainda está em situação ilegal. Apesar de estar em Portugal desde 2015 o SEF ainda não o legalizou e o CNAI de (...) que o acompanhou noutra cidade, não nos envia a documentação (GF)

2.5 - Co Construção de sociabilidades e solidariedades

Estão a ser desenvolvidas reuniões com PSSA com o objetivo de reativar o espírito crítico organizado e participativo das pessoas em acompanhamento, promovendo mais cultura, mais participação, mais interação entre uns e outros.

O papel dos gestores é fundamental para estimular a participação junto das pessoas acompanhadas que queiram participar. Sem o envolvimento dos GC para ajustar as atividades aos interesses das PSSA para os envolver na realização, avaliar o impacto e ouvir as propostas para melhorar as atividades perdem o sentido e não mobilizam as PSSA.

O eixo 4 “Participação e Cidadania” do NPISA Porto tem como objectivo revitalizar a participação das pessoas em acompanhamento para que manifestem a sua opinião sobre a rede e seu funcionamento. Neste eixo novas perspectivas estão a ser construídas:

Foi constituído um grupo que se auto nomeou “Cidadãos de Primeira”. Este grupo tem reunido num dos serviços com pessoas alojadas em dois serviços, e já foi alargado a outras pessoas. Solicitou à coordenação do NPISA que lhe fosse explicado o funcionamento da rede. Estiveram presentes na reunião com a Coordenação do NPISA, onde foi apresentada a rede. Os elementos do Grupo deram sugestões e fizeram críticas ao seu funcionamento. (GF2)

Foi já marcado encontro com o responsável do Eixo 2 Emprego e Formação para colocarem dúvidas. Neste contexto fez-se mais uma vez um apelo aos gestores para informarem e sensibilizarem os seus utentes sobre o funcionamento da rede e os convidarem a participar neste grupo bem como a levarem alguns dos seus utentes à reunião em programação com o Eixo 2. (GF2)

Com o apoio de estruturas culturais da cidade que oferecem bilhetes para as PSSA os GC podem distribuir bilhetes para alguns espetáculos. Estas atividades podem servir de base para um bom debate entre gestor de caso e de tarefa e pessoa em acompanhamento com vista a elevar pensamento desde que não se confundam estas atividades com as atividades ocupacionais e terapêuticas, que se desenvolvem noutros contextos. (GF2)

Os gestores de caso são ainda fundamentais para trabalhar pedagogicamente as atitudes e a formas de estar e de se manifestarem das PSSA para participarem sem serem rejeitados nos espaços coletivos abertos à participação. (GF2)

2.6 - Procura e gestão de recursos

É necessário criar mais alojamentos, diversificados e adaptados às necessidades e complexidade das situações:

Está a ter dificuldade em resolver o futuro do alojamento numa PSSA que se encontra alojada temporariamente. Esta pessoa terá sempre que ter retaguarda no acompanhamento para se tratar, com a agravante de estar com problemas com as juntas médicas. (GF2)

O NIPSA está a negociar para conseguir pelo menos 5 vagas de alojamento de longa duração para situações com este tipo de exigência. (GF2)

Um desafio sempre presente é a necessidade de ajustar as regras aos problemas reais das PSSA e dos seus percursos de vida, apoiando a solução de problemas e não provocando o seu agravamento. A situação apresentada num grupo focal e exemplo de uma situação em que este desafio e dificuldades são evidentes:

Homem que permaneceu em situação de sem-abrigo cerca de 20 anos, e integrou uma instituição de acolhimento em 2018 onde foi necessário um longo período de adaptação às regras, às rotinas, ao cumprimento de normas.

Após este período, encontramos-nos em condições de definir um projeto de intervenção com o utente, que passaria por integração em ERPI, dada a idade do mesmo e condição de saúde.

Em 2019 foi efetuado o primeiro encaminhamento para uma ERPI, tendo havido parecer favorável em 2020, mas está a aguardar vaga.

Em 2021, visto que a situação se mantinha, é apresentada nova proposta de integração, não conseguida devida a falta de vagas.

Finalmente em 2022 vem uma resposta favorável para integração num Lar, em lugares reservados à Segurança Social e foi enviada proposta de admissão e confirmada a sua integração com a equipa do Lar.

Quatro dias antes da integração, um e-mail do Lar, informa que a resposta à integração no lar tinha mudado e que passava a ser desfavorável. O problema que provocou a mudança de parecer é o facto do utente estar integrado em programa de substituição opiácea e isso implicar levantar a substância e administrar a mesma. Apesar da equipa de rua assumir o compromisso, de entregar as doses de metadona no Lar, a instituição manteve a recusa.

Foi efetuado contacto com a Segurança Social, a situação foi analisada pelo núcleo social e jurídico da Segurança Social, que considerou legítima a recusa da Instituição, e considera que o utente deverá ser encaminhado para uma estrutura de acolhimento adequada à sua situação clínica. (GF4)

Os gestores de caso como ator coletivo, com base no seu conhecimento de proximidade e na avaliação que podem fazer das políticas e das respostas sociais a implementar, podem contribuir para a análise crítica e reflexiva sobre novas propostas de intervenção ou de criação de novos recursos, como foi o caso da proposta seguinte:

Relativamente à proposta de um projeto apresentado para instalação de Cacifos na cidade para a guarda de bens e documentação das pessoas em situação de sem tecto, os gestores consideraram ser necessário definir prioridades para as respostas, e a prioridade é a habitação. Por outro lado, relativamente à documentação isso nem faz sentido, pois as pessoas não deixam um passaporte ou um Cartão de cidadão num cacifo? O projeto dos cacifos só tem sentido para a limpeza da cidade, isto é, para deixar de ser visível durante o dia as pessoas sem-abrigo, sobretudo os sem-tecto. Os custos desse projeto deveriam ser canalizados para mais habitação, independentemente de se considerar que os cacifos poderiam dar jeito conjuntamente às pessoas que ainda dormem na rua. (GF3)

2.7 - A escrita profissional

Os GC têm muito do seu tempo quotidiano de trabalho destinado ao registo da sua atividade, tratamento de dados, preenchimentos dos formulários de diagnóstico e processo de acompanhamento. É reconhecida por todos os GC a importância do sistema informático para facilitar o trabalho em rede garantir o acompanhamento social estruturado e ajustado.

No entanto nem sempre funciona de forma eficaz:

É importante os registos estarem atualizados no sistema informático para facilitar o trabalho em rede, No entanto os gestores consideraram um problema a lentidão do sistema informático e da complexidade do seu funcionamento que rouba muito tempo à intervenção social. (GF4)

O mau funcionamento que obriga a fazer registos manuais quando não é possível ter acesso ao sistema, para depois serem introduzidos no sistema e isto duplica o trabalho. (GF4)

Os gestores que pertencem a equipas de rua, que circulam muito, entram e saem das instalações dos serviços com muita frequência, encontram dificuldades acrescidas, pois quando destinam o seu tempo ao registo muitas vezes ele é lento ou até não está a funcionar. (GF4)

Este é um problema que já foi colocado à coordenação da estratégia em tempos, mas que tem que ser objeto de nova proposta sobretudo aproveitar a oportunidade da passagem da ação social para as autarquias que está a ocorrer. (GF4)

A construção de formulários e fichas comuns para fazer pedidos e sinalizações é uma necessidade manifestada pelos gestores:

A ficha de sinalização para a saúde mental única é um instrumento que esta a dar resultados e que seria importante alargar às outras áreas da saúde com a colaboração dos gestores, bem como as fichas de sinalização para o alojamento. (GF4)

Relativamente às reformas por invalidez procuraram entre si avaliar experiências e socializar as experiências positivas de procedimentos utilizados:

É necessário dirigir o email ao Presidente das Juntas médicas, explicando a situação e necessidade da urgência da situação.

Para não fechar a porta com uma inundação de pedidos antecipados só fazer para quem já estiver há pelo menos um ano à espera e tenha real urgência,

Quando é urgente ou a idade justifica, e caso não seja essencial o atestado multiusos, deve levar-se ao Serviço de Juntas Médicas e Verificação de Incapacidades” mais acessível que não exija a marcação prévia de consulta. (GF4)

3 - Atividades Complementares

O trabalho dos GC exige o domínio de muitos saberes, sensibilidade social, resistência psicológica e capacidade para gerir emoções, controlo do etnocentrismo

e preconceitos, para garantir objectividade nas avaliações e decisões sobre a vida e os problemas existentes das pessoas que acompanham e identificar problemas identificados e os latentes.

Fenómenos de pobreza e exclusão extremas como as pessoas em situação de sem abrigo que no final de 2022 aumentaram em Portugal 25% (Pordata 2023) manifestam situações de múltiplas privações, carências e sofrimento, exigem respostas diversificadas que são condicionadas pelas políticas públicas e recursos disponibilizados e são ainda moldadas pelas lógicas institucionais tradicionais, e da mobilização da sociedade civil.

A economia, a sociologia, a antropologia, a psicologia, a filosofia e o serviço social produzem conhecimentos que clarificam o que parece opaco e incompreensível, estabelecem a relação entre fatores individuais e estruturais, explicam as desigualdades e a génese dos problemas sociais, interpretam e ajudam a compreender os sentidos e as lógicas de encadeamento dos processos e dinâmicas sociais; ajudam a conceber, organizar, implementar e avaliar criticamente os processos de desenvolvimento económico e social, cultural e político, para garantir direitos, identificar oportunidades, reduzir desigualdades, incluir pessoas, grupos e comunidades em situação de vulnerabilidade e marcadas pela desigualdade social.

A **economia** explica o fenómeno global e local das transformações económicas e financeiras num período marcado pela aplicação a nível planetário das teorias neoliberais e o conseqüente crescimento das desigualdades, aumento da população em situação de extrema pobreza, na medida em que os estados se desresponsabilizam, privatizam ou reduzem serviços públicos ao mínimo, individualizam os problemas sociais e criminalizam a pobreza e a exclusão, sustentados na doutrina meritocrática. Mas ao mesmo tempo pode ao nível dos territórios locais, reconhecer as potencialidades locais de desenvolvimento, as possibilidades de resistência das populações.

A **sociologia** é um conhecimento essencial para a compreensão das relações sociais, funcionamento das estruturas e sistemas face à pobreza e desqualificação social dos indivíduos, evitando que este seja considerado uma questão de culpa pessoal individual. Em Portugal, as estatísticas das PSSA crescem, mas não são apenas números; cada pessoa nesta situação tem um rosto, que sofre individualmente. O conhecimento sociológico potencializa o papel dos movimentos sociais,

comprova a sua importância na construção da intervenção social comunitária e a importância da defesa da democracia.

O conhecimento **antropológico, filosófico** permite compreender as reconfigurações e reconstruções necessárias para enfrentar os problemas da pobreza extrema em cada indivíduo e grupo, numa sociedade ainda dominada pela ética do trabalho e pelo sentimento de inutilidade social vivenciado por quem está invisível e se situa nas margens da sociedade. Ao sentimento de inutilidade acrescem também todos os problemas que se prendem com as dimensões do tempo e do espaço quando não existe espaço próprio, privacidade e o quotidiano sem ocupação ou redes relacionais organizadoras do tempo, impedem a distinção entre ocupação e lazer, o espaço público e o privado, laços familiares e relacionais, práticas artísticas, religiosas, desportivas, atividades de consumo - é o vazio da vida das pessoas em situação de sem-abrigo.

A **psicologia**, nomeadamente a psicologia social ajuda a compreender os fenómenos de adaptação, rejeição e resistência, causados pela vergonha, frustração, medo do futuro e incapacidade de resolver os problemas da vida de forma independente, bem como as potencialidades dos grupos e movimentos como contextos ressocializadores de identidades em rutura e processo de desestruturação, os problemas da comunicação e os fatores de indução de comportamentos.

O **serviço social** como disciplina profissional contribui para qualificar a intervenção social neste contexto de grande pobreza e exclusão:

- com as propostas de alteração das formas de gestão e coordenação inflexíveis e hierarquizadas, para garantir um apoio em rede, com alianças entre sistemas e instituições, para negociar acordos e articular a intervenção das diferentes instituições respeitando as lógicas e formas de organização específicas, para gerir os conflitos emergentes e contrariar a visão fatalista e determinista emanados muitas vezes dos códigos regulamentares das instituições,
- para maximizar os recursos das instituições e organizações, para criar condições para uma acção interinstitucional cooperativa e adequada, para que as pessoas em situação de sem-abrigo saíam da rua o mais depressa possível,
- para assegurar uma intervenção capaz de restaurar identidades perturbadas, reparar ruturas sociais múltiplas o que exige aprofundamento de

conhecimento de proximidade personalizado das pessoas em situação de grande pobreza e exclusão,

- para organizar solidariedade, criar e animar grupos, organizar actividades alternativas adaptadas, nomeadamente actividades de expressão artística e cultural de qualidade, para promover capacidades transversais nas pessoas,
- para promover a escuta empática e ativa com as pessoas que vivem situações de pobreza, numa perspectiva de pedagogia social e de ação dialógica que permita descobrir o mundo, mobilizar para ações colectivas de intervenção,
- para realizar o acompanhamento social, tanto na fase da sensibilização para sair da rua como na fase posterior do planeamento e concretização dos projetos alternativos de vida.

3.1 - A Supervisão um espaço coletivo de flexibilidade:

Como todos os exercícios profissionais de grande complexidade e desgaste emocional os gestores de caso precisam do espaço de supervisão como plataforma de segurança para enfrentar as incertezas, as dúvidas e desafios éticos que o quotidiano do exercício profissional exige.

Como resultado da reflexão feita no GF2 a supervisão foi considerado pelos GC um espaço fundamental para o seu trabalho e foram definidas os objectivos da supervisão:

Quadro nº 7 ⁵⁴

Objetivo global	Objetivos específicos
Para pensar novas estratégias e inovar	Desenvolver a criatividade e estimular a inovação nas práticas profissionais Gerar novos paradigmas nas práticas profissionais Para pensar fora dos enquadramentos (rotinas, regras e falta de recursos recorrentes) que bloqueiam a possibilidade de ver outras soluções) Para construir um espaço de debate, onde se pode analisar os paradoxos, as perversidades as situações que causam perplexidade e ruturas e procurar explicar o que é incompreensível para o tornar inteligível para o coletivo

⁵⁴ Quadro construído a partir dos contributos do GF 2

Objetivo global	Objetivos específicos
Para partilhar dificuldades combater o pessimismo paralisante	Quando acompanham pessoas há 10 ou 12 anos, sem conseguir co-construir condições de autonomia e que inserção. Quando é necessário encontrar novos caminhos para sair dos impasses
Para reflectir criticamente sobre as práticas desenvolvidas	Para partilhar, ver outras formas de trabalhar, conhecer experiencias de outros colegas e mesmo de outras regiões Para refletir e avaliar rotinas instaladas, sua eficácia e as desconstruir se necessário Desenvolver um pensamento crítico para e encontrar novas perspectivas de análise, o que comumente se assume como “partir pedra”.
Para articular a acção entre gestores	Para construir uma linguagem comum e conceitos comuns relativamente às práticas profissionais – construir uma comunidade de práticas e de sentido Para gerir eventuais conflitos
Para se construir como ator coletivo e agente influente nas redes e sistemas de comunicação	Para dialogar com outros atores, organizações com representatividade de grupo e não apenas como profissionais individuais Para construir posições assumidas em conjunto por exemplo, propostas de soluções e responder de forma colectiva e legitimada a pedidos de relatórios, de apresentação de dados Solicitar informação e melhorar canais de comunicação entre o grupo de gestores / Rede Social / Coordenação do NPISA
Desenvolver a auto-avaliação e a hétero avaliação	Num clima de cooperação e aprendizagem coletiva Proporcionar a reflexividade profissional para identificar os contextos da intervenção, os processos e os indicadores considerados para não repetir processos que se mostraram ineficazes

Conclusão

O desenvolvimento da ENPISA para cumprir os seus objetivos não dispensa o papel dos Gestores de Caso como agentes prioritários. Mas o GC, para desenvolver o seu exercício profissional, depende da rede social, da disponibilização dos recursos existentes, da cultura organizacional das instituições, da reflexão partilhada entre os gestores e a coordenação da rede.

No exercício das suas funções diversificadas, complexas, com níveis de incerteza que caracterizam toda a ação humana, com processos que nunca se repetem porque são vividos por cada individuo de forma específica, mas que ao mesmo tempo são socialmente determinados por sistemas e estruturas sociais de nível micro meso e macro, a intervenção social dos GC desenvolve-se em contextos

institucionais diversos, articulam as diferentes temporalidades dos projetos, das instituições, das pessoas e precisam de recursos que são quase sempre escassos e muitas vezes desajustados aos problemas que precisam responder

Junto das PSSA os GC:

- Asseguram o vínculo relacional necessário e possível para as pessoas em situação de exclusão e pobreza que acumularam perdas e ruturas no seu percurso, possam com os apoios sociais disponibilizados, sustentar viragens para reconstruir os seus recursos pessoais, sociais, culturais, simbólicos, desvalorizados pelos modos de vida socialmente desqualificados.
- Desenvolvem processos pedagógicos para trabalhar comportamentos desajustados e ressocializar de forma positiva.
- Enfrentam situações de ansiedade, agressividade, angústia das PSSA com quem têm que interagir e asseguram processos de comunicação eficazes, estimuladores da participação, da reflexão, para permitir situações de interação positivas e facilitadoras da ajuda.
- Garantem o acolhimento de pessoas mesmo quando a interação é dificultada por problemas graves de comunicação, comportamentos decorrentes de problemas de saúde mental ou consumos, e problemas graves de higiene.
- Organizam, procuram e estimulam actividades alternativas para responderem a necessidades, nomeadamente actividades lúdicas, de expressão artística, cultural que promovem capacidades transversais nas populações.
- Fazem a mediação e são facilitadoras do contacto das PSSA com serviços e diferentes instituições e garantem o seu acesso aos serviços.

Nas instituições e nas redes

- asseguram conhecimento concreto e personalizado das PSSA dos seus contextos e problemas, partilham e organizam informação sobre recursos dos territórios, estratégias de facilitação do acesso aos serviços, e asseguram informação de proximidade necessária aos outros profissionais;
- asseguram o apoio em rede, estabelecem alianças, procuram restabelecer laços primários e familiares

- gerem conflitos e negociam acordos entre interesses diversos e muitas vezes paradoxais, e, apesar das interrogações, fazem escolhas, tomam decisões e correm os riscos inerentes;
- dinamizam a intervenção de outros actores e articulam diferentes sistemas como a família, saúde, emprego e formação profissional, respostas sociais, comunicação social, serviços culturais, onde identificam as lógicas diversas de funcionamento para desbloquear e aproveitar campos de acção,
- propoem funcionamentos institucionais adaptados às necessidades das PSSA;
- fazem a mediação entre as diferentes culturas religiosas, filosóficas populares e as lógicas de outros profissionais e decisores.

Os Gestores de Caso são efectivamente agentes prioritários na intervenção social com as pessoas em situação de sem-abrigo

Bibliografia

- ALBUQUERQUE C. (2014) *Pensamento e planeamento estratégico na intervenção social: o enfoque na qualidade e na inovação* in Carvalho; I. (coord) **Serviço Social Teorias e Práticas**. (pp 163-189) Lisboa: Pactor
- AMARO, I (2015) *Dimensão relacional do fenómeno da pobreza contemporânea: desfiliação laço social e vida urbana* in Diogo, F:Castro A.Perista P. Pobreza e exclusão social em Portugal Contextos transformações e estudos V.N. Famalicão: Humus, pp 183 a 196
- ARENDT, H. (1987) *A condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária,
- BARBIER, R (1996) *La recherche Action*. Paris Anthropos
- BAUMAN, Z. (2004) *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro Zahar Editor
- BAUMAN, Z. (2006) *Confiança e medo na cidade*. Lisboa: Relógio d'Água,
- BAUMAN, Z. (2008) *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*. Barcelona: Editorial Gedisa,
- BENTO, A., BARRETO, E. (2002) *Sem Amor, Sem Abrigo*. Lisboa: Climepsi editores,
- BOURDIEU, P. *et al. La misère du monde*. Paris: Seuil, 1993.

- BRANCO, F (2015) *A Procura da Assistência em Portugal como Revelador da Pobreza e Vulnerabilidade Social* in Diogo, F;Castro A.Perista P. *Pobreza e exclusão social em Portugal Contextos transformações e estudos*. V.N. Famalicão: Humus, pp 231 a 249
- CASTEL, R. (1995) *Les métamorphoses de la question social: une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Porto: Afrontamento, 1972.
- GAULEJAC, V. *As origens da vergonha*. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, Ltda, 2006. (GAULEJAC, 2006)
- GUERRA, I., PINTO, C.T (2015) *Da Pobreza à Vulnerabilidade: Transformações identitárias e no agir colectivo* in Diogo, F;Castro A.Perista P. *Pobreza e exclusão social em Portugal Contextos transformações e estudos*. V.N. Famalicão: Humus, pp 167 a 181
- GRANJA, B. (2008) *Identidade e saber dos Assistentes Sociais*. Dissertação de doutoramento repositório da U. Porto,
- GRANJA, B. (2011) *A competência reflexiva processual em serviço social na ação profissional junto às populações* in Cadernos de Pesquisa, nº 143, São Paulo: Fundação Carlos Chagas. Pag
- HAN, Byung-Chul. (2018) *A expulsão do “outro”*: Sociedade, percepção e comunicação hoje. Lisboa: Relógio d'Água,).
- HARVEY, David. *A brief history of neoliberalism*. Oxford: University Press, 2005
- HENRIQUES, José Manuel. *Municípios e desenvolvimento, caminhos possíveis*. Lisboa: Escher, 1990.
- INNERARITY, Daniel. (2018) *Comprender la Democracia*. Barcelona: Editorial Gedisa S. A.,
- PIKETTY, Thomas. (2021) *Capital e ideologia*. Lisboa: Temas e debates - círculo de leitores,
- SOUSA, P., D'ALMEIDA, J.L. (2016) *A Avaliação Diagnóstica na Prática do Serviço Social*.Viseu: Psicossoma
- TONIOLO, C. (2019) *Serviço Social, Produção de Documentos Técnicos e Sigilo Profissional* in Guerra, Y; Leite J. Ortiz F. (org) *Temas Contemporâneos em Serviço Social*. Campinas:Papel Social.Pp: 241a 263
- VRANKEN, D., MACQUET, C.
 (2006) *“Le travail sur soi Vers une psychologisation de la société”* Paris: Belin
 (2012). *«Du travail sur soi au gouvernement de soi»* in L'accompagnement social vers l'emploi - Informations Sociales. Janvier/Février, nº169, Paris.