

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto /

Universidade do Porto

MESTRADO EM COMPORTAMENTO DESVIANTE /

TOXICODEPENDÊNCIA

TOXICO – EXCLUSÃO : a exclusão social pela Toxicodependência.

Estudo Psico-Social de caracterização da população toxicodependente dos agregados beneficiários do RMG em quatro freguesias da cidade do Porto.

Mestranda : MARIA IRENE VAZ PIRES

Orientador : Prof. Doutor João Marques Teixeira

PORTO , 10 de Agosto de 2000

AGRADECIMENTOS :

Em 1º lugar, gostaria de agradecer ao orientador da Tese de Mestrado, Prof. Doutor João Marques Teixeira que, pelas suas críticas e pareceres, me ajudou a pensar melhor.

Em 2º lugar, ao Dr. Pedro Pires de Carvalho pela colaboração prestada com conhecimentos de informática, que se revelaram de grande utilidade neste estudo.

Em 3º lugar, ao C.R.S.S.N. (Centro Regional de Segurança Social do Norte), por ter facultado, sem restrições, a consulta de processos familiares do RMG.

Aos citados, e ainda a todos aqueles que me deram apoio oportuno para a elaboração da presente Tese de Mestrado,

MUITO OBRIGADO

ÍNDICE :

Introdução

I - Enquadramento Teórico

1 – A Toxicodependência como construção social

1.1 - Da transdisciplinaridade.....7

1.2 - Da mudança de paradigma.....9

1.3 - Do conceito de desvio.....12

2 – A Toxicodependência como exclusão social

2.1 - Da pobreza enquanto estado.....14

2.2 - Da exclusão social enquanto processo.....16

3 – “*Toxico - Exclusão*”: a exclusão social pela toxicodependência.....20

4 – R.M.G. : o direito contra a exclusão social.....21

5 – Da necessidade de caracterização empírica da “*Toxico-Exclusão*”31

II - O Estudo Empírico

1 - Objecto e Objectivos

2 - Metodologia

2.1 - Amostra e Procedimento.....37

2.2 – Variáveis.....38

2.3 - Material / Instrumentos.....40

3 – Análise e Discussão dos Resultados

3.1 – Freguesias.....41

3.2 - Grupos Etários.....46

3.3 – Sexo.....50

3.4 - Estado Civil.....53

3.5 - Situação Escolar.....54

3.6 - Situação Profissional.....56

3.7 - Situação Judiciária.....60

3.8 - Situação Clínica.....61

3.9 - Tipo de Família / Tipo de Filhos.....65

4 – Conclusões

5 – Bibliografia

6 – Anexo

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” - Artigo nº1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos

Introdução

A *Toxicoddependência* é tema imprescindível na análise psico-social da actualidade.

A *Exclusão Social* parece ser uma invariante, paradoxalmente, do progresso ocidental actual.

Da reflexão sobre estas duas problemáticas actuais surgiu a questão:

- Qual a relação entre *Toxicoddependência* e *Exclusão Social* ?

Das respostas a esta questão foi forjado o constructo motivador deste estudo: a “*Toxico-Exclusão*”.

O presente estudo daí resultante divide-se em duas partes essenciais:

I – *Enquadramento Teórico* – parte teórica na qual se procedeu à fundamentação teórica do constructo “*Toxico-Exclusão*”, pela análise dos conceitos de toxicoddependência e exclusão social;

II – *Estudo Empírico* – parte prática que consistiu na análise descritiva de tipo epidemiológico da população beneficiária do RMG (rendimento mínimo garantido), enriquecido pela comparação entre população toxicoddependente e população não-toxicoddependente, através das 9 variáveis seleccionadas (Freguesia, Sexo, Estado Civil, Situação Escolar, Situação Profissional, Situação Clínica, Situação Judiciária e Tipo de Família/Tipo de Filhos).

Do paralelo estabelecido entre a fundamentação teórica e os resultados obtidos no estudo, resultaram as conclusões finais que se caracterizaram por provarem, na substância mas não na totalidade, que a toxicoddependência agrava os indicadores de exclusão social, potenciando uma forma de exclusão social específica: a “*exclusão simbólica*”.

Este tipo de exclusão social caracterizou-se como uma forma de exclusão de maior destituição e marginalização social, evidenciando-se pela dupla vulnerabilidade (psico-somática e psico-social) maior na população toxicoddependente que na população não-toxicoddependente beneficiária do RMG.

I – Enquadramento Teórico

1 - A Toxicodependência como construção social

1.1 - Da necessidade de transdisciplinaridade

A Toxicodependência, como fenómeno generalizado do uso de drogas, é uma característica das sociedades contemporâneas, constituindo o expoente máximo das suas contradições e ambiguidades. Pode mesmo afirmar-se que o consumo de drogas é o mais importante revelador dos valores e dos modos de vida da sociedade actual, onde radicalizam opostos de difícil conciliação: “*individualismo de acção*” na esfera pública por oposição ao “*individualismo de consumo*” na esfera privada.

Apesar de vivermos hoje numa sociedade química, pois não se conhecem praticamente sociedades nas quais não haja uso de substâncias psicoactivas (Amaral Dias, 1980) não é a farmacodinâmica das substâncias que explica a toxicodependência.

É de realçar a relação entre o início da toxicodependência e os processos de individuação, especialmente na juventude que é o grupo social de maior risco. As drogas têm maior impacto nestas idades pela sugestão de conciliação que proporcionam aos jovens entre a contestação, como forma de participação no espaço público, e o hedonismo como prática do individualismo no espaço privado.

“A droga é um artifício para fabricar o indivíduo” (Ehrenberg, 1992) mas nem a farmacocinética das substâncias nem os processos de ordem psico-social esgotam as razões da existência da toxicodependência. Caracteriza-se por ser um fenómeno multifactorial ultrapassando largamente o domínio do privado (médico-psicológico) para se tornar numa questão do domínio do político (ético-social).

Para explicar o uso de drogas é necessário movermo-nos num espaço tridimensional em que nenhuma das variáveis é determinante mas actua de forma multicausal (Pallarés, 1995): quer a substância com determinadas características farmacológicas com determinada pureza e com uma forma específica de administração; quer o indivíduo com características psico-sociais específicas como idade, sexo, classe social, profissão, nível de integração social entre outras; quer um contexto social no qual se favorece ou não o contacto com a substância, com determinado discurso sobre as drogas, os consumidores, os efeitos e as expectativas aliadas ao seu consumo.

É pela análise multifactorial que o saber das drogas não se pode reduzir a mais um ramo das ciências constituídas (Agra, 1997): “não se reduz a um ramo das ciências biomédicas embora estude as substâncias; não se reduz a um ramo das ciências psicológicas e do comportamento, embora estude os indivíduos - toxicodependentes e também não se reduz a um ramo das ciências sociais embora o estudo dos contextos seja tido em conta”.

É no campo da transdisciplinaridade que reside o seu objecto, sendo de realçar a importância dos domínios próximos como a Psiquiatria e a Criminologia.

Agra (1993) chega a afirmar que “é paradoxal o uso de técnicas terapêuticas enraizadas no individual, quando a toxicodependência consiste na potenciação absoluta do indivíduo, ainda que de forma puramente hedonista”.

É necessário o recurso à Ecologia Humana, estabelecendo a base explicativa da toxicodependência entre o social e o antropológico, abrindo-se a outras disciplinas científicas para além do clínico e do individual, do “*para lá de si*” como História, Filosofia, Sociologia e Antropologia.

A necessidade de um “*salto epistemológico*” no pensamento da droga, defendido pelo mesmo autor, tem sido sucessivamente adiado pela existência de dois importantes factores: -“*indeterminismo popular*” que sustenta que o consumo de drogas é um comportamento que diz respeito ao livre arbítrio de cada indivíduo que, conseqüentemente repousa na ambigüidade moral do discurso sobre

os valores e a sua crise, caracterizando-se pela interpretação bipolar do bem e do mal quanto ao consumo de drogas, segundo uma perspectiva liberal; - “*determinismo popular*” que associa quer o determinismo médico- psicológico reduzindo o problema da droga às categorias de doença, quer o determinismo repressivo- penal que o reduz aos tipos de delinquência.

Se o problema da droga tem sido objecto de colonização política é necessário ultrapassar esta sujeição eliminando os registos redutores a que tem sido submetido (Agra, 1998): o reducionismo clínico “*droga / doença*”; o reducionismo jurídico “*droga / delinquência*”; o reducionismo social “*droga / mal social*” e o reducionismo mediático “*droga / espectáculo*” presente no sensacionalismo dos *mass-media* quando falam do abrangente “*mundo da droga*” na sociedade actual.

1.2 – Da necessidade de mudança de paradigma

A problemática da toxicodependência é orientada, desde os anos 80 até à actualidade, pelas teses do Modelo Proibicionista. Este modelo, promulgado pela Convenção de Viena de 1988, baseado no paradigma médico- jurídico, é responsável pela ambiguidade, ineficácia e perversidade que caracteriza o estado actual da toxicodependência (Romani, 1991).

São exaustivas as críticas a este modelo elaboradas por diferentes autores: - priorizar o problema da droga em relação a problemas mais estruturais da sociedade como a pobreza, o desemprego ou os desastres ecológicos; - implicar o sistema penal e de saúde pública na resolução deste problema com consequências negativas para estes sistemas pela massificação e acumulação de fracassos na reabilitação de toxicodependentes; - favorecer as substâncias legais que tendem a não ser percebidas como drogas e a encobrir os seus efeitos negativos; - aumentar o preço das substâncias ilegais, bem como adulteração da sua pureza no mercado negro, favorecendo as substâncias com qualidades farmacológicas mais potentes e a administração endovenosa que comporta mais riscos; - estigmatizar os consumidores que, obedecendo à “*profecia que se auto-cumpre*” cada vez se identificam mais com as sub-culturas delinquentes juvenis; - aumentar a reacção social pela

dramatização do toxicodependente que passa a consubstancializar o papel de “*bode expiatório*” da época contemporânea; - manter critérios irracionais a respeito das drogas para as tornarem mais atractivas para certos grupos de consumidores pela carga simbólica que transportam e assim aumentar o seu potencial económico como produto comercial; - concentrar o pequeno tráfico nos espaços urbanos mais problemáticos: bolsas de marginalização e desemprego e bairros com deficiências de recursos comunitários e urbanísticos, o que contribui para aumentar a idoneidade do grande tráfico de drogas que se continua a realizar calmamente bem longe destes lugares de conturbação social; - priorizar a heroína e os heroínómanos como símbolo do consumo de drogas e, desta forma, converter a dependência em inevitável quando é um fenómeno limitado a certas drogas e assimilar os consumidores “normalizados”, que são a larga maioria, a toxicodependentes problemáticos; - encobrir as dimensões políticas e económicas do tema das drogas que condiciona a ilegalidade de certas drogas que assim possibilita avultados lucros e interferências políticas dos EUA e de outros países poderosos nos assuntos internos dos países produtores mais débeis economicamente, bem como interferências nas políticas criminais e de saúde pública do resto do mundo (Pallarés, 1995).

São igualmente de realçar as consequências sistematizadas por Costa (1997) como: - o aumento dos danos físicos e psíquicos associados ao uso de drogas, de todas as drogas lícitas e ilícitas, sendo que a nocividade das drogas lícitas é elevadíssima em termos de custos monetários e sociais e incomparavelmente superior à das drogas ilícitas, constituindo frequentemente uma porta de entrada no uso de drogas e na carreira do toxicodependente; - o aumento da criminalidade e dos comportamentos produzidos pela pressão do consumo; - o favorecimento das consequências socio-económicas do narco-tráfico que não só representam o mais elevado volume de negócios conhecido como, se tivermos em conta as indicações de um estudo da polícia europeia, favorece o crime contra a propriedade e fortalece o mercado negro (cerca de 80 % do financiamento do consumo dos toxicodependentes é feito através do roubo pela venda dos objectos roubados a 1/4 do seu valor); - e

o favorecimento das consequências geo-estratégicas do narco-tráfico causadas pela infiltração do elevado volume de dinheiro no tecido económico, dando lugar a grupos de *lobbies* que constituem *mafias* com manifesto poder político.

Kopp (1997) alerta ainda para o perigo mais grave do proibicionismo na actualidade: o agravamento dos indicadores de saúde pública. Esta possibilidade foi constatada, designadamente, quando o aumento da repressão sobre os consumidores de heroína aumentava a sua precaridade e suscitava neles comportamentos de risco como a partilha de seringas, lesivos da luta contra a propagação da sida.

É com base nas críticas ao Modelo Proibicionista que a Antropologia se dedica ao problema da droga (Romani, 1997), classificando-o como uma construção social reactiva ao proibicionismo iniciado nos princípios do séc.XX. Realiza uma análise da droga com ênfase na cultura, ou seja, nos elementos simbólicos das sociedades que, na tradição antropológica se designa como “holismo”¹ e, noutros campos do saber se agrupam nos designados modelos sistémicos, caracterizando-se ambos pela contínua articulação entre os níveis macro-sociais e micro-sociais na análise de todas as problemáticas.

Nesta abordagem teórica, a problemática da toxicod dependência deve ser analisada pela integração do nível individual (pela especificidade do indivíduo toxicod dependente), com o nível familiar (pela especificidade do agregado em que o indivíduo toxicod dependente coabita), com o nível micro-social (pela especificidade do contexto social em que a toxicod dependência se desenrola) com o nível macro-social (pela análise das políticas sociais abrangentes que se relacionam com o problema da toxicod dependência). Podem referir-se as políticas de saúde, justiça e protecção social que se relacionam de forma mais estreita com a problemática da droga e as políticas de habitação, urbanismo, educação e ambiente que com estas interagem de forma positiva ou negativa; de forma

¹ Holismo – Doutrina segundo a qual o todo, sobretudo do ser vivo, tem propriedades que faltam aos seus elementos constitutivos.

positiva diminuindo os impactos sociais causados pelo problema da droga, de forma negativa agravando os contornos negativos deste complexo problema da sociedade actual.

É num “universo que se diz cada vez mais transnacional no económico e, inversamente, cada vez mais débil no social” (Pallarés, 1995) que se deve situar a toxicodependência, já que muitos dos problemas que lhe estão adjacentes, em que a exclusão social e a sida estão incluídos entre os mais importantes, não são fruto das drogas no sentido da química das substâncias, mas resultado do tipo de respostas sociais que lhe são dadas.

1.3 – Da necessidade do conceito de desvio

A análise da história da “*guerra da droga*”, subjacente ao Modelo Proibicionista, é caracterizada por três grandes descontinuidades nas estratégias designadas como “*terror interventivo*”, “*engenharia da química psicotrópica*” e “*intervenção mediadora*” (Agra, 1997).

Se o “*terror interventivo*” se caracterizava pela necessidade de intervir a qualquer custo contra o “*flagelo da droga*”, em que a ciência, a ética e a discussão racional se tornaram tão perseguidas quanto a própria droga; já a estratégia seguinte “*engenharia química psicotrópica*” vai caracterizar-se por uma tomada de posição dura para o tráfico, ao invés da leveza na abordagem dos consumos dos toxicodependentes, que podem atingir uma vida sem drogas, se devidamente orientados pelo poder-saber técnico, quer médico, psicológico, social e jurídico.

Ultrapassadas as duas primeiras estratégias, situamo-nos hoje na terceira “*intervenção mediadora*” na abordagem dos comportamentos desviantes, que anuncia uma síntese criativa pela constatação, segundo o mesmo autor, de quatro princípios orientadores:

1 - “*Princípio da imanência*” - segundo o qual quer o fenómeno da droga quer os seus actores não são um fenómeno estranho ou alheio às sociedades actuais mas representam o viver actual da nossa própria comunidade, sendo que “a droga não é um objecto da natureza mas uma densidade antropológica, e como tal é fala, é linguagem”;

2 - “*Princípio da tolerância*” - segundo o qual somos obrigados a suportar este fenómeno e os seus protagonistas na nossa sociedade;

3 - “*Princípio do mal menor*” - segundo o qual o ideal da erradicação da droga na nossa sociedade tende cada vez mais a ser substituído pela política realista da redução: “*redução da procura*”, “*redução dos riscos*” e “*redução dos danos*”;

4 - “*Princípio da irreversibilidade*”- segundo o qual existem situações de consumo de drogas que não são reversíveis, e tais situações colocam questões humanitárias e éticas a que é preciso dar resposta, bem como à preocupante associação toxicod dependência / sida dominante na actualidade.

É com base nestes princípios orientadores que foi estruturado o presente estudo sobre o comportamento desviante da toxicod dependência:

1 - Segundo o “*Princípio da imanência*”, pela tomada de consciência da presença significativa de toxicod dependentes nos beneficiários do RMG, procedeu-se ao estudo descritivo da população consumidora num contexto urbano de exclusão social, no sentido de analisar as variáveis que a caracterizam;

2 - Segundo o “*Princípio da tolerância*”, concebendo que este problema não é de fácil nem rápida solução, pretendeu-se contribuir para optimizar o “*saber-fazer*” na área da toxicod dependência, adaptando os diferentes programas de redução de riscos às populações específicas;

3 - Segundo o “*Princípio do mal menor*” constatou-se que são necessários estudos para cada população específica de toxicod dependentes, contribuindo para a adequação das variáveis que a caracterizam às estratégias de intervenção a aplicar;

4 - Por último, tornou-se evidente a urgência em adoptar o “*Princípio da irreversibilidade*” no domínio da toxicod dependência em contexto específico de exclusão social: existem casos de toxicod dependentes isolados beneficiários do RMG, por ausência ou abandono da família de origem, bem como casos de “*sem-abrigo*” para os quais é necessário, por imperativos humanistas, criar

alternativas de suporte social, com consequências de grave risco para a saúde pública, se assim não se proceder.

Decorrente da aplicação dos princípios enunciados na abordagem da toxicod dependência, enquanto comportamento desviante, o presente estudo pretende contribuir para o seu aprofundamento, focando-se numa população duplamente desviante: pela toxicod dependência e pelo contexto de exclusão social em que se insere.

A abordagem do consumo de drogas como um comportamento desviante é enquadrada no domínio da designada “*explicação estrutural*” segundo Agra (1998) que cita, de entre as Teorias Sociológicas da Desviância, a Teoria da Anomia de Merton, que se relaciona com o presente estudo.

Segundo Merton o aumento dos comportamentos desviantes, em que a toxicod dependência se inclui, está relacionado com os limitados meios de acesso legítimo que as sociedades oferecem às pessoas, para atingirem objectivos e expectativas que culturalmente as submetem.

Nos últimos anos são bem exemplo disso: a forte indução do desejo de “*subir na vida*”, tanto economicamente como em estatuto social, generalizou-se a todas as classes sociais, mas na realidade apenas se manteve privilégio de muito poucos. Estas expectativas não concretizadas tiveram como resultado o aumento de comportamentos desviantes de todo o tipo (delinquência, droga, e corrupção) a todos os níveis (materiais e culturais) e em todas as classes sociais, como forma de obter mais fama e proveito a todo o custo.

2 - A Toxicod dependência como exclusão social

2.1 - Da pobreza enquanto estado

A exclusão social é um dos mais graves, senão o mais grave problema social da actualidade no mundo ocidental. No entanto, o seu conceito não é unívoco pelo que tem provocado alguma conflitualidade entre os investigadores sociais, dando azo a análises sociais polémicas (Bruto da Costa, 1998).

Esta polémica abrange questões quer em termos metodológicos quer em termos epistemológicos, colocando problemas ainda por resolver (Xiberras, 1993).

Quanto à metodologia os problemas decorrem da heterogeneidade da noção de pobreza que, segundo alguns autores (Paugam, 1993) e (Bouget, 1995) nem deve ser considerada sequer uma categorização sociológica. A categoria “*pobre*” não existe senão a partir do momento em que é nomeado e reconhecido como tal. Identifica um conjunto muito diversificado de indivíduos e de situações sociais, que só por um efeito arbitrário de classificação estatística ou normativa são agregados sobre uma denominação comum.

Simmel (1971) considerava que a pobreza deve ser entendida como um estatuto social e analisada por referência à perda estatutária a que estão sujeitos os indivíduos que vivem em situação de precaridade material. A mesma opinião é corroborada por outros autores actuais (Ferreira, 1996) que, pelo teor marcadamente negativo da pobreza, consideram que não se pode restringir à sua dimensão material, ou seja, à precarização das condições de vida.

É pelo debate acerca do estatuto da pobreza face à ordem socio-económica que surgem os conceitos de “*pobreza absoluta*” e “*pobreza relativa*”.

A “*pobreza absoluta*” surge no início dos anos 80, introduzida por Rowntree, baseada na noção de subsistência e orientada por preocupações humanistas.

A noção de “*pobreza relativa*” foi concebida por Townsend e outros investigadores sociais nos anos 90, associando a pobreza não só a uma escassez de recursos materiais mas também a uma série de indicadores de privação. É nos princípios da tradição anglo-saxónica, de que Townsend é um bom exemplo (Room, 1995) com visão acentuadamente liberal da sociedade, privilegiando a relação com o mercado, que resulta maior relevo do aspecto distributivo em matéria social – daí o ênfase no estudo da pobreza definida a partir dos recursos materiais por perda estatutária .

Designa-se simultaneamente por “*pobreza subjectiva*” pelo que serão pobres as pessoas que a si mesmo se descreverem como tal, sublinhando-se a sua dimensão simbólica, representacional e

também psicológica na medida em que se torna decisiva a percepção cognitiva da situação de precaridade. Capucha (1998) afirma que é na gestão de factores psicológicos que se resolve ou cristaliza, tais como: gestão do tempo, do espaço; gestão das capacidades cognitivas; gestão das estratégias e opções de vida.

As situações de pobreza relativa tendem à criação de “*culturas de pobreza*” correspondentes às maneiras de ser, fazer e sentir daqueles cujos recursos, porque escassos, não lhes permitem viver segundo padrões normativamente definidos como “normais” na sociedade a que pertencem.

É nestas “*culturas de pobreza*” que se situa a maioria dos beneficiários do RMG, com as sequelas económicas, socio- culturais e ambientais que esta situação existencial transporta, para lá da identidade negativa que esta cultura específica veicula aos seus elementos.

2.2 – Da exclusão social enquanto processo

As referidas dificuldades metodológicas na definição da pobreza remetem para a questão epistemológica mais ampla e profunda que se traduz na designada “*opacidade do objecto*”.

Desde o advento da noção de “*exclusão social*”, no contexto do Congresso de Alghero (1990), que este conflito epistemológico se tornou claro. A partir de então, esta noção passou a designar não apenas a fase terminal de um processo de marginalização e destituição social entendida como “*pobreza absoluta*”, mas a substituir a noção mais generalista de pobreza, a de “*pobreza relativa*”.

Esta tomada de posição originou, desde logo, disparidade entre os conceitos de pobreza e exclusão social, considerando-os característicos de realidades distintas que podem não coexistir no espaço e no tempo. Neste sentido, nem sempre a pobreza traduz situações de exclusão, sendo exemplo disso os pobres do meio rural (Castel, 1990) e, segundo alguns autores, as pessoas pobres podem mesmo contribuir para a coesão social (Capucha, 1998).

A noção de exclusão coloca a ênfase na crise dos elos sociais remetendo para a fractura do contrato social relacionada com o anterior conceito de “*pobreza relativa*”. É no contexto da tradição

francesa, de que se destaca Paugam, que a noção de “*exclusão social*” ganha importância pelo relevo que concede aos aspectos relacionais da pobreza: perda de identidade, de auto-estima, de auto-confiança, de perspectivas de futuro, de capacidade de iniciativa, de motivações que culminam na falta de sentido de pertença à sociedade.

Mas se o indivíduo está excluído de algo implica referência a um contexto de inclusão. Se esse contexto é a própria sociedade, então a exclusão relaciona-se com o direito mais básico de todo o indivíduo: “*o direito à cidadania*”.

Segundo Marshall (1992) a cidadania consiste no *status* que está associado à qualidade de membro de uma determinada comunidade que, no caso das sociedades modernas, consiste na comunidade nacional organizada politicamente em torno do Estado – Nação. Consequentemente, é ao aparelho estatal que compete a garantia do exercício dos direitos de cidadania que se traduz no acesso a um conjunto de sistemas básicos: o social, o económico, o institucional, o territorial e as referências simbólicas (Xiberras, 1993).

De destacar o reconhecimento do domínio territorial já que existem situações em que a exclusão diz respeito não apenas aos indivíduos e seus agregados mas a todo um território. São os “*territórios de exclusão*” caracterizados como territórios de convívio marginal em que “*ecologias oblíquas escapam aos planos lisos da urbe*” (Fernandes, 1998).

Numa época em que houve uma alteração tão profunda na passagem de uma sociedade vertical ou de classes para uma sociedade horizontal (Tosi, 1996) este direito ganha pertinência porque hoje o importante não é estar em cima ou em baixo, mas estar dentro ou fora. Resulta que o primeiro exercício de cidadania é ter possibilidade de estar dentro.

A noção de “*exclusão social*” não designa um estado ou uma categoria de indivíduos, ao invés da “*pobreza*”, mas antes um processo dinâmico, pelo que existem várias formas de estar excluído.

Nesta mudança epistemológica a “*opacidade do objecto*” característica do estudo da pobreza é substancialmente reduzida pela tentativa de clarificação: não existe uma população específica que

se possa designar como excluída, mas existem, pelo contrário, vários processos de construção da exclusão social.

Enquanto que Castel fala no percurso de “*desafiliação*” como o culminar de um processo dinâmico de diferentes zonas de vulnerabilidade onde se produz; Gaulejac e Léonetti de “*desinserção*” e Paugam de “*desqualificação*”.

A “*desinserção*” é entendida como uma passagem de uma identidade positiva a uma identidade negativa que se processa em quatro etapas:

- a ruptura - provocada por situações ou de perda de emprego ou de situações de abandono afectivo que os indivíduos não são capazes de gerir emocionalmente;
- o encadeamento de rupturas - com o conseqüente aumento de vulnerabilidade causado por uma má gestão da ruptura inicial que pode provocar novas rupturas;
- o início da errância - que coincide com o recurso a um meio institucional para viver;
- e, especialmente, a entrada num grupo organizado de excluídos - que normalmente não é passageira porque está associada a uma nova pertença social que implica uma alteração profunda na representação social que os indivíduos fazem de si mesmos.

O processo de “*desinserção*” manifesta-se segundo três fases de reacção psicológica a cada uma destas etapas:

- a fase da resistência na qual o indivíduo tenta mobilizar o conjunto dos seus recursos afectivos, sociais e culturais;
- a fase de adaptação que remete para a organização de um novo modo de vida;
- e a fase de instalação em que se produz a resignação à nova condição pela interiorização do sentimento de ausência de alternativas;

No processo de “*desqualificação*” Paugam (1996) formula uma tipologia em que distingue três fases diferentes de relação com às instituições da Segurança Social:

- a fase de fragilidade que se caracteriza por uma relação pontual em que as necessidades dos indivíduos são predominantemente de ordem económica;
- a fase de dependência que se define, ao contrário da anterior, por uma relação regular e contratual com as instituições;
- e a fase de ruptura que se caracteriza por uma relação infra-assistencial com os serviços da Segurança Social na qual os indivíduos não têm qualquer esperança em sair da situação de marginalidade.

Segundo a concepção da exclusão como processo, quando se fala em excluídos, fala-se não só de indivíduos utentes da Segurança Social de que os beneficiários do RMG são exemplo, como também de indivíduos que se encontram para além das estruturas da Segurança Social, numa zona em que a cidadania e a utilidade social são realidades inexistentes, como é o caso dos “*sem-abrigo*”.

Resultam das diferentes perdas de cidadania vários tipos de “*exclusão social*”: económica, social, cultural, patológica e por comportamentos desviantes.

Enquanto que o tipo económico se caracteriza pela situação de privação múltipla por falta de recursos materiais – trata-se fundamentalmente da pobreza; no tipo social a causa de exclusão situa-se no domínio dos laços sociais, existindo um isolamento social por vezes associada à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal como é o caso dos idosos, dos deficientes graves e dos doentes crónicos acamados; o tipo cultural como o racismo, a xenofobia ou certas formas de estigmatização que podem, só por si, dar origem à exclusão social de minorias étnico-culturais como os imigrantes, os ex-reclusos, os ciganos e os negros; a origem patológica de algumas situações de exclusão social dizem respeito a factores psicológicos ou mentais como é o caso dos que se relacionam com a mudança de política de saúde dos Hospitais Psiquiátricos que, passando a privilegiar o tratamento ambulatorio em detrimento do internamento hospitalar, foi fatal para algumas patologias mentais, o que originou casos de “*sem-abrigo*”; por último considera-se o tipo de auto-exclusão provocada por comportamentos auto-destrutivos que engloba quer os casos de prostituição e sida bem como os

derivados dos comportamentos adictivos do alcoolismo e da toxicod dependência que vieram engrossar também o número dos “*sem-abrigo*”.

O tipo de auto-exclusão provocado por comportamentos desviantes, especialmente pela toxicod dependência, tem-se revelado o mais difícil de ultrapassar, consistindo mesmo para alguns autores no caso mais grave de inadaptação social (Lenoir, 1989) por potenciar os factores de risco presentes em todos os tipos de exclusão social.

3 – “*Toxico-Exclusão*” : a exclusão social pela toxicod dependência

Da tomada de conhecimento sobre a exclusão social e do seu constante agravamento quando se associa a comportamentos de toxicod dependência surge o constructo que apelidei de “*Toxico-Exclusão*”.

Este conceito particulariza a forma específica de exclusão social pela toxicod dependência na qual os sujeitos acumulam o diagnóstico social de exclusão com o diagnóstico clínico da toxicod dependência. Consiste numa exclusão social de maior risco pela vulnerabilidade acrescida dos toxicod dependentes em relação à população não- toxicod dependente.

Tanto na origem como nas consequências a exclusão social pode ser agravada pelo factor da toxicod dependência: quer a montante quando a toxicod dependência gera por si mesma exclusão social; quer a jusante quando contextos de exclusão social proporcionam condições favoráveis ao consumo abusivo de drogas, reforçando desta forma os indicadores de exclusão.

O conceito de “*Toxico-Exclusão*” inscreve-se na tese de construção social da toxicod dependência na medida em que, para a população excluída (toxicod dependente e não- toxicod dependente) apesar das condições objectivas de vida serem as mesmas, deve levantar-se a hipótese de maior vulnerabilidade da população toxicod dependente, designando-se esta por “*exclusão simbólica*”.

A “*exclusão simbólica*” traduz-se não só na vulnerabilidade psico-somática como especialmente na vulnerabilidade psico-social inerente ao consumo de substâncias ilegais. Esta vulnerabilidade característica da população de consumidores de drogas não seria diferente dos consumidores de álcool e de outras drogas legais, se não fosse acrescida pela carga simbólica que o consumo de substâncias ilegais representa na sociedade ocidental actual, dominada pelo Modelo Proibicionista, pelo que se pode falar em vulnerabilidade psico-social específica desta população.

Esta vulnerabilidade concretiza-se em termos psico-somáticos pela progressiva fragilidade da população toxicodependente que se traduz globalmente na menor resistência à doença. Em termos psico-sociais revela-se através de “mecanismos sociais difusos de exclusão social que se tornam implacáveis e poderosos contra certos grupos como doentes mentais, ex-reclusos, prostitutas, alcoólicos e toxicodependentes, estigmatizando o indivíduo e o seu núcleo familiar próximo num processo que é para a vida e que tende a reproduzir-se geracionalmente” (Pedroso, 1998).

Consequentemente, sendo os toxicodependentes duplamente vulneráveis (psico-somática e psico-socialmente) pode sugerir-se que a toxicodependência representa um factor suplementar de risco relativamente aos factores de exclusão social (Lenoir, 1989), (Capucha, 1998) e (Pedroso, 1998).

Sendo assim, o conceito de “*Toxico-Exclusão*” interage com os processos de “*desafiliação*”, “*desinserção*” anteriormente descritos e, por considerar a toxicodependência um risco suplementar de exclusão social, identifica-se mais proximamente com o processo de “*desqualificação*” descrito por Paugam (1996) quando se caracteriza por níveis de destituição mais graves, em que a reintegração social se torna mais difícil e morosa.

4 – RMG : o direito contra a exclusão social

A protecção social aos excluídos pode ser prestada a partir de diferentes princípios, sendo de realçar quatro: caridade, entreaajuda, apoio discricionário do Estado e garantia de direitos.

Apenas o último resulta da operacionalização da noção de cidadania social, de que o RMG (rendimento mínimo garantido) é exemplo de um direito objectivo (Pedroso,1998).

O RMG é constituído pela prestação pecuniária acompanhada por uma medida estratégica que são os programas de inserção. O seu pressuposto base é a convicção de que os pobres têm condições de sair da situação de pobreza se accionarem energias positivas que lhes permitam passar da lógica de vítima à lógica de actor, por iniciativa própria. Os programas de inserção enquadram-se basicamente em três níveis de inserção: inserção no trabalho; inserção na formação profissional e inserção social.

Consequentemente, para cumprir este objectivo da medida RMG, torna-se necessário apoiar os beneficiários no processo de autonomia face a este dispositivo, que é atingido quando concretizadas as acções de inserção específicas para cada caso.

Assim a componente de inserção social constitui o lado mais inovador do RMG, se entendida como meio de permitir às famílias em situação de pobreza e de exclusão, de iniciar processos de mudança na sua vida familiar, no acesso às instituições, à habitação à saúde, à educação, às qualificações profissionais e ao emprego, que podem ajudar a romper o “*ciclo de pobreza*” em que estão envolvidas.

Desde 1996 (início do projecto piloto do RMG) até Outubro de 1999 foram assinados em Portugal 44.365 acordos de inserção, abrangendo 119.006 indivíduos segundo I.D.S. (Instituto Desenvolvimento Social).

As CLA(s), espaço privilegiado de gestão de programas de inserção, constituem uma forma nova de assegurar que o esforço de inclusão e autonomia resulta do trabalho conjugado e articulado de cada uma das comunidades. Existindo em todo o território nacional em número de 323 , estas comissões reúnem no âmbito territorial de cada município, todas as entidades públicas e privadas, com responsabilidade em matéria de protecção social.

É assim que no país cerca de 6000 organizações, de participação obrigatória e voluntária, têm vindo a assumir o desafio de dar corpo a um processo de autonomização das famílias e beneficiários que passa inevitavelmente pelo desenvolvimento económico e social da própria comunidade.

A inserção é um percurso duplo (Belorgey, 1989). Quando assim não é, existem potencialmente dois tipos de risco de exclusão nas políticas de inserção: um risco social de exclusão para cada indivíduo e um risco societário para toda a sociedade que pode falhar devido à dilaceração do tecido social e à perda de valores colectivos.

Capucha (1998) sublinha igualmente que a inserção social consiste num duplo movimento que leva as pessoas, as famílias e os grupos em situação de exclusão e de pobreza a iniciar processos que lhes permitam o acesso aos direitos de cidadania e à participação social e, por outro, as instituições a oferecer a essas pessoas, famílias e grupos reais oportunidades de iniciar esses processos, disponibilizando-lhes apoio e criando lugares sociais onde se possam colocar.

A inserção põe então em jogo dois actores - o excluído e a sociedade; e dois termos de troca mútua - o material e o simbólico. Como sublinha o Modelo do Interaccionismo Simbólico, a exclusão simbólica é uma parada entre dois olhares que transparece até na forma de nomear os problemas.

Esta ideia pré-existe na criação do RMG: consiste numa prestação pecuniária mínima e necessária para a adesão e cumprimento de um programa de inserção social que implica uma troca entre os beneficiários e o resto da sociedade.

A pobreza tem vindo a crescer e a mudar o seu perfil tornando-se um dos maiores problemas das sociedades modernas. Em Portugal são particularmente extensos os problemas de pobreza e exclusão social, atingindo 1/3 da população, com contornos diversificados resultantes da combinação de situações tradicionais de pessoas conformadas com a sua condição de pobreza, com novas situações particularmente problemáticas e socialmente desinseridas.

Portugal é o país da Europa com maior número de pobres entre a população, segundo o inquérito realizado pelo EUROSTAT (1994); onde não só a extensão da pobreza é maior como também o poder aquisitivo é mais baixo.

No entanto, como observa Sousa Santos (1998) Portugal é um dos países da União Europeia que menor despesa apresenta com a protecção social, *19.5 % do PIB*, apenas a da Grécia é inferior, enquanto a média europeia é de *28.6 %*.

Na opinião deste autor em Portugal existiu sempre um Estado de Providência fraco ao contrário dos restantes países europeus mas, ao invés destes, existia uma sociedade de providência forte que, na actualidade se encontra em franco declínio.

Recentemente em Portugal, a par de situações tradicionais de pobreza, extensas mas raramente colocadas à margem da sociedade, emergem categorias atingidas por fenómenos da chamada "*nova pobreza*" (Capucha, 1998) semelhante à dos países mais desenvolvidos, geralmente produzidos por processos de modernização muito rápidos.

Assim, enquanto que a maioria dos pobres em Portugal é constituída por idosos, camponeses pobres e assalariados da agricultura, da indústria e dos serviços menos qualificados e mais mal remunerados; os "*novos pobres*" agrupam desempregados de longa duração, grupos étnicos e culturais minoritários que em Portugal são constituídos pelos ciganos no Norte e imigrantes africanos no Sul do país, bem como alcoólicos e toxicodependentes.

As condições em que a pobreza é mais intensa e simultaneamente produtora das piores situações de exclusão social são aquelas que se traduzem no modo de vida da "*destituição*", como é o caso dos migrantes campo/cidade mal sucedidos ou famílias monoparentais em zonas urbanas e rurais. Vivendo no limites mais estreitos de sobrevivência, as famílias destituídas contrastam fortemente com o meio, mesmo quando este é pobre.

Em condições muito semelhantes às da destituição, e visíveis ao cidadão comum, encontram-se alguns "*modos de vida marginais*" por estarem associados à perda de laços com a família, a

comunidade, o trabalho, as instituições ou outros contextos de integração: são os casos dos “*sem-abrigo*”, dos “*meninos de rua*” e dos toxicodependentes.

Fenómeno multifacetado e problema eminentemente humano, a pobreza não se reduz à sua expressão objectiva, antes comporta uma dimensão subjectiva.

As representações sociais são uma forma de conhecimento social (Moscovici, 1988) funcionando como um mecanismo produtor de identidade: sem representação de si na esfera pública não se tem identidade, nem para si nem para os outros, e isto é o que sucede frequentemente aos mais pobres, especialmente aos “*novos pobres*”, em que se integram os toxicodependentes.

Bruto da Costa (1984) reforça esta noção afirmando que a configuração da opinião pública acerca da pobreza é um dos factores que pode acelerar ou frenar o processo de erradicação da pobreza numa sociedade.

Após o Projecto Piloto do ano de 1996, o RMG surge definitivamente em Portugal a partir de 1997, traduzindo-se numa prestação social do regime não contributivo de segurança social e num programa de inserção, tendo como objectivo assegurar aos indivíduos e seus agregados familiares recursos que contribuam para a satisfação das necessidades mínimas e favoreçam uma progressiva inserção profissional e social.

No estudo de caracterização genérica da amostra do Projecto Piloto concluiu-se que era uma população tendencialmente feminina e com um nível de escolaridade bastante baixo (Ferreira e Guerra, 1998).

Conclui-se que em Portugal a face visível da pobreza e da exclusão social é feminina, não só porque as mulheres constituem 2/3 dos requerentes do RMG, menos escolarizadas e inseridas no mercado de trabalho ainda de forma mais precária que os homens, mas também pelo facto de as estruturas familiares mais vulneráveis serem as monoparentais que são maioritariamente femininas.

Quanto à trajectória socio-familiar concluiu-se que a família de origem já era fortemente marcada pela pobreza que acompanha a esmagadora maioria dos requerentes da fase experimental do

RMG desde a infância: $1/3$ dos requerentes foram criados com os pais no quadro de famílias numerosas, com uma dimensão média de 7 pessoas; em quase $1/4$ dos casos a família dos requerentes era constituída por 10 ou mais pessoas; 53 % dos casos revelam ter passado por situações de carência total em que não tinham que comer; e, apesar destas situações de total precaridade, 9 em cada 10 destas famílias não foram apoiadas por nenhuma forma de assistência social, 4 em cada 10 dos beneficiários com idade superior a 64 anos não estavam a receber Pensão de Reforma do regime não-contributivo da Segurança Social, a que todos têm acesso, e 70 % dos beneficiários desempregados nunca tinham recebido o subsídio de desemprego.

A desprotecção no domínio da saúde também é exemplar: para além da grave incidência de problemas de saúde; 3 em cada 10 dos beneficiários têm doenças crónicas e $1/3$ das famílias têm problemas de alcoolismo e toxicoddependência, apenas 1 em cada 10 alcoólicos e 4 em cada 10 toxicoddependentes se encontra em tratamento de desintoxicação.

Estes dados relevam dos fracos recursos comunicacionais de parte significativa desta população que não só a limita a nível do relacionamento social alargado mas, particularmente, no contacto com instituições de protecção social ou com o mercado de trabalho. É elucidativo que 8 em cada 10 dos beneficiários necessitaram de ajuda na candidatura ao RMG.

A família actual dos beneficiários do RMG tende a ser mais pequena do que a família de origem: dimensão média de 5 pessoas, sendo o número médio de filhos de 1,2.

O “*ciclo de pobreza*” destas famílias não foi quebrado, caracterizando-se por pobreza económica, o não acesso à educação, o trabalho precário e a instabilidade afectiva e psicológica marcada por acidentes, mortes precoces e doenças graves de familiares durante a infância bem como a existência de discussões graves e frequentes em família, bem como a incidência de maus tratos continuados.

As mulheres assumem um papel mais activo na estrutura familiar e o tipo de família mais frequente é a família nuclear com filhos, embora as famílias monoparentais tenha aumentado significativamente de 9 % para 16 %, sendo em 96 % dos casos famílias monoparentais femininas.

Os beneficiários do RMG são considerados população excluída socialmente, remetendo esta medida social para a noção de “*exclusão social*” e representam actualmente 4.3 % do total da população residente em Portugal, segundo dados do I.D.S. (Instituto do Desenvolvimento Social – Janeiro de 2000).

É considerado um “*direito inquietante*” não tanto pelos mecanismos e objectivos, mas pelo mundo inquietante para que nos remete (Rodrigues, 1997): a população pobre da União Europeia está caracterizada em 1/3 de trabalhadores pobres, 1/3 de pensionistas e 1/3 de inactivos / desempregados. Para lá de que os discursos sobre a pobreza desempenham sempre “*uma função de espelho*” (Heuré, 1990) porque revelam a imagem que a sociedade tem de si própria.

É também considerado um “*direito condicional ou subjectivo*” também designado por “*direito social híbrido*” (Euzéby, 1991) porque depende não só de condições económicas objectivas como de condições pessoais subjectivas como a necessidade de adesão à medida para cumprimento do programa de inserção.

É designado por Donzelot como um “*direito de 3º tipo*” porque, para além de a curto prazo pretender satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos através de uma prestação pecuniária (direito de 1º tipo); e a médio e a longo prazo pretender facilitar a inserção laboral e social, quer em termos individuais quer em termos familiares (direito de 2º tipo); pretende ainda reformular o próprio modo de funcionamento do Estado Providência, em que radica a constituição do “*direito de 3º tipo*”.

O funcionamento em parceria, não só demonstra maior eficácia na resolução dos problemas da exclusão social como representa, simultaneamente, um desafio para o próprio Estado: sendo que a lógica tradicional de funcionamento do Estado é do tipo vertical, este tem que reorganizar as suas

estruturas de forma a coordenar as parcerias, já que a lógica de coordenação destas deve ser horizontal.

O RMG consiste numa resposta de política social que tenta superar a tradição assistencialista das políticas sociais de base, pelo que representa uma medida inovadora em termos de política social.

Representa uma mudança em termos de políticas sociais não só nos objectivos que se propõe alcançar, como também na forma como o tenta fazer, sendo que nesta medida concreta ambas as dimensões são indissociáveis: trata-se de uma medida em que a responsabilidade é partilhada quer entre beneficiários e o Estado - a prestação pecuniária só é recebida caso se aceite um programa de inserção; quer entre o Estado e as instâncias da sociedade civil - a sua execução resulta de um trabalho em parceria.

Em Portugal a medida do RMG é original no nosso sistema de políticas sociais e baseia-se nas seguintes características:

- numa prestação pecuniária, em função das condições económicas das famílias, como direito universal;
- numa dimensão de inserção social discutida com os beneficiários; - numa territorialização da medida;
- numa distribuição baseada num colectivo – as C.L.A.(s) (Comissões Locais de Acompanhamento).

O RMG faz depender a atribuição da prestação não só de condições económicas do requerente mas também de condições procedimentais.

No que respeita às condições económicas tem como *plafond* a pensão social, e para o cálculo da prestação aferir se o requerente se encontra “em situação de grave carência económica” é considerada a totalidade dos rendimentos dos membros do agregado familiar.

No que respeita às condições pessoais para o deferimento do direito existem condições de três tipos: - residência legal em Portugal, - demonstrar disponibilidade par requerer outras prestações de segurança social que lhe sejam devidas, bem como para exercer o direito de acção de cobrança de

dívidas - e aceitar um compromisso expresso no sentido de subscrever o programa de inserção previsto na lei.

Por último, os procedimentos de que depende a atribuição da prestação remetem para duas instâncias: Centros Regionais de Segurança Social (C.R.S.S.) e Comissões Locais de Acompanhamento (C.L.A.).

O accionamento desta medida é o resultado de uma determinada leitura da realidade nacional que reconhece formas de exclusão persistentes: desemprego estrutural e ausência de rendimentos de parte das famílias e insuficiência dos esquemas de protecção da segurança social que, em si mesmos, constituem mecanismos de inserção social.

Apesar desta medida poder albergar algumas ambiguidades, o seu grande mérito é a ultrapassagem do tratamento sectorial das populações desfavorecidas e a recusa em abandoná-las à sua sorte (Guerra, 1997).

Uma das mais importantes ambiguidades consiste no facto de que a capacidade de aceitar um contrato é em si mesma uma característica da integração social (Tosi, 1996). Pedir aos beneficiários do RMG para se comprometerem com um contrato é, na maior parte dos casos, pedir o impossível, é exigir dos excluídos estratégias que até as camadas superiores da população são incapazes de cumprir, tais como construir um projecto de vida consistente ou ter um plano para a sua carreira.

Rosanvallon (1995) alerta ainda para o perigo existente neste tipo de medidas sociais que apelam para a abordagem dos indivíduos na sua singularidade, de poderem tornar o Estado Providência numa instância de gestão e controle de comportamentos.

Esta nova forma de abordagem do social em termos de direito processual possui então o risco iminente de reenviar para uma figura arcaica: a da classificação dos pobres em função dos seus méritos, podendo reavivar-se a distinção entre “*pobres merecedores*” e “*pobres não-merecedores*”.

Tão grave é sobrevalorizar esta medida de política social como subvalorizá-la, mas a principal vantagem do RMG parece ser consensual no surgir de novas formas de regulação social pela responsabilização colectiva face aos fenómenos de exclusão social.

Neste sentido, o RMG poderá ser útil na construção de um novo modelo civilizacional quanto mais proporcionar novas formas de lidar, simultâneamente, com o económico, o social, o cultural, o territorial, o ambiental, sem esquecer a especificidade de cada um no todo social.

Esta medida social veio dar visibilidade ao deficiente grau de cobertura dos sistemas de protecção social para as famílias mais desfavorecidas, e simultaneamente, tornar visível a inadequação dos mecanismos de inserção social para dar resposta às carências das famílias no seu todo (Ferreira e Guerra, 1998).

As medidas de combate à “*exclusão social*” como o RMG põem em causa os fundamentos das sociedades modernas - organizadas em redor da legitimidade democrática e do primado da produção de riquezas – na medida em que vêm afirmar que não só a participação económica não é uma realidade universal, como também a própria organização dos indivíduos, em termos políticos, corre sérios riscos.

Já não é tanto a não satisfação de reivindicações de forças sociais marginalizadas, mas sim a aparição de “*não-forças*” – indivíduos excluídos da ordem socio-económica, incapazes de se dotarem da representação social que faça deles uma força política porque não exercem direitos civis, políticos e sociais que lhes cabem.

Por esta razão, Gaulejac (1995) diz fazer mais sentido, na actualidade, falar de “*luta de lugares*” em vez de “*luta de classes*”.

Os beneficiários do RMG são a população escolhida para este estudo por se identificarem de forma expressiva com as características psico-sociais descritas relativamente à exclusão social. Associando as características da exclusão social à vulnerabilidade específica dos toxicodependentes defendida como “*exclusão simbólica*”, estão esboçadas as coordenadas teóricas que servirão de base

ao Estudo Empírico da população toxicodependente beneficiária do RMG, caracterizada por esta dupla exclusão.

5 - Da necessidade do Estudo Empírico sobre “*Toxico - Exclusão*”

Nos diferentes estudos sociais levantam-se múltiplas questões de base antropológica; nos estudos sobre exclusão social este problema acentua-se porque cada país tem o seu “*racional-emotivo*” sobre a sua definição.

Na actualidade, em que o primado do “*económico*” dos anos 80 foi substituído pelo primado do “*social*” nos anos 90, os contornos socio-antropológicos ganham novo ênfase (Sainz, 1999).

Segundo os urbanistas (Munford, 1999), a cidade é o espaço numa relação integrada onde a humanidade se reúne formando um conjunto inter-relacionado, com trocas permanentes e representando toda a sociedade: a cidade tem que ser o todo desse espaço urbano.

Da conjugação do “*racional-emotivo*” sobre exclusão social com a necessidade de uma urbanização integrada das cidades, emerge o cenário antro-po-social no qual se desenvolve este trabalho sobre “*Toxico-Exclusão*”, e onde se movem os seus actores – beneficiários do RMG.

O primeiro aglutina a percepção subjectiva dos fenómenos de exclusão social e de toxicodependência, enquanto que o segundo radica na planificação objectiva das cidades que dá forma, pelos contornos directa ou indirectamente estabelecidos, às problemáticas da exclusão social e da toxicodependência.

Desta forma, as questões que este estudo levanta, dividem-se globalmente em dois tipos: questões subjectivas e questões objectivas.

Relativamente às primeiras é da problematização dos conceitos de toxicodependência e de exclusão social que decorre a necessidade de operacionalizar empiricamente esses mesmos conceitos para a população específica dos beneficiários do RMG.

Relativamente às segundas salienta-se a organização de um conjunto de variáveis psico-sociais, que permitirão a comparação entre a população toxicodependente e a não- toxicodependente dos beneficiários do RMG.

Este estudo sobre a “*Toxico –Exclusão*” relaciona-se com outros estudos pertinentes realizados em Portugal no domínio da exclusão social: - estudo sobre o enquadramento geográfico e habitacional das zonas de pobreza em Portugal (Dias e Ramos, 1998) e estudo sobre a percepção subjectiva da pobreza (CESIS, 1995) efectuado na cidade do Porto por solicitação da REAPN (Rede Europeia Anti-Pobreza).

O primeiro estudo concluiu da distribuição espacial da pobreza em Portugal com superior concentração nas áreas do litoral para Norte da Península de Setúbal, com especial relevo para as Áreas Metropolitanas de Lisboa e do Porto, a Região do Baixo Vouga e o eixo entre a Póvoa do Varzim e Viana do Castelo. Relaciona-se com o presente pela sistematização de dados psico-sociais objectivos relevantes para a Área Metropolitana do Porto.

A análise da inserção territorial das zonas de pobreza foi efectuada segundo dois planos distintos: - enquadramento geográfico (rural/urbano/suburbano) e - enquadramento habitacional (zona histórica/ bairro social/ barracas/ zona indiferenciada).

Concluiu-se que as zonas de pobreza e exclusão social identificadas estão sedimentadas há mais de 10 anos, encontrando-se distribuídas em meio rural e urbano e, a grande maioria de casos, regista-se em bairros sociais e de barracas do meio suburbano. O grupo considerado determinante destas zonas é o das “*famílias com carências económicas*” apesar de serem igualmente designadas como população de risco as “*minorias étnicas*”, as “*mulheres de risco*”, os “*sem abrigo*”, assim como particulariza como potencialmente mais problemáticos os casos que envolvem crianças e idosos.

A emergência das zonas de pobreza foi relacionada com factores de ordem socio-profissional como: - a falta de emprego; - a baixa escolaridade; - e a insuficiência de formação profissional. Destes emergem os factores de índole marcadamente psico-social, que com estes interagem de forma

próxima, identificados com: - a dificuldade de gestão doméstica e familiar; - a falta de higiene habitacional e pessoal; - e a subnutrição alimentar, severamente agravados quando associados a diagnósticos clínicos de alcoolismo e toxicod dependência..

Do segundo estudo, relativo à percepção subjectiva da pobreza na cidade do Porto, que se relaciona de forma directa com o presente na sua componente subjectiva, emergiram as seguintes constatações: - a percepção da pobreza tem-se agravado e tem adquirido novos contornos nos últimos anos; - é consensual o reconhecimento dos idosos como pobres que, tal como as crianças, constituem os dois únicos grupos que não são responsáveis pela sua situação de pobreza pelo que constituem os “*grupos- vítima*”; - são designados como “*novos pobres*”, vulneráveis a situações de exclusão mais graves, os alcoólicos, os toxicod dependentes e os desempregados em geral; - é referida, pela primeira vez, a classe média como categoria vulnerável; - as famílias pobres são caracterizadas pela quebra de laços familiares, a precariedade do habitat e a existência de problemas de saúde ou de dependência de álcool, drogas ou jogo e o recurso a fontes de rendimento ilícitas.

Dos factores identificados no surto de situações de pobreza o mais importante é considerado: - nascer e crescer num ambiente de privação porque a pobreza parece implicar uma forma específica de apropriação do tempo que impede a emergência de uma perspectiva de futuro que dificulta a construção de projectos e a assunção de si mesmos como principais protagonistas de processos de mudança; - seguem-se o desemprego e a existência de problemas de alcoolismo e toxicod dependência como factores responsáveis por situações de pobreza na cidade do Porto.

Dos factores de agravamento da pobreza urbana na cidade do Porto são designados: - o desemprego; - o baixo nível das reformas e pensões; - e o tráfico e o consumo de drogas, com especial incidência.

Saliente-se que nos dois estudos se conclui do agravamento do diagnóstico social quando associado à toxicod dependência. Desta constatação resulta a necessidade de estudar o cruzamento entre as duas problemáticas: exclusão social e toxicod dependência.

Este estudo, sendo pioneiro na análise cruzada entre as problemáticas enunciadas, parte do pressuposto que a população toxicodependente será diferente da população não-toxicodependente da amostra, apesar de sujeitas a equivalentes condições de vida porque partilham o mesmo eco-sistema social. Os factores em que se verificar semelhança entre as duas populações será relevante para a análise do problema da exclusão social. A forma como concretizarem essa diferença, ou seja, a forma como se comportarem perante as variáveis estudadas será relevante para a análise do problema da toxicodependência.

Para além disso, sendo o RMG uma medida de combate à exclusão social que abrange os agregados familiares “em situação de grave carência económica”, constitui um contexto de exclusão privilegiado para se proceder a um estudo deste tipo, dada a associação frequente da exclusão social com a toxicodependência nos beneficiários do RMG.

Se a exclusão social é uma coordenada maior no contexto eco-social dos beneficiários do RMG, quando estes são toxicodependentes sai reforçada pelo que se pode designar de “*exclusão simbólica*”, constatando-se que a toxicodependência é um factor suplementar de risco de exclusão social. Inclui-se nas situações designadas por “*nova pobreza*”, caracterizada por maior destituição e marginalização social.

Pelo facto de a amostra do presente estudo ser recolhida num eco-sistema urbano/suburbano, pontuado por bairros apelidados de “*territórios de exclusão*”, sob o ponto de vista da Psicologia Ambiental incide em “*territórios de risco*”, caracterizados pela “*exclusão territorial*” que, nalguns casos, reforça ainda mais a dupla exclusão já evidenciada.

Os “territórios” eleitos para se proceder à caracterização da população toxicodependente dos agregados beneficiários do RMG, distribuem-se por quatro freguesias da cidade do Porto: Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro e Nevogilde.

Tendo por base de consulta os processos dos beneficiários do RMG nos limites geográficos das quatro freguesias da cidade do Porto, desde logo se levantaram questões de âmbito demográfico:

- De que forma se distribui a população toxicodependente e não-toxicodependente nas quatro freguesias abrangidas?

- Como se situam os sujeitos toxicodependentes e não- toxicodependentes em relação aos critérios de idade, sexo e estado civil? De forma semelhante ou díspar?

Da consulta mais detalhada dos processos surgiram questões específicas face à escolaridade e à situação profissional, relevantes para a completa caracterização demográfica destas populações. Especialmente a situação quanto ao trabalho da população beneficiária do RMG levantou questões particulares. Partindo do pressuposto que, se o emprego é um dos factores mais eficazes de inserção, o desemprego é inversamente um dos principais factores de risco de exclusão, pelo que a especificidade das situações de desemprego se tornou à partida relevante neste estudo.

O envolvimento com a justiça criminal das populações estudadas foi um dos factores a ter em conta, já que se considera que a exclusão social, em especial a “*exclusão territorial*” que caracteriza alguns dos bairros sociais da amostra, constitui o “*caldo de cultura marginal*” propício às práticas da delinquência e do tráfico de droga.

A situação clínica, objectivada pelos diagnósticos clínicos registados, foi pontuada como uma das variáveis a abordar em pormenor, como consequência da teorização defendida neste trabalho quanto à vulnerabilidade psico- somática específica da população toxicodependente. Neste sentido, qualquer patologia referenciada nos processos seria alvo de registo, de forma a verificar a incidência das diferentes patologias e poder estabelecer um paralelo entre os dois tipos de população: toxicodependente e não-toxicodependente.

O estudo da estrutura e função da família é um tema central do estudo do problema da toxicodependência pelo que a abordagem do tipo de família/filhos do agregado tornou-se uma exigência num trabalho deste âmbito. Estudar até que ponto a estrutura familiar se relaciona com o problema da toxicodependência, quer quanto ao tipo de família quer quanto ao número e tipo de filhos foi uma das hipóteses estabelecidas desde início.

Assim se constituíram as 9 variáveis que dão corpo a este trabalho: *Freguesia, Grupo Etário, Sexo, Estado Civil, Situação Escolar, Situação Profissional, Situação Clínica, Situação Judiciária e Tipo de Família / Tipo de Filhos.*

II - Estudo Empírico

1 - Objecto e Objectivos

O objecto deste estudo é, como já defini, a caracterização da população toxicodependente dos agregados beneficiários do RMG. Tendo subjacente a interacção entre dois dos mais graves problemas psico-sociais da actualidade - a toxicodependência e a exclusão social - pretende revelar a questão da “*Toxico-Exclusão*” tal qual foi definida na parte anterior.

O objecto assim definido é revelado a partir da análise dos agregados beneficiários do RMG (rendimento mínimo garantido), com vista à clarificação das relações entre toxicodependência e exclusão social.

Inscrevendo-se num contexto urbano de dupla exclusão social pretende-se também salientar factores relevantes que possam futuramente alicerçar estratégias de intervenção adequadas ao tipo de população específica aqui analisada: beneficiários do RMG com problemas de toxicodependência no seu agregado.

Pode-se pois afirmar que o que nos move neste estudo são dois tipos de objectivos:

1 - Proceder à caracterização da população dos agregados candidatos ao RMG num território específico da cidade do Porto confinado nos limites geográficos das quatro freguesias estudadas (Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro e Nevogilde), contribuindo para o estudo das medidas sociais de combate à exclusão social como o RMG, quer quanto à população não-toxicodependente quer quanto à população toxicodependente inclusa nesses agregados;

2 - Proceder à caracterização específica da população toxicodependente destes agregados, contribuindo para a análise da toxicodependência, no contexto específico de exclusão social abrangida pelo RMG.

2 - Metodologia

2.1 - Amostra e Procedimento

A amostra é constituída por 82 agregados beneficiários do RMG, representando um total de 274 sujeitos agrupados em duas categorias populacionais: os toxicodependentes e os não-toxicodependentes.

A população toxicodependente é de 94 indivíduos, representando 34,3 % do total da amostra, sendo os restantes 180 não-toxicodependentes partilhando o mesmo espaço de vida.

A área territorial do estudo abrange as quatro freguesias do concelho do Porto incluídas na CLA 1 do Porto do RMG : Aldoar, Lordelo do Ouro, Foz do Douro e Nevogilde .

A população desta amostra foi seleccionada no conjunto de agregados que recorreram ao RMG provenientes das freguesias referidas com apenas um critério de selecção: a existência de pelo menos um elemento do agregado ser toxicodependente.

De salvaguardar que os dados foram recolhidos em processos de beneficiários do RMG que, em Portugal tal como em França, abrange extensivamente o seu agregado. Os processos familiares dos agregados foram cedidos pelo Centro Regional de Segurança Social do Norte (C.R.S.S.N.) com obrigatoriedade de total anonimato (*Anexo 1 – Ficha do Processo Familiar*).

Os dados referentes a cada uma das variáveis foram anotados no decorrer da consulta dos processos dos beneficiários do RMG, segundo um esquema previamente definido (*Quadro 1*).

Quadro 1 – Esquema de recolha de dados dos processos de RMG

Nº do Processo		Freguesia			Tipo de Agregado / Nº de elementos		
Elementos do agregado	Situação de Parentesco	Idade (data nascimento)	Estado Civil	Situação Escolar	Situação Profissional	Situação Judiciária	Situação Clínica

2.2 - Variáveis

As variáveis analisadas nesta amostra reportam-se a dados de natureza demográfica, judicial e clínica, especificamente: *Freguesia*, *Sexo*, *Estado civil*, *Situação Escolar*, *Situação Profissional*, *Situação Judiciária* e *Situação Clínica* ; bem como dados sobre a estrutura dos agregados dos beneficiários do RMG, designadamente *Tipo de Família / Tipo de Filhos*.

Distribuem-se ainda pelos tipos uninominal e plurinominal. As variáveis uninominais caracterizam-se pela propriedade de cada sujeito apenas registar uma e apenas uma das categorias possíveis para a variável em causa. As variáveis plurinominais possibilitam o registo de várias categorias em simultâneo, traduzindo uma acumulação de registos para essa variável.

Nas variáveis nominais estão incluídas praticamente todas as variáveis analisadas e nas variáveis plurinominais apenas se consideraram as variáveis “*Situação Clínica*” e “*Situação Judiciária*”, podendo acumular mais que um diagnóstico quer de acordo com as patologias clínicas registadas, quer de acordo com as situações de envolvimento com a justiça criminal, para cada sujeito da amostra.

Foram consultadas as fichas do processo familiar onde estão presentes os dados referentes a todas as variáveis estudadas, com exceção das variáveis “*Situação Clínica*” e “*Situação Judiciária*” que, pelo seu carácter mais intimista, exigiram a consulta dos registos de diagnóstico técnico.

A variável “*Freguesia*” engloba os dados referentes a cada uma das freguesias consideradas – Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro e Nevogilde. A razão desta escolha recai sobre a divisão territorial nacional do RMG. As quatro freguesias referidas constituem o território da designada *CLA nº 1 do Porto* (Comissão Local de Acompanhamento do RMG da cidade do Porto).

A variável “*Grupo Etário*” subdivide-se em doze grupos com os seguintes limites : 0/5 , 6/11, 12/17 , 18/23 , 24/29 , 30/35 , 36/41 , 42/47 , 48/53 , 54/59 , 60/65 e superior a 65 anos.

A variável “*Sexo*” é a variável dicotómica entre sexo feminino e sexo masculino de caracterização da população do estudo empírico. Na problemática da toxicod dependência esta variável é relevante já que em grande parte dos estudos existem disparidades consideráveis entre os sexos.

A variável “*Estado Civil*” na presente amostra apresenta quatro categorias – “*Solteiro*”, “*Casado ou Comunhão de Facto*”, “*Divorciado*” e “*Viúvo*”.

A variável “*Situação Escolar*” compreende o nível “*Sem escolaridade*” e sete níveis de escolaridade : “*Pré- Primária*”, “*1ºCiclo*”- até à 4ª classe, “*2ºCiclo*”- 5º/ 6º anos “*3ºCiclo*”- 7º/8º/9º anos, “*Ensino Secundário*”- 10º/11º/12º anos, “*Formação Profissional*” e “*Ensino Superior*”.

A variável “*Situação Profissional*” compreende seis categorias socio-profissionais : duas categorias respeitantes à situação de Desemprego: - “*Desemprego de longa duração*”- mais de 1 ano e “*Desemprego de Curta duração*”- menos de 1 ano, e quatro categorias respeitantes à situação de Emprego: “*Emprego Estável*”- com vínculo, “*Emprego Temporário*”- esporádico, designado por “*biscates*”, “*Estudantes*” e “*Pensionistas*”- que inclui as pensões sociais de reforma, invalidez e velhice.

A variável “*Situação Judiciária*” integra a categoria “*Sem problemas*” e três categorias com problemas perante a justiça criminal: “*Detenção em Estabelecimento Prisional*”, “*Reclusão em Estabelecimento Prisional*” e “*Intervenção dos Tribunais de Menores / Família*”. De salientar que não existiu selecção *a priori* destas categorias, resultando a sua opção da constatação dos problemas judiciais pela consulta dos processos do RMG.

Na variável “*Situação Clínica*” são consideradas as patologias existentes nos processos de RMG, que se podem agrupar em quatro tipos: “*Patologias Adictivas*”- nas quais se inclui a toxicod dependência e o alcoolismo; “*Patologias de Evolução Prolongada*”- que integram problemas de saúde tão diferentes como problemas visuais, asma, renais, cardíacos, pulmonares, cancerosos e problemas de reumatismo; “*Patologias Infecto-contagiosas*”- que integram o diagnóstico das hepatites B e C, da síndrome HIV 1 e 2 e da Tuberculose e “*Patologias do Foro Mental*” - que incluem a deficiência mental e as patologias psiquiátricas.

A variável “*Tipo Família / Tipo de Filhos*” baseia-se na tipologia de famílias consideradas no âmbito do RMG associadas obrigatoriamente ao número de filhos.

Nesta tipologia existem cinco tipos de família: “*Família Nuclear*” - casal sem filhos / casal com filhos; “*Família Alargada*”- com mais do que um núcleo familiar, “*Família Monoparental*” - núcleos monoparentais feminino e masculino; “*Família Extensa*”- um núcleo e outros elementos da família ou amigos e “*Isolados*”- pessoa que vive só, sem família ou que apesar de esta existir está em situação de abandono.

Na sub-categoria “*Tipo de Filhos*” foram considerados três tipos: “*Filhos Menores*”, “*Filhos Maiores*” e “*Filhos Maiores e Menores*”.

2.3 - Material / Instrumentos

O material recolhido nos processos do RMG foi introduzido numa base de dados do programa MS/ACCESS construída para o efeito. Posteriormente foi convertida na base de dados do programa MS/EXCEL, por ser indicada para a consulta requerida para o presente estudo.

Da análise global dos dados recolhidos foram efectuadas as análises de frequência e de percentagens respeitantes a cada uma das variáveis seleccionadas relativamente às duas populações estudadas: toxicod dependentes e não-toxicod dependentes.

Excepção feita à variável *Situação Clínica* em que, pela sua qualidade de registo plurinomial, cada sujeito pode acumular várias categorias de diagnósticos clínicos, razão pela qual não se efectuou o cálculo das percentagens dos totais de cada tipo de patologia para esta variável.

Quanto à variável *Situação Judiciária* para a qual também se possibilitou o registo plurinomial, como não se verificou nenhum sujeito que acumulasse categorias de envolvimento com a justiça, na prática traduziu-se numa variável de registo uninominal, para a qual se efectuou o cálculo das percentagens, como para as restantes variáveis.

Da análise de frequências e de percentagens relativos a cada variável foram seleccionadas as variáveis que permitiram distinguir características entre a população toxicodependente e não-toxicodependente da amostra. Consistiram, designadamente, nas variáveis *Freguesia*, *Grupo Etário*, *Sexo* e *Situação Profissional*, entre as quais foram efectuados cruzamentos no sentido de evidenciar as correlações significativas existentes.

3 – Análise e Discussão dos Resultados

3.1 - Freguesias

As freguesias estudadas: *Aldoar*, *Lordelo do Ouro*, *Foz do Douro* e *Nevogilde*; situam-se na zona ocidental da cidade do Porto entre o mar (*Nevogilde* e *Foz do Douro*) e o rio Douro (*Foz do Douro* e *Lordelo do Ouro*) e a estrada da circunvalação (*Aldoar*). Apenas esta freguesia se situa no interior da cidade do Porto, sendo as outras freguesias de litoral.

Esta distribuição geográfica tem implicação na caracterização das freguesias em jogo: as freguesias da *Foz do Douro* e *Nevogilde*, situadas na designada “*faixa atlântica*” distinguem-se das freguesias da “*periferia*” onde se incluem as freguesias de *Lordelo do Ouro* e *Aldoar*. As primeiras são as freguesias mais favorecidas socio-economicamente, onde, a par de zonas antigas, reflexo das

suas origens bastante remotas, aparecem novas urbanizações típicas da “classe alta” atraída para esta zona pela proximidade das praias.

A “faixa atlântica” distingue-se da “periferia” pela evolução posterior que se caracterizou pelo progressivo afastamento de actividades ligadas ao sector secundário e de localização de bairros de renda social.

Este factor veio contribuir definitivamente para a fraca variação de densidade da população aí residente, provavelmente associada aos elevados custos habitacionais, que determinaram a caracterização desta zona essencialmente residencial da classe “média-alta”.

Assim, segundo o *Censo 91* a freguesia de Nevogilde apresentou uma taxa de crescimento quase nulo e a Foz do Douro surge como freguesia caracterizada por um maior envelhecimento da população residente, apresenta nesta amostra o maior número de idosos com mais de 65 anos (*Quadro 2*)

Quadro 2 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por Freguesia X Grupo Etário

Grupo Etário	ALDOAR		FOZ DO DOURO		LORDELO DO OURO		NEVOGILDE		TOTAIS	
	N/Tox. N / %	Tox. N / %	N/Tox. N / %	Tox. N / %	N/Tox. N / %	Tox. N / %	N/Tox. N / %	Tox. N / %	N/Tox. N / %	Tox. N / %
0 / 5	18,7 3 7,8	0 0 0	25 4 6	0 0 0	50 8 8,5	0 0 0	6,25 1 14,3	0 0 0	100 16 8,9	0 0 0
6 / 11	15,4 4 10,5	0 0 0	15,4 4 6	0 0 0	57,7 15 16	0 0 0	11,5 3 42,9	0 0 0	100 26 14,4	0 0 0
12 / 17	33,3 5 13,2	0 0 0	26,7 4 6	0 0 0	33,3 5 5,3	6,7 1 2,9	0 0 0	0 0 0	93,3 14 7,8	6,7 1 1
18/23	25 5 13,2	20 4 14,3	0 0 0	15 3 11,5	35 7 7,5	5 1 2,9	0 0 0	0 0 0	60 12 6,7	40 8 8,5
24/29	2 1 2,6	14,6 7 25	2 1 1,45	16,7 8 30,8	20,8 10 10,6	33,3 16 45,7	6,25 3 42,9	4,2 2 66,7	31,25 15 8,3	68,75 33 35,1
30/35	7,5 3 7,8	15 6 21,4	7,5 3 4,35	30 12 30,6	15 6 6,4	22,5 9 25,7	0 0 0	2,5 1 33,3	30 12 6,7	70 28 29,8
36/41	8,72 2 5,2	30,4 7 25	4,34 1 1,45	8,7 2 7,7	7,5 3 3,2	34,8 8 22,9	0 0 0	0 0 0	26 6 3,3	74 17 18,08
42/47	14,3 2 5,2	21,4 3 10,5	21,4 3 4,3	7 1 3,8	35,7 5 5,3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	71,4 10 5,6	28,6 4 4,3

48/53	2	12,5 5,2	0	0	4	25 6	0	0	10	62,5 10,6	0	0	0	0	0	0	14	87,5 7,8	2	12,5 2,1
54/59	3	16,7 7,8	0	0	4	22,2 6	0	0	11	61 11,7	0	0	0	0	0	0	18	100 10	0	0
60/65	2	16,7 5,2	1	8,3 3,6	4	33,3 6	0	0	5	41,7 5,3	0	0	0	0	0	0	11	91,7 6,1	1	8,3 1
+65	6	23 15,8	0	0	11	42,3 16	0	0	9	34,6 9,5	0	0	0	0	0	0	26	100 14,4	0	0
Total	38	100 57,6	28	100 42,4	43	100 62,3	26	100 37,7	94	100 72,8	35	100 27,1	7	100 70	3	100 30	180	100 65,7	94	100 34,3
Totais	66	100 24	69	100 25,2	129	100 47	10	100 3,7	274	100 100										

Contrariamente, as freguesias da designada “*periferia*” de Aldoar e Lordelo do Ouro recebem grande parte do fluxo de população do centro histórico do Porto, que tem vindo a sofrer uma desertificação progressiva.

Esta mobilidade originou a construção de largo número de bairros sociais, especialmente na freguesia de Lordelo do Ouro, para alojar população proveniente quer dos prédios velhos e degradados do centro da cidade, caso do Bairro da Sé, bem como das designadas “*ilhas*”².

Interessante será notar que, no estudo realizado na cidade do Porto (CESIS, 1995) sobre a percepção da pobreza pelos actores sociais-institucionais locais da cidade do Porto, esta se revelou como um fenómeno fragmentado em realidades socio-espaciais territorialmente bem definidas, apesar da clara identificação de dimensões de natureza socio-urbana evidentes (problemas da habitação, do desemprego, da toxicodependência e da terceira idade). Neste estudo a distinção entre “*pobreza assumida*” e “*pobreza envergonhada*” está aliada a uma nítida e oposta divisão territorial; enquanto que a primeira se associa ao centro histórico, a segunda está aliada às zonas periféricas da cidade do Porto.

² “*Ilhas*” – Forma peculiar de aglomerados habitacionais de lotes estreitos, de reduzida dimensão e com precárias condições de higiene, onde habitavam os operários que trabalhavam nas fábricas da burguesia portuense.

Neste sentido vem corroborar a ideia que existem espaços socialmente excluídos, também designados por “*meios eco-sociais desviantes*” (Agra,1998), consistindo nos bairros socialmente estigmatizados e objecto de exclusão social nos quais se podem integrar certos bairros de Lordelo do Ouro e de Aldoar.

As freguesias da periferia presentes neste estudo - Aldoar e Lordelo do Ouro - são de grande contraste residencial , o que provoca alguma conflitualidade entre zonas habitacionais de qualidade superior e bairros sociais (só em Lordelo do Ouro existem 10 bairros de promoção camarária) ou mesmo zonas de “barracas” (caso de Aldoar).

Ambas as freguesias registam forte crescimento demográfico a partir da década de 60, quer pelo incremento da habitação particular de gama alta, quer especialmente pela implantação da habitação social, bem como a localização de importantes serviços públicos de âmbito social, desportivo e recreativo assim como de importantes vias de comunicação.

Enquanto que Aldoar era uma freguesia de raiz rural, Lordelo do Ouro era um pólo industrial de peso considerável: pesca, marinhagem e construção naval, lanifícios e localização da Companhia Portuguesa de Fósforos. Actualmente predominam nas duas freguesias a função residencial e terciária, destacando-se em Lordelo do Ouro uma importante zona comercial.

É importante verificar que no conjunto das freguesias periféricas Lordelo do Ouro é a que apresenta maior densidade populacional (6.477 hab./ Km²) que duplicou desde a década de 60. Segundo o *Censo 91*, Lordelo do Ouro teve a maior taxa de crescimento (114.6 %) enquanto que a população do concelho do Porto registava apenas um aumento de 5.7 % , sendo a freguesia com maior densidade populacional no conjunto das chamadas freguesias periféricas.

De salientar que 43.5 % do total da população residente nesta freguesia habita em bairros de habitação social, segundo estudos socio-demográficos (Fernandes, 1998).

No conjunto de quatro freguesias do presente estudo: *Aldoar, Lordelo do Ouro, Foz do Douro e Nevogilde*, incluídas na *CLA 1* do Porto (*Quadro 3*) constata-se uma distribuição paritária em

relação ao número de agregados da amostra em três das freguesias: Aldoar (27), Lordelo do Ouro (29), Foz do Douro (23). A discrepância em relação á freguesia de Nevogilde (3) tem por base o facto de esta freguesia ser a mais favorecida do ponto de vista socio-económico do cidade do Porto e, não ter, portanto, grande representatividade num estudo de exclusão social.

Quanto ao número total de indivíduos por freguesia, salienta-se o caso de Lordelo do Ouro como o mais populoso, constituindo mais do dobro da população das outras freguesias (129), representando 47 % do total da amostra.

Tal superioridade de Lordelo do Ouro, apesar do equivalente número de agregados considerados igualmente para as freguesias de Aldoar e Foz do Douro, deve-se à existência de agregados mais numerosos pelo maior número de descendentes, já que nesta freguesia 39.6 % tem menos de 25 anos.

No estudo etnográfico sobre as drogas (Fernandes, 1998) a pesquisa socio-ambiental revelou que a freguesia de Lordelo do Ouro é referida o maior número de vezes para “*falar de bairros*” e para lhes referir características socio-ambientais negativas: desenraizamento das populações alvo de mobilidade forçada, onde os problemas sociais como o consumo de drogas e de álcool, o insucesso e abandono escolar, e a desestruturação familiar atingem proporções preocupantes, especialmente para a população mais jovem.

Lordelo do Ouro fica assim definida não só como a freguesia mais populosa e simultaneamente como a mais problemática no quadro das freguesias englobadas no presente estudo.

No entanto há que referir que a freguesia de Aldoar, apesar de não ser tão problemática no seu conjunto, possui focos de gravíssima exclusão social identificados com situações de completa destituição e marginalização social como são os “*bairros de barracas*”.

Quadro 3 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por *Freguesia*

FREGUESIAS	Nº Agregados	N/ TOXICO		TOXICO		TOTAL	
	N	N	%	N	%	N	%
Aldoar	27	38	57,6 21,1	28	42,4 29,8	66	100 24
Foz do Douro	23	43	62,3 23,9	26	37,7 27,7	69	100 25,2
Lordelo do Ouro	29	92	71,3 51,1	37	28,7 39,3	129	100 47
Nevogilde	3	7	70 3,9	3	30 3,2	10	100 3,7
TOTAIS	82	180	65,7 100	94	34,3 100	274	100 100

3.2- Grupos Etários

Na caracterização etária dos beneficiários do RMG a nível nacional (*Fonte IDS- Janeiro 2000*) os indivíduos menores de 18 anos são os mais numerosos (44 %) seguidos pelos grupos dos 25-34 anos e dos 35-44 anos com igual percentagem e significativamente inferior (13 %) e, por último, com percentagens praticamente equivalentes, do grupo dos 19-24 anos (7 %), dos 45-54 anos (9 %), dos 55-64 anos (8 %) e dos maiores de 65 anos (6 %).

Na presente amostra, a variável *Grupo Etário* abrange 12 grupos dos 0 aos maiores de 65 anos, com a configuração expressa no *Quadro 4*.

A população mais jovem da amostra, que abrange os grupos etários dos 0 aos 17 anos, representa 20.84 %, cerca de metade dos dados nacionais, e tem apenas 1 caso de toxicod dependência.

Sendo a fase da adolescência paradigmática como expressão de uma posição existencial dominada pela desviância, a ocorrência de comportamentos desviantes é considerada normal por alguns autores (Agra, 1998). O consumo de drogas associado à vadiagem, indisciplina, conflitos familiares, absentismo escolar e prática de pequenos delitos são considerados formas desse

comportamento desviante e “co-ocorrem numa constelação comportamental cuja intencionalidade consiste sobretudo na experimentação de um estilo próprio de individualidade no relacionamento com o meio, mais significativo como expressão que como conteúdo”(Agra, 1998).

Apesar de considerar a pertinência desta tomada de posição, na presente amostra tais ocorrências não são visíveis até à idade de 18 anos, quer no que se refere à *Situação Judiciária/ Toxicoddependência* quer quanto à *Situação Clínica / Toxicoddependência*, pelo que há que interrogar os dados obtidos :

- Será que existem comportamentos desviantes como o consumo de drogas que até à idade de 18 anos é incipiente nesta população ?

- Ou será que existem comportamentos de consumo de drogas não registados, porque ainda não inclusos na designada fase de “adição” e, como tal, inexistentes nos processos do RMG ?

A segunda hipótese parece mais plausível, já que o consumo de drogas é considerado um dos problemas mais referenciados pelos residentes nestas freguesias e este é habitualmente associado à população juvenil.

Só na freguesia de Lordelo do Ouro, segundo *Censo 91*, na população residente em bairros sociais 23 % é jovem. Num inquérito realizado nos anos 90 pelo Centro Iniciativa Jovem, a jovens dos 10 aos 16 anos, residentes em bairros sociais desta freguesia, as conclusões denunciam grande “*mal-estar psico-social*”: - os jovens vêem os bairros como espaços feios e poluídos; - a droga é problema com o qual existe um contacto diário; - passam grande parte do tempo na rua, onde não dispõem de praticamente nenhuma estruturas de apoio lúdico-recreativo; - a escola é apenas valorizada pela possibilidade de praticar desporto e de conviver com colegas e amigos e não pela possibilidade de aprendizagem e formação escolares.

Sendo assim, num ambiente psico-social em que a reconhecida familiaridade entre estes jovens adolescentes e o mundo da droga (tráfico e consumo) já de si problemático, e ainda associado à inexistência de actividades juvenis que geram o estado abúlico do “não há nada para fazer”; é de

prever que os jovens se tentem na experimentação de drogas, afinal tão acessíveis no seu espaço quotidiano.

Na amostra presente, é na chamada “*idade activa*” que abrange os grupos etários dos 18 aos 41 anos e que representa 47.8 % da amostra total (*Quadro 4*) que a população toxicodependente está representada quase na totalidade, atingindo 90.9 %.

A Toxicodependência distribui-se especialmente no grupo etário dos 24-29 anos (35 %), sendo também significativa no grupo etário dos 30-35 anos (29.79 %), diminuindo no grupo etário dos 36-41 anos (18.1 %) e mais ainda no dos 18-23 anos (8.51%).

São pois os adultos-jovens dos 24-35 anos que concentram 64.89 % da população toxicodependente.

A partir dos 42 anos, desde a designada “*idade madura*” até à chamada “*terceira idade*”, que representa 31.36 % do total da amostra, o número de indivíduos toxicodependentes é diminuto, não sendo portanto considerados grupos etários significativos neste estudo.

Assim, decorrente dos dados da amostra, não são os jovens os elementos toxicodependentes, mas os adultos e os jovens-adultos, o que acarreta o risco acrescido da vinculação de modelos comportamentais de consumo de drogas.

Nestas idades não só é esperado que os indivíduos devam ser sujeitos de aprendizagem, bem como sujeitos de trabalho, fonte de rendimento do agregado familiar, constituindo modelos de identificação positivos para os mais jovens desses agregados. Nesta amostra, em lugar disso, manifestam comportamentos adictivos desviantes.

As consequências desta caracterização etária são pois de risco quanto à projecção futura, quer ao nível da integração social, quer ao nível da repetição dos modelos de exclusão social especialmente aliados ao consumo de drogas.

Segundo a perspectiva de Bowlby (1980) teoricamente consistente no domínio da vinculação relacional, é reconhecida a importância dos laços afectivos e de suporte na conquista da autonomia e

na promoção do desenvolvimento psicológico. Considera crucial o papel das experiências de vinculação no desenvolvimento das crianças e adolescentes, nos quais se sublinha o papel securizante dos pais como protecção do perigo e regulador da segurança.

É oportuno introduzir a questão relativa aos jovens-adultos da amostra:

- que modelos de vinculação oferecem aos filhos e também aos irmãos mais novos e sobrinhos (já que muitas destas famílias são alargadas, habitando um espaço com vários núcleos familiares) indivíduos toxicodependentes que na maioria dos casos estão desempregados e, portanto, permanecem a maior parte do tempo em casa, consumindo drogas, muitas vezes na presença dos mais jovens ?

O modo como o comportamento de vinculação dos jovens se organiza na sua personalidade, vem necessariamente a transformar-se, segundo o mesmo autor, no padrão das vinculações que estabelecerá ao longo da sua vida, pelo que se infere a importância destes pais e irmão mais velhos, não só na herança presente como filhos, mas enquanto projecção de modelos comportamentais no futuro como pais e cidadãos.

Quadro 4 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por Grupo Etário

GRUPO ETÁRIO	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
0 / 5 anos	16	100 9	0	0 0	16	100 5,84
6 / 11 anos	26	100 14,4	0	0 0	26	100 9,5
12 / 17 anos	14	93,3 7,8	1	6,7 1,06	15	100 5,5
18 / 23 anos	12	60 6,7	8	40 8,51	20	100 7,3
24 / 29 anos	15	31,25 8,3	33	68,75 35,1	48	100 17,5
30 / 35 anos	12	30 6,7	28	70 29,79	40	100 14,6
36 / 41 anos	6	26,09 3,3	17	73,91 18,1	23	100 8,4

42 / 47 anos	10	71,43 5,5	66	28,57 4,26	14	100 5
48 / 53 anos	14	87,5 7,8	2	12,5 2,13	16	100 5,86
54 / 59 anos	18	100 10	0	0 0	18	100 6,6
60 / 65 anos	11	91,66 6,1	1	8,34 1,06	12	100 4,4
+ 65 anos	26	100 14,4	0	0 0	26	100 9,5
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

3.3– Sexo

Na presente amostra, no total de 274 indivíduos, 158 são do sexo masculino e 116 do sexo feminino (*Quadro 5*).

A toxicodependência é representada por 85,1 % de indivíduos do sexo masculino e apenas por 14,9 % do sexo feminino: é um problema que atinge maioritariamente o sexo masculino.

Segundo os dados da amostra existe grande disparidade na população feminina: há uma superioridade relevante dos sujeitos não-toxicodependentes (87,94 %) em relação aos toxicodependentes (12,06 %). Na população feminina constata-se que de 116 sujeitos apenas 14 são toxicodependentes.

Na população masculina desta amostra existe uma ligeira superioridade dos sujeitos toxicodependentes (50,64 %) em relação aos não- toxicodependentes (49,36 %). Inversamente à população feminina, na população masculina constata-se que dos 158 sujeitos 80 são toxicodependentes, representando mais de metade da população masculina da amostra.

Quadro 5 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por Sexo

SEXO	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	78	49,36 43,4	80	50,64 85,1	158	100 57,6
Feminino	102	87,94 56,6	14	12,06 14,9	116	100 42,4
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

A disparidade do factor *Sexo* é uma constante do problema da toxicodependência em que existe sempre uma superioridade do sexo masculino em relação ao número diminuto de elementos femininos, dado confirmado neste estudo em que cerca de 85 % dos sujeitos toxicodependentes são do sexo masculino.

A toxicodependência enquanto fenómeno de massas foi, durante alguns anos uma patologia marcadamente masculina, representando as mulheres cerca de 20 % dos consumidores de drogas ilícitas.

Mais recentemente esta percentagem aumentou para cerca de 30 % a 35 % (Pimenta, 1997). Maia (1998) constata que a toxicodependência se apresenta na proporção de 4/1 segundo os dois sexos, mantendo-se superiormente representada no sexo masculino.

No entanto, nos últimos 40 anos o modo de vida e o comportamento das mulheres alterou-se profundamente, desempenhando estas funções tradicionalmente atribuídas aos homens, pelo que não é de admirar que tenham vindo a assumir também comportamentos anteriormente quase exclusivamente masculinos. Actualmente, apesar de ter aumentado o número de toxicodependentes femininos, continua a persistir a dominância masculina (*Quadro 6*).

Nesta amostra existe uma superioridade relevante dos sujeitos toxicodependentes masculinos (85,1%) em relação aos sujeitos toxicodependentes femininos (14,9%) que, de certa forma era um dado previsível. Mas, o que é surpreendente, é a superioridade dos sujeitos toxicodependentes masculinos (50,64%) em relação aos sujeitos não-toxicodependentes (49,36%).

Há que concluir que, na população masculina da amostra, existem mais toxicodependentes que não-toxicodependentes, o que acarreta consequências do foro clínico na abordagem da população do RMG.

Quadro 6 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por Grupo Etário X Sexo

GRUPO ETÁRIO	N /Toxicodependentes		Toxicodependentes				Total		Totais N / %
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino			
	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %	N / %			
0 / 5	5 31,25 2,8	11 68,75 6	0 0 0	0 0 0	5 31,25 1,8	11 68,75 4	16 100 5,8		
6 / 11	9 34,62 5	17 65,38 9,4	0 0 0	0 0 0	9 34,62 3,3	17 65,38 5,2	26 100 9,5		
12 / 17	5 33,62 2,8	9 60 5	0 0 0	1 6,7 1	5 33,3 1,8	10 66,7 3,6	15 100 5,5		
18 / 23	9 45 5	3 15 1,6	1 5 1	7 35 7,4	10 50 3,6	10 50 3,6	20 100 7,3		
24 / 29	8 16,7 4,4	7 14,5 3,9	3 6,25 3,2	30 62,5 31,9	11 23 11,7	37 77 13,5	48 100 17,5		
30 / 35	9 22,5 5	3 7,5 1,6	5 12,5 5,3	23 57,5 24,5	14 35 5	26 65 9,5	40 100 17,5		
36 / 41	4 17,4 2,2	2 8,7 1,1	3 13 3,2	14 60,9 5	7 30,4 2,6	16 69,6 6	23 100 8,4		
48 / 53	10 62,5 5,5	5 31,25 2,8	0 0 0	1 6,25 1	10 62,5 3,6	6 37,5 2	16 100 5,8		
54 / 59	13 72,2 7,2	5 27,8 2,8	0 0 0	0 0 0	13 72,2 7,2	5 27,8 2	18 100 6,5		

60 / 65	7	58,3 3,9	4	33,3 2,2	1	8,3 1	0	0	8	66,7 3	4	33,3 2	12	100 4,3
+ 65	18	69,2 10	8	30,8 4,4	0	0	0	0	18	69,2 6,6	8	30,8 3	26	100 9,5
Total	102	37,2 56,7	78	28,5 43,3	14	51 14,9	80	29,1 85,1	116	42,3 42,3	158	57,7 57,6		100 100
Totais	180		100	65,7	94		100	34,3	274		100		100	100

3.4– Estado Civil

Tal como para a variável *Sexo* os dados relativos à variável *Estado Civil* são consonantes com os obtidos nos estudos de toxicoddependência: nesse sentido são os homens solteiros largamente maioritários na população toxicoddependente.

A categoria “*Solteiro*” não só é prevalente na amostra total (56.57 %) como o é ainda de forma superior na população toxicoddependente (69.15 %) , como demonstra o *Quadro 7*.

Quadro 7 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por *Estado Civil*

ESTADO CIVIL	N / Toxicoddependentes		Toxicoddependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Solteiro	90	58,06 50	65	41,94 69,15	155	100 56,57
Casado ou Comunhão Facto	59	76,62 32,8	18	23,32 19,15	77	100 28,102
Divorciado	10	55,6 5,5	8	44,4 8,5	18	100 6,57
Viúvo	21	87,5 11,7	3	12,5 3,2	24	100 8,76
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

A restante população toxicodependente distribui-se pelos outros Estados Civis: “*Casados ou Comunhão de facto*”(19.15 %); “*Divorciado*” (8.5 %) e “*Viúvo*” (3.2 %), em percentagens francamente inferiores às da categoria “*Solteiro*”. A superioridade desta categoria não só se estabelece em relação às restantes categorias na população toxicodependente, como ainda em relação à mesma categoria para a população não-toxicodependente da amostra.

A permanência na situação de solteiro poderá traduzir a dificuldade de emancipação da família de origem pela tentativa de evitar a constituição de família própria, para mais da maioria da população toxicodependente (69,15%).

No entanto, há que realçar que, para a população não-toxicodependente, esta categoria é também significativa para cerca de metade dos sujeitos (50%). Este dado relativiza a hipótese referida como específica da população toxicodependente. Poderá, no entanto, torná-la abrangente para a população beneficiária do RMG, traduzindo uma dificuldade global de autonomização desta população específica.

3.5– Situação Escolar

A prevalência da população toxicodependente nos níveis de escolaridade básicos está de acordo com o contexto de exclusão social onde foi recolhida a amostra: em meio social e economicamente desfavorecido não é de esperar que os sujeitos preencham situações escolares acima da média, pelo que os resultados confirmam a especificidade da amostra.

Como expressa o *Quadro 8*, a maioria da população da amostra total enquadra-se nos níveis de escolaridade básico (72.25 %), que abrangem: “1º ciclo” (41.24 %) , “2º ciclo” (20.8 %) e “3º ciclo” (10.21 %).

Quadro 8 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por *Situação Escolar*

SITUAÇÃO ESCOLAR	N/ Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	/ %	N	/ %	N	/ %
Sem Escolaridade	36	94,74 20	2	5,26 2,13	37	100 13,8
Pré - Primária	16	100 8,9	0	0 0	16	100 5,84
1º Ciclo (até 4ª classe)	74	65,49 41,1	39	34,51 41,48	113	100 41,24
2º Ciclo (5º/6º anos)	25	43,9 13,9	32	56,1 34,04	57	100 20,8
3º Ciclo (7º/8º/9º anos)	16	17,14 8,9	12	42,9 12,8	28	100 10,21
Ensino Secundário (10º/11º/12º anos)	5	55,6 2,7	4	4,4 4,25	9	100 3,3
Ensino Superior	1	100 0,6	0	0 0	1	100 0,374
Formação Profissional	7	58,3 3,9	5	41,7 5,3	12	100 4,4
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

Cerca de 88.32 % da população toxicodependente distribui-se pelos mesmos níveis da amostra global: “1º ciclo” (41.48 %), “2º ciclo” (34.04 %) e “3º ciclo” (12.8 %).

Não existe nenhum indivíduo toxicodependente a frequentar o “*Ensino Superior*”, e o número de toxicodependentes a frequentar o “*Ensino Secundário*” (4.25 %) e a “*Formação Profissional*” (5.3%) também são diminutos.

De salientar que o número de toxicodependentes da categoria “*Sem Escolaridade*” é inferior ao da população não-toxicodependente da amostra (2.13 %), do que se pode inferir que, apesar de pouco escolarizada, a população toxicodependente possui na sua grande maioria a escolaridade mínima, ou seja, não é analfabeta.

3.6– Situação Profissional

Segundo o *Quadro 9*, 70.4 % do total da amostra distribui-se em 3 grupos profissionais: “Desemprego de Longa duração” (25.9 %) , “Estudante” (24.5 %) e “Pensionistas” que incluem os casos de pensão de invalidez, reforma e velhice” (20 %).

Saliente-se que a população referida representa apenas grupos profissionais não-contributivos e, portanto, dependentes dos apoios do Estado; quer do subsídio de desemprego, quer das prestações pecuniárias consideradas nos regimes não-contributivos da segurança social.

A população toxicodependente está maioritariamente desempregada (79.81 %); quer na categoria “Desemprego de Longa duração”(55.31 %), quer na categoria “Desemprego de Curta duração”(24.5%), permanecendo na situação não-contributiva completamente dependente do subsídio de desemprego.

Quadro 9 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por Situação Profissional

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Desemprego Longa Duração	19	26,8 10,6	52	73,2 55,31	71	100 25,9
Desemprego Curta Duração	9	28,2 5	23	71,8 24,5	32	100 11,7
Emprego Estável	15	68,2 8,3	7	31,8 7,44	22	100 8
Emprego Temporário	22	81,5 12,2	5	18,5 5,3	27	100 9,9
Estudantes	64	95,5 35,6	3	4,5 3,2	67	100 24,5
Pensionistas (Reforma, Velhice e Invalidez)	51	92,7 28,3	4	7,3 4,25	55	100 20
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

Pelo cruzamento das variáveis *Situação Profissional e Grupo Etário (Quadro 10)*, verifica-se que a maioria da população toxicodependente está em “*idade activa*” (90.9 %) mas no desemprego (79.81 %) em situação de completa inactividade, abrangendo especialmente os sujeitos dos 24 aos 41 anos, distribuídos pelos grupos etários: (24-29), (30-35) e (36-41).

Enquanto que a categoria DCD –“*Desemprego de curta duração*” se centra no grupo etário dos 24-29 anos (65,2%), já a categoria DLD –“*Desemprego de longa duração*” abrange os três grupos etários referidos dos 24 aos 41 anos, apesar de ser mais expressiva no grupo etário dos 30-35 anos (40,38%).

Atingindo a percentagem de DLD mais de metade do total da população toxicodependente (55.31%), resulta que a probabilidade de futura empregabilidade se encontra severamente comprometida.

Segundo o estudo sobre o desemprego em Portugal (Conselho Económico e Social, 1997) a probabilidade de vir a estar desempregado apresenta padrões diferenciados por região, classe etária, grau de qualificação e sexo, para além do sector de actividade e tempo de desemprego. Os grupos sociais mais vulneráveis ao desemprego considerados neste estudo são: os jovens, os desempregados de longa duração e baixa qualificação, as mulheres, e as minorias étnicas e culturais.

De todos estes grupos são os desempregados de longa duração com baixa qualificação, categoria na qual se situa a larga maioria dos sujeitos da presente amostra, que recaem as piores expectativas do Inquérito Comunitário às forças do Trabalho – *Eurostat (1994)*.

Constituída por indivíduos que não têm formação profissional suficiente e pouca ou nenhuma experiência profissional qualificante, são sistematicamente relegados para o desemprego, vindo diminuir drasticamente as hipóteses de conseguir um emprego estável que se agrava com o avanço da idade, numa época em que as exigências de contratação dos sectores competitivos é extremamente elevada (Capucha, 1998).

O problema da sua inserção laboral, considera o mesmo autor, resulta não só da ausência de qualificações, mas também da influência de mentalidades que induzem facilmente à desmotivação perante o trabalho, à dificuldade de adaptação à disciplina no meio laboral, à acomodação a uma vida instável e centrada na resolução imediatista dos problemas do dia-a-dia e ao recurso frequente e por vezes preferencial aos sistemas de protecção social como forma básica de subsistência.

Assim, é de concluir que estes dados sugerem importantes consequências a nível psico-social:

- como recuperar toxicod dependentes que para além da dependência da droga mantêm com a sociedade uma situação de dependência e que se prevê de difícil mudança estrutural?

Quadro 10 – Frequências e Percentagens da distribuição dos sujeitos por *Situação Profissional X*

Grupo Etário

Grupo Etário	D.L.D. (1*)		D.C.D. (2*)		Emprego Estável		Emprego Instável		Estudante		Pensionista		TOTAL		
	N/T N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	N/TD N/%	TD N/%	
0 / 5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	16 100 25	0 0 0	0 0 0	0 0 0	16 100 8,9	0 0 0
6 / 11	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	26 100 40,6	0 0 0	0 0 0	0 0 0	26 100 14,4	0 0 0
12 / 17	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	14 93,3 21,8	1 6,7 33,33	0 0 0	0 0 0	14 93,3 7,8	1 6,7 1
18 / 23	1 5 5,3	1 5 2	2 10 22,22	6 30 26	2 10 13,3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 35 10,9	1 5 33,33	0 0 0	0 0 0	12 60 6,7	8 40 8,5
24 / 29	1 2,1 5,3	13 27 25	3 6,25 33,3	15 31,25 65,2	4 8,33 26,7	3 6,25 42,8	6 12,5 27,3	1 2,1 20	1 2,1 1,6	1 1 33,3	1 2,1 33,3	0 0 0	0 0 0	15 31,25 8,3	33 68,75 35,1
30 / 35	4 10 21	21 5,25 40,4	3 7,5 8,7	2 5 28,6	1 2,5 6,7	2 5 28,6	2 5 9	2 5 40	2 5 20	0 0 0	0 0 0	2 5 4	1 2,5 25	12 30 6,7	28 70 29,8
36 / 41	2 8,7 10,5	11 47,8 21	0 0 0	0 0 0	0 0 0	2 8,7 28,6	2 8,7 9	1 4,34 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	2 8,7 4	3 7,5 75	6 26 3,3	17 74 18
42 / 47	3 21,4 15,8	3 21,4 5,8	1 7,2 11,11	0 0 0	2 14,3 13,3	0 0 0	4 28,6 18,2	1 7,2 20	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	10 71,4 5,5	4 28,6 4,3

48 / 53	3 18,8 15,8	2 12,5 3,8	0 0 0	0 0 0	2 12,5 13,3	0 0 0	3 18,8 13,7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	6 37,5 11,8	0 0 0	14 87,5 7,8	2 12,5 2,1
54 / 59	3 16,7 15,8	0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 16,7 20	0 0 0	3 16,7 13,7	0 0 0	0 0 0	0 0 0	9 50 17,6	0 0 0	18 100 18	0 0 0
60 / 65	2 16,7 10,5	1 8,3 2	0 0 0	0 0 0	1 8,3 6,7	0 0 0	1 8,3 4,5	0 0 0	0 0 0	0 0 0	7 58,3 13,7	0 0 0	11 91,7 6,1	1 8,3 1
+65	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 3,85 1,45	0 0 0	0 0 0	0 0 0	25 9,15 49	0 0 0	26 100 14,4	0 0 0
Total	19 100 26,7	52 100 73,3	9 100 28	23 100 72	15 100 68	7 100 32	22 100 81,4	5 100 18,6	64 100 95,5	3 100 4,5	51 100 92,7	4 100 7,3	180 100 65,7	94 100 34,3
Totais	71	100 25,9	32	100 11,7	22	100 8	27	100 9,8	67	100 24,5	55	100 20	274	100

(1*) – Desemprego de Longa Duração (superior a 1 ano)

(2*) – Desemprego de Curta Duração (inferior a 1 ano)

Estar desempregado não é só estar privado de fonte normal de rendimentos, é também perder um dos vínculos mais importantes de ligação à sociedade, concretizando-se na marginalização da rede de relações interpessoais que o emprego proporciona, bem como da participação na vida socio-económica e socio-política da sociedade. Sendo o trabalho um dos espaços onde o indivíduo recebe a confirmação das suas capacidades e qualidades através da imagem que os outros devolvem dele mesmo, pode concluir-se a importância que o emprego assume na identidade dos indivíduos.

O facto de não terem acesso a um emprego qualificante com perspectivas de carreira profissional ascendente dificulta a realização pessoal dos indivíduos e pode mesmo impedir a construção de uma identidade positiva de si mesmos e da própria sociedade que os marginaliza dos diferentes sistemas que regulam a vida social.

3.7 – Situação Judiciária

Quanto á variável *Situação Judiciária (Quadro 11)* 90.2 % da amostra total não apresenta quaisquer problemas com a justiça.

Na população toxicodependente a categoria “*Sem Problemas*” atinge o valor maioritário de 76.6 %. No entanto, é nesta população que foram seleccionados a totalidade dos casos na categoria “*Detenção E.P.*”, metade dos casos respeitantes à categoria “*Intervenção Tribunal de Menores / Família*” e quase a totalidade dos casos da categoria “*Reclusão E.P.*” (94.12 %) em relação à amostra global.

Quadro 11 – Frequências e Percentagens da distribuição por Situação Judiciária

SITUAÇÃO JUDICIAL	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Detenção E.P.	0	0	2	100	2	100
		0		2,13		0,7
Reclusão E.P.	1	5,88	16	94,12	17	100
		0,6		17,02		6,2
Intervenção Tribunal Menores / Família	4	50	4	50	8	100
		2,2		4,25		2,9
Sem Problemas Judiciais	175	70,85	72	29,15	247	100
		97,2		76,6		90,2
TOTAL	180	100	94	100	274	100
		65,7		34,3		100

Apesar dos casos de envolvimento com a justiça criminal digam sobretudo respeito à população toxicodependente, apenas é de salientar a categoria “*Reclusão E.P.*” (17 %), sendo as restantes diminutas: “*Detenção E.P.*” (2.13 %), “*Intervenção Tribunal Menores / Família*” (4.25%).

A título conclusivo, a variável *Situação Judiciária* apresenta-se pouco discriminativa nesta amostra, não sendo portanto relevante a relação entre exclusão social e envolvimento com a justiça criminal, mesmo para a população toxicodependente que apresenta maior número de casos.

“A relação entre droga e crime é uma relação complexa que deve conjugar dimensões individuais (cada indivíduo), socio-ambientais (o seu espaço) e histórico-existenciais (o seu tempo)” (Agra, 1998). Não é objectivo deste estudo analisar profundamente as razões da fraca expressão de diagnósticos judiciais na população beneficiária do RMG. No entanto, é necessário proceder à relativização dos dados referentes a esta variável, já que a *Situação Judiciária* não é registo obrigatório nos processos do RMG. Mas é igualmente de referir que a amostra foi obtida numa população de exclusão social, mais vulnerável em relação a esta variável, pela maior visibilidade social a que está sujeita.

3.8 – Situação Clínica

A *Situação Clínica* é uma variável de registo plurinomial, no sentido de possibilitar os registos simultâneos de patologias acumuladas para o mesmo indivíduo (*Quadro 12*).

A percentagem de patologias registadas é mais do dobro na população toxicodependente (68.5%) que na população não-toxicodependente (31.5 %).

A patologia adictiva da toxicodependência surge como diagnóstico clínico potenciador de outros diagnósticos, designadamente de doenças *Infecto-Contagiosas*; HIV I e II (93.3 %), Hepatite B e C (90 %) e Tuberculose (66.7 %).

Sendo a utilização de drogas injectáveis considerada a primeira causa de transmissão dos vírus da Sida, Hepatite B e Hepatite C, estes dados são confirmados neste estudo, apesar de não estar discriminada a via de utilização de drogas.

A utilização de drogas endovenosas continua a ser uma das vias mais prováveis de transmissão do HIV (Lorga, 1997). A prevalência do HIV/ SIDA na população toxicodependente é

de tal forma elevada que, para evitar os graves problemas de saúde pública que acarreta se elaboraram programas de redução de risco / redução de danos nos quais a preocupação com a minimização dos riscos face ao problema do Sida se sobrepõe ao da abstinência continuada de drogas.

Em relação às restantes patologias analisadas, quer as doenças de *Evolução Prolongada*, quer as doenças do *Foro Mental* estão representadas quase na totalidade na população não-toxicodependente, sendo diminuto o número de casos na população toxicodependente.

Quadro 12 – Frequências e percentagens da distribuição por Situação Clínica

DOENÇAS ADICTIVAS	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	/ %	N	/ %	N	/ %
Toxicodependência	0	0 0	94	100 100	94	100 34,3
Alcoolismo	9	81,8 5	2	18,2 2	11	100 4
TOTAL	11		96		105	

DOENÇAS EVOLUÇÃO PROLONGADA	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	/ %	N	/ %	N	/ %
Problemas VISUAIS	4	100 2,22	0	0 0	4	100 1,5
Problemas ASMA	6	85,7 3,33	1	14,3 1	7	100 2,6
Problemas RENAIS	4	100 2,22	0	0 0	4	100 1,5
Problemas CARDÍACOS	5	100 2,77	0	0 0	5	100 1,8
Problemas PULMONARES	3	100 1,66	0	0 0	3	100 1
Problemas CANCEROSOS	3	100 1,66	0	0 0	3	100 1
Problemas REUMATISMO	9	90 5	1	10 1	10	100 3,6
TOTAL	34		2		36	

DOENÇAS INFECTO CONTAGIOSAS	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Hepatite B / C	1	10 0,55	9	90 10	10	100 3,6
HIV I e II	2	6,7 1,1	28	93,3 30	30	100 11
Tuberculose	1	33,3 0,55	2	66,7 2	3	100 1
TOTAL	4		39		43	

DOENÇAS do FORO MENTAL	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Deficiência Mental	6	100 3,33	0	0 0	6	100 3
Patologia Psiquiátrica	11	84,6 6,11	2	15,4 2	13	100 4,8
TOTAL	17		2		19	

TOTAIS de TOTAIS	N / Toxicodependentes	Toxicodependentes	TOTAL
TOTAL INDIVÍDUOS da AMOSTRA	180	94	274
TOTAL PATOLOGIAS REGISTADAS	64	139	203
TOTAL INDIVÍDUOS S/ PATOLOGIAS	129	0	129

A expressão quase exclusiva das doenças de *Evolução Prolongada* e as doenças do *Foro Mental* na população não-toxicodependente poderá suscitar algumas questões pertinentes:

- Será que o consumo abusivo de drogas mascara a existência de outras doenças, quer das de *Evolução Prolongada* quer das de *Foro Mental*?
- Ou será que esse consumo poderá representar uma defesa quer em relação ao contágio, quer em relação ao surto de situações patológicas menos graves?

De referir também a incidência dos casos de *Alcoolismo* maioritariamente na população não-toxicodependente (81,8%) e apenas (18,2%) na população toxicodependente, apesar desta variável ser plurinomial. Daí que, a leitura directa dos dados desta amostra possa induzir a hipótese de não haver uma relação directa entre o consumo de álcool e Toxicodependência de forma dupla.

Contudo teremos que relativizar este dado, porque o número de sujeitos com registo clínico de *Alcoolismo* é muito pequeno, apesar da taxa de *Alcoolismo* em Portugal ser a maior da Europa. Esta constatação poderá remeter para a sub-avaliação clínica do *Alcoolismo*, decorrente da inserção socio-cultural desta doença adictiva na sociedade portuguesa. Mas poderá também dizer-nos algo sobre o tipo de registo desta patologia nas fichas de diagnóstico técnico utilizado nos processos do RMG:

- Será que o *Alcoolismo* é apenas registado quando esta patologia assume características de diagnóstico médico, e por isso, de envolvimento do sujeito no sistema nacional de saúde?

Se assim for, o consumo de álcool não é registado enquanto problema, podendo ser considerado um comportamento socialmente aceite e frequente neste tipo de comunidades. Será então de prever que existam mais casos de *Alcoolismo* ou de consumo abusivo de álcool na população beneficiária do RMG, do que os efectivamente registados.

Na consulta efectuada aos registos da população não-toxicodependente é possível concluir que no total de 180 casos existem 129 indivíduos sem patologias registadas (71.66 %). Dos 51 indivíduos com patologias registadas (28.33 %), 39 têm apenas uma patologia (21.66 %) enquanto que 12

indivíduos têm duas patologias (6.66 %), não existindo nenhum caso com mais de duas patologias registradas.

Sintetizando, na população não-toxicodependente, a maioria dos indivíduos não tem qualquer diagnóstico clínico e, praticamente a totalidade dos casos registrados apresentam apenas uma patologia registrada que, como foi acima referido, se situa especialmente nas categorias de doenças de Evolução Prolongada (23.86 %) e doenças de Foro Mental (9.44 %).

Na população de 94 indivíduos toxicodependentes 57 têm unicamente como patologia registrada a toxicodependência (60.7 %), enquanto que existem 37 com várias patologias registradas (39.3 %) dos quais 6 casos com mais de duas patologias (6.45%), havendo até um caso que acumula cinco diagnósticos clínicos.

A população toxicodependente está em cerca de 57.9% dos casos associada a outras patologias; quer em relação às doenças *Adictivas- Alcoolismo* (18.2%), em relação às doenças de *Evolução Prolongada* (53.3%), quer em relação às doenças do *Foro Mental- Patologia Psiquiátrica* (15.4%).

Mas especialmente nas doenças *Infecto-Contagiosas* o factor de co-morbilidade aumenta significativamente nesta população, verificando-se em cerca de: 93.3% para o HIVI e II ; 90% para as Hepatites B e C e em 66.7% para a Tuberculose.

Consequentemente, a variável *Situação Clínica* revela-se neste estudo fortemente discriminativa, especialmente no que respeita às doenças *Infecto- Contagiosas*.

3.9– Tipo de Família / Tipo de Filhos

Segundo dados nacionais (Janeiro de 2000) do *I.D.S.* - Instituto para o Desenvolvimento Social na população beneficiária do RMG destacam-se as “*Famílias Nucleares*” , as “*Famílias Monoparentais*”, nomeadamente femininas, e “*Isolados*”.

Face à estrutura familiar nacional as “*Famílias Monoparentais Femininas*” quase triplicam os valores percentuais dos agregados nacionais e os “*Isolados*” também têm maior expressividade nas famílias RMG.

Na presente amostra (*Quadro 13*) o tipo de família dominante é a família “*Alargada*” (40 %), seguindo-se a família “*Nuclear*” (25.1 %), a família “*Monoparental Feminina*”(19 %), a família “*Extensa*” (9 %) e os “*Isolados*” (7 %) não obedecendo às tendências verificadas a nível nacional. A razão deste facto pode estar relacionada com o território específico da amostra, com grande número de bairros sociais, designadamente na freguesia de Lordelo do Ouro onde há 10 e que é simultâneamente a mais populosa da amostra (47 %).

A população toxicodependente está distribuída por todos os tipos de família estudados havendo grande disparidade no número de famílias entre esta população e a não-toxicodependente, designadamente :

- “Família Alargada” – (77.3 % não-toxicodependentes e 22.7 % toxicodependentes)
- “Família Nuclear” – (66.7 % não-toxicodependentes e 33.3 % toxicodependentes)
- “Família Monoparental Feminina – (55 % não-toxicodependentes e 45 % toxicodependentes)
- “Família Extensa” – (84 % não-toxicodependentes e 16 % toxicodependentes)
- “Isolados” – (apenas 20.12 % toxicodependentes) .

Quadro 13 – Frequências e Percentagens da distribuição por Tipo de Família / Agregado

ESTRUTURA do AGREGADO	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Isolados	0	0	19	100	19	100
		0		20,12		7
Família Nuclear	46	66,7	23	33,3	69	100
		25,6		24,46		25,1
Família Monoparental	28	55	23	45	51	100
		15,6		24,5		19

Família Alargada	85	77,3 42,2	25	22,7 26,6	110	100 40
Família Extensa	21	84 11,7	4	16 4,25	25	100 9
TOTAL	180	100 65,7	94	100 34,3	274	100 100

De salientar a exclusividade da categoria “*Isolados*” na população toxicodependente que pode remeter para a situação-limite de exclusão social : pessoas sem recursos materiais nem retaguarda socio-afectiva que vivem na grande cidade completamente sós residindo em pensões, totalmente dependentes de sistemas de apoio social.

Particular é também a distribuição do Tipo de família pelas diferentes freguesias estudadas (*Quadro 13-A*). Verifica-se uma predominância de certa estrutura de agregado em cada freguesia :

- “*Isolados*” (48.15 %) na freguesia de Aldoar
- “*Alargadas*” (58.62 %) na freguesia de Lordelo do Ouro
- “*Monoparentais Femininas*” (39.14 %) na freguesia da Foz do Douro
- “*Nuclear*” (100 %) na freguesia de Nevolgilde

Quadro 13-A – Frequências e Percentagens da distribuição por Tipo de Família / Freguesia

FREGUESIAS	Nºde AGREGADOS N	TIPO de FAMÍLIA	
		N	/ %
ALDOAR	27	Isolados 13	48,15
LORDELO do OURO	29	F. Alargada 17	58,62
FOZ do DOURO	23	F. Monoparental 9	39,14
NEVOGILDE	3	F. Nuclear c/ F. Menores 3	100

Este facto poderá relacionar-se com as características de cada freguesia: em Aldoar onde existem bairros sociais mais degradados (bairros de barracas) estão criadas as condições para o emergir de situações de completa ausência de rede familiar; em Lordelo do Ouro existem famílias mais numerosas com coabitação de vários núcleos familiares nos 10 bairros sociais existentes, em situações de grande promiscuidade, predominando a estrutura familiar “*Alargada*”.

Na Foz do Douro existe uma dominância da família “*Monoparental Feminina*” considerada a estrutura familiar mais significativa da população RMG a nível nacional, em relação ao cômputo da população total do país. O seu acentuado envelhecimento actual poderá estar relacionado com a dominância da monoparentalidade feminina, já que o sexo feminino é mais longevo.

Na freguesia de Nevogilde, que se pontua por ser a freguesia desta amostra mais favorecida do ponto de vista socio-económico, domina a estrutura do agregado consonante com a dominante do RMG a nível nacional, a “*Família Nuclear*”. De referir que os dados referentes a Nevogilde devem ser relativizados, dado o número diminuto de 3 famílias beneficiárias do RMG, pelo que não se podem tirar ilações significativas.

No atributo “*Tipo de Filhos*” obrigatoriamente associado à categoria “*Tipo de Família*” (*Quadro 13-B*) a categoria “*Sem filhos*” apenas existe na população toxicodependente: “*Isolados/ Sem filhos*”(20.12 %) e “*Família Nuclear / Sem filhos*”(2.12%).

O atributo “*Filhos Menores*” está particularmente associado à categoria “*Família Nuclear*”. Este tipo de família é mais frequente na população não-toxicodependente, pelo que este atributo se encontra superiormente representado nesta população (13.9 %) que na população toxicodependente da amostra (11.7 %). Pelo facto de esta diferença não ser muito acentuada pode inferir-se que, na população toxicodependente, o número de filhos é maior que na população não-toxicodependente.

O atributo “*Filhos Maiores e Menores*” está significativamente associado à categoria “*Família Alargada*” superiormente representada na população não-toxicodependente. Apesar deste atributo ser superior nos dados referentes à população não-toxicodependente (39.4 %) também é

significativo na população toxicodependente (22.34 %) , o que leva a inferir novamente da tendência para maior número de filhos na população toxicodependente da amostra.

Já o atributo “*Filhos Maiores*” encontra-se maioritariamente associado à categoria “*Família Monoparental*”. Apesar de ser uma estrutura familiar menos frequente na população toxicodependente desta amostra, este atributo está representado de forma superior nesta população (21.27 %) que na população não-toxicodependente (15.23 %) , o que reenvia de forma inequívoca para maior número de filhos de idade maior nas famílias toxicodependentes.

Segundo o Modelo Sistémico, especialmente de orientação analítica (Madanes,1980), (Relvas,1998) e (Stanton,1998), nas famílias dos toxicodependentes são frequentes as perturbações ao nível da vinculação na 1ª infância, bem como pelo comportamento simbiótico das mães que se prolonga até muito tarde no processo de desenvolvimento dos filhos.

Parecem estar criadas as condições para o surgir das designadas “*patologias da individuação / separação*” especialmente frequentes nos toxicodependentes heroínómanos (Relvas, 1998), caracterizadas pela dificuldade de autonomização e emancipação da família de origem, tendo como consequência a permanência no seu seio em plena “*idade maior*”, dado que parece ser confirmado neste estudo.

Da comparação entre famílias de toxicodependentes, especialmente de heroínómanos, com famílias de esquizofrénicos e famílias sem patologia Madanes (1980) concluiu que os heroínómanos estavam envolvidos com os pais ou família extensa em alianças inter-geracionais e em inversões dos papéis parentais e filiais da organização hierárquica da família.

Dos muitos factores que determinam o comportamento toxicodependente Stanton (1998) salienta como relevantes as perdas traumáticas por morte, suicídio ou imigração; a estrutura familiar em que um dos pais está fortemente envolvido na toxicodependência do filho, enquanto que o outro se mantém ausente; e também outros factores familiares que podem influir na toxicodependência como a saída de casa de um irmão ou a entrada na reforma de um dos pais. Destaca quer o medo da

separação dos pais e da família que tem como consequência, no contexto familiar do toxicodependente, a dominância das famílias de origem em relação às de procriação. Este último factor parece ser corroborado pelos dados presentes.

Pode dizer-se que, nesta amostra, a população toxicodependente se caracteriza, em relação ao atributo: “*Tipo de Filhos*” por ter a maioria dos casos de famílias “*Sem filhos*”, destacando-se a exclusividade da categoria “*Isolados / Sem Filhos*” nesta população. Também existe superioridade no caso dos “*Filhos Maiores*”.

Quanto aos atributos: “*Filhos Menores*” e “*Filhos Maiores e Menores*”, apesar de haver menos famílias toxicodependentes com estes atributos, verifica-se uma tendência para maior número de filhos na população toxicodependente.

Assim, relativamente ao número de filhos, as famílias toxicodependentes estão distribuídas por duas situações extremas: ou não têm filhos ou constituem as famílias com maior número de filhos maiores a viver com a família de origem. Existe no conjunto dos restantes atributos uma tendência geral para famílias mais numerosas, segundo os dados da amostra.

Estes dados parecem estar de acordo com interpretações avançadas por autores ligados ao Modelo Sistémico já referidos, quando salientam quer a importância da estrutura familiar, quer a funcionalidade do sintoma “toxicodependência” no eco-sistema familiar, sob o ponto de vista da natureza homeostática dos sistemas. Parecem sugerir que a toxicodependência tem um significado e uma função, tanto para o indivíduo como para os sistemas que o rodeiam, concretamente para o sistema familiar (Moratalla, 1996).

Consequentemente, a toxicodependência aparece predominantemente associada a determinados “*Tipos de Famílias*” e menos em relação a outros, remetendo-nos para a noção de funcionalidade do comportamento toxicodependente: a sua repetição está relacionada com a manutenção do equilíbrio familiar (homeostase) e o seu término com a ruptura desse mesmo equilíbrio gerando a mudança familiar com novos equilíbrios.

O estudo parece sugerir que determinadas estruturas familiares proporcionam maior probabilidade que situações de toxicodependência sejam criadas no seu contexto familiar. Segundo os dados da amostra são os Tipos de Família: “*Família Alargada*” (26,6 %); “*Família Nuclear*” (24,46 %); “*Família Monoparental*” (24,5 %) e “*Isolados*” (20,12 %) que parecem representar essa possibilidade. São estruturas familiares díspares com uma incidência praticamente equivalente. Apenas a “*Família Extensa*” (4,25 %) se destaca dos outros tipos de família, não apresentando incidência relevante.

É de concluir que em todas as estruturas de agregados estudadas, com exceção da “*Família Extensa*”, existe equivalente probabilidade de incidência de situações de toxicodependência.

Conseqüentemente, neste estudo, a variável “*Tipo de Família*” revela-se moderadamente discriminativa, tal como a sub-categoria “*Tipo de Filhos*” a ela associada.

Quadro 13-B – Frequências e Percentagens da distribuição por *Tipo de Família / Tipo de Filhos*

TIPO FAMÍLIA / TIPO de FILHOS	N / Toxicodependentes		Toxicodependentes		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ISOLADOS	0	0	19	100	19	100
Sem Filhos		0		20,12		7
FAMÍLIA NUCLEAR - Total	46	66,7 25,6	23	33,3 24,46	69	100 25
Família Nuclear Sem Filhos	0	0 0	2	100 2,12	2	100 0,73
Família Nuclear Com Filhos Menores	25	69,4 13,9	11	30,6 11,7	36	100 13,13
Família Nuclear Com Filhos Maiores	18	66,7 10	9	33,3 9,6	27	100 10
Família Nuclear Com F.Menores e Maiores	3	75 1,66	1	25 1,06	4	100 1,46

FAMÍLIA MONOPARENTAL-Total	28	54,9 15,6	23	45,1 24,46	51	100 18,6
F. Monoparental C/ 1 Núcleo + F. Maiores	18	50 10	18	50 19,15	36	100 13,13
F. Monoparental C/ 1Núcleo +F. Menores	4	66,7 2,2	2	33,3 2,13	6	100 2,18
F. Monoparental C/ 1 Núcleo - Total	22	52,4 12,2	20	47,6 21,27	42	100 15,33
F. Monoparental C/ + Núcleos + F. Maiores	4	66,7 2,2	2	33,3 2,12	6	100 2,2
F. Monoparental C/ +Núcleos + F. Menores	2	66,7 1,1	1	33,3 1,06	3	100 1,09
F. Monoparental C/ + Núcleos - Total	6	66,7 3,3	3	33,3 3,2	9	100 3,28

FAMÍLIA ALARGADA C/ + Núcleos - Total	85	77,3 47,2	25	22,7 26,6	110	100 40,15
F. Alargada + Filhos Maiores	3	75 47,2	1	25 1,06	4	100 1,46
F. Alargada + Filhos Menores	11	78,6 6,1	3	21,4 3,19	14	100 5,1
F. Alargada + F. Maiores e F. Menores	71	77,2 39,4	20	22,8 22,34	92	100 33,57

FAMÍLIA EXTENSA -Total	21	84 11,7	4	16 4,25	25	100 9,12
F. Extensa C/ Núcleo Tradicional + F. Menores	4	80 11,7	1	20 1,06	5	100 1,82
F. Extensa C/ Núcleo Monoparental - Total	13	86,7 7,2	2	13,3 2,12	15	100 5,47
F. Extensa C/ Núcleo Monoparental + F. Maiores	5	83,3 2,7	1	16,7 1,06	6	100 2,18
F. Extensa C/ Núcleo Monoparental + F. Menores	8	88,9 4,4	1	11,1 1,06	9	100 3,28
F. Extensa C/ Mais Núcleos + F. Maiores e Menores	4	80 2,2	1	20 1,06	5	100 1,82

4 – Conclusões

As conclusões do presente estudo estão organizadas segundo os diferentes níveis de análise:

- 1- psico-social - sobre as problemáticas de toxicodependência e exclusão social ;
- 2- ético-social - sobre as tomadas de decisão urbano-políticas sobre o viver das cidades no início do séc. XXI.

Quanto ao **nível psico - social** são de reter as características dos beneficiários do RMG que abrangem todos os sujeitos da amostra e todos os tipos de exclusão social: económica – todos os sujeitos apresentam carências económicas justificadas pelo baixo rendimento auferido; social – todos os sujeitos se encontram em déficit social quer pela partilha incipiente dos bens sociais, quer pela marginalização efectiva do todo social nos casos em que a destituição social é mais profunda; cultural – resultante da perda social que se transmite em perda cultural global que, a longo prazo, gera “*culturas de pobreza*” específicas; resultante de patologias – os sujeitos enraízam formas de ser, estar e sentir próprias do “*ciclo de pobreza*” em que estão inseridos e que, em alguns casos se tornam cada vez mais longínquas do bem estar- social, originando “*culturas marginais*”, como é o caso dos “*sem-abrigo*”, em si mesmo portadoras de um “*pathos social*” que alberga diferentes formas de patologia individual.

Este estudo particulariza os casos de auto-exclusão por toxicodependência, que acumula a exclusão social resultante dos comportamentos adictivos já disruptivos em si mesmos, a outras patologias e, por vezes, a práticas de marginalidade e delinquência.

Os dados resultantes das cinco variáveis mais discriminativas do amostra: “*Freguesia*”, “*Grupo Etário*”, “*Sexo*”, “*Situação Profissional*” e “*Situação Clínica*” caracterizam basicamente as coordenadas da população toxicodependente, demarcando-a ainda de forma mais negativa em relação ao contexto de exclusão social em que se insere.

Na variável “*Freguesia*” salientam-se as freguesias de Lordelo do Ouro e de Aldoar com características eco-sociais desviantes, com “*territórios de exclusão*” incluídos na sua área geográfica; em Lordelo do Ouro a concentração de 10 bairros sociais e em Aldoar o bairro de barracas existente.

Especialmente notório em Lordelo do Ouro, por ser não só a freguesia com maior densidade populacional, como aquela que apresenta problemas sociais em proporções preocupantes para a população jovem: insucesso e abandono escolar, consumo abusivo de álcool e drogas e disfuncionamento familiar, e na qual coexiste maior número de casos do Tipo de Família “*Alargada*” (58.62 %), classificando-se como a freguesia com maior “*desinserção social*” da amostra, segundo a noção de Gaulejac e Léonetti, pela qual se processa a passagem de uma identidade positiva a uma identidade negativa através de rupturas sucessivas cada vez mais desestruturantes ao nível psico-social .

É igualmente de assinalar a percentagem elevada de casos de “*Isolados*” na freguesia de Aldoar”(48.15 %), que a converte na freguesia com maior “*destituição / desqualificação social*” da amostra, segundo o conceito de Paugam, pela qual os indivíduos apresentam maior fragilidade na relação com as instituições e, conseqüentemente, pior prognóstico quanto à situação de marginalidade, que tende a eternizar-se.

No que diz respeito à variável “*Grupo Etário*” é de salientar a quase totalidade da população toxicodependente concentrada nas idades entre os 24-35 anos, representando cerca de 64,89 % da população toxicodependente.

Sendo que a incidência da toxicodependência recai maioritariamente sobre a população masculina em cerca de 85 % da amostra, os toxicodependentes deste estudo são sobretudo jovens-adultos do sexo masculino. As conseqüências desta distribuição repercutem-se não só no presente, na constituição de uma população potencialmente activa que consome abusivamente drogas, como também no futuro imediato com as sequelas dos comportamentos desviantes.

Aliás, pelo cruzamento entre as variáveis “*Grupo Etário*” e “*Situação Profissional*” é notório que a população toxicodependente em “*idade activa*” está maioritariamente desempregada, na categoria “*Desemprego de longa duração*” (55 %) e na categoria “*Desemprego de curta duração*” (24.5 %) que não só gera inactividade no presente como cria condições de total dependência do Estado no futuro, a cargo das instituições de segurança social.

Na sociedade actual o emprego continua a ser uma das formas mais importantes, quer de inserção económica porque o trabalho é a principal fonte de rendimento, quer de inserção social porque o trabalho regula os principais ritmos quotidianos de vida. Ter emprego significa não só ter acesso a um determinado estatuto social mas também facilita uma determinada identidade psico-social, pelo que a população toxicodependente da amostra tem quer o estatuto social quer a identidade psico-social dele decorrente severamente comprometidas.

Há que realçar a “*Situação Clínica*” com uma das variáveis mais fortemente discriminativas do estudo, só comparável à variável “*Sexo*”. Em 57,9% dos casos de toxicodependência associa-se a outras patologias, atingindo nas doenças *Infecto-Contagiosas* elevado factor de co-morbilidade: HIV I e II (93.3 %) , Hepatites B e C (90 %) e Tuberculose (66.7%). Este facto não só irá diminuir a esperança de vida desta população, como irá contribuir para futuros contágios, podendo tornar-se num grave problema de saúde pública.

As variáveis do estudo: “*Estado Civil*”, “*Situação Judiciária*” e “*Tipo Família/Tipo Filhos*” são consideradas moderadamente discriminativas porque, apesar de se poder estabelecer uma correlação positiva entre algumas das suas categorias e a toxicodependência num contexto de exclusão social, não são suficientemente discriminativas para que se possa avançar dados conclusivos a seu respeito.

As categorias das variáveis citadas consistem na categoria “*Solteiro*” (41,94%) da variável “*Estado Civil*”; na categoria “*Reclusão E.P.*” (17,02%) da variável “*Situação Judiciária*” e nas categorias de famílias “*Alargada*” (26,6%), “*Nuclear*” (24,46%), “*Monoparental*” (24,5%) e

“*Isolados*”(20,12%) relativamente à variável “*Tipo Família*” da população toxicodependente da amostra.

A estrutura familiar presente na variável “*Tipo Família*” é moderadamente discriminativa neste estudo, porque não estabelece diferenças fortemente significativas entre a população toxicodependente e a não-toxicodependente quanto às categorias familiares, à excepção da categoria “*Isolado*” exclusiva das famílias toxicodependentes. As restantes estruturas familiares, à excepção da família “*Extensa*” que é consideravelmente inferior, apresentam-se em percentagens praticamente equivalentes para a população toxicodependente da amostra.

Inversamente os atributos “*Filhos Maiores*” e “*Sem Filhos*” associados às categorias familiares são fortemente discriminativos neste estudo, dominantes na população toxicodependente, dados que apelam à relação entre toxicodependência e dificuldade de autonomização e emancipação em relação à família de origem, quer pela ausência de filhos quer pela permanência de filhos maiores no seu agregado.

A variável “*Situação Escolar*” é de todas as variáveis estudadas a menos discriminativa, não estabelecendo diferenças significativas entre população toxicodependente e não-toxicodependente. Exceptua-se a categoria “*Sem Escolaridade*” que sobressai com menor expressão na população toxicodependente. Resulta que existe maior número de toxicodependentes alfabetizados que de não-toxicodependentes, embora a grande maioria se reduza ao nível da escolaridade básica.

Concluindo, os toxicodependentes da amostra consistem numa população com as seguintes características psico-sociais:

- os toxicodependentes são maioritariamente do sexo masculino ;
- os toxicodependente situam-se maioritariamente em “*idade activa*”- dos 24 aos 35 anos;
- os toxicodependentes possuem na grande maioria a escolaridade básica;
- os toxicodependentes estão maioritariamente desempregados na categoria de pior prognóstico social quanto à futura empregabilidade: DLD- “*Desemprego de longa duração*”;

- em que o diagnóstico clínico da Toxicodependência apresenta um factor de co-morbilidade elevado especialmente em relação às doenças Infecto-Contagiosas, alertando para a elevada percentagem de toxicodependentes contagiados com doenças como a Sida e as Hepatites, em contexto de exclusão social;
- em que o diagnóstico judiciário não se apresenta significativo, apesar de o número de reclusões em Estabelecimento Prisional ser consideravelmente superior nos toxicodependentes que nos não-toxicodependentes da amostra;
- a residir em “*territórios de risco*” desviantes na freguesia de Aldoar predominantemente em estruturas familiares de tipo “*Isolado*” caracterizadas pelo atributo “*Sem Filhos*” e por situações graves de “*destituição/desqualificação social*”; mas especialmente na freguesia de Lordelo do Ouro que abrange 47% da amostra, predominantemente em estruturas familiares de tipo “*Alargada*” caracterizadas pelo elevado número de filhos e significativo número de “*Filhos Maiores*” a residir com a família de origem, em situações susceptíveis à promiscuidade entre gerações e idades, responsáveis por várias formas de “*desinserção social*”.

Os dados psico-sociais revelados nas variáveis estudadas indiciam, à excepção da variável “*Situação Escolar*”, a confirmação da hipótese inicial deste estudo apelidado de “*Toxico-Exclusão*”: a vulnerabilidade psico-somática e psico-social dos toxicodependentes é mais elevada que na restante população beneficiária do RMG. Consequentemente, os toxicodependentes da amostra podem ser considerados uma população de risco acrescido relativamente aos não-toxicodependentes, constituindo a designada “*nova pobreza*” urbana caracterizada por níveis superiores de destituição e marginalização social.

O tipo de “*exclusão simbólica*” associada à toxicodependência confirma não só a vulnerabilidade psico-somática expressa na co-morbilidade elevada especialmente quanto às doenças Infecto-Contagiosas; como a vulnerabilidade psico-social expressa na incidência da toxicodependência em população de “*idade activa*”, em situação de desemprego maioritariamente

desemprego de longa duração, a residir em “*territórios de risco*”. Esta vulnerabilidade psico-social agrega dados demográficos associados a dados territoriais tanto mais preocupantes quanto mais se identificam com os designados “*territórios de exclusão*”.

É neste sentido que ao **nível ético - social** as consequências deste estudo prendem-se com os factores urbanísticos da forma como se planeia uma cidade e com a tomada de decisão em relação ao viver das suas populações urbanas face aos problemas de saúde pública, os quais se relacionam directamente com os resultados obtidos neste estudo.

Os factores urbanísticos prendem-se com aspectos formais tais como a necessidade de projectar edifícios de habitação social que se adaptem aos seus moradores. Existe, além do mais no tipo de habitação social a vantagem de poder ser planeado, com conhecimento atempado de quais vão ser os seus habitantes e quais as suas características, sem a pressão urbanística que atinge os outros tipos de habitação.

A título de exemplo cite-se o caso do Brº do Aleixo, situado na freguesia de Lordelo do Ouro, um dos bairros que pode ser classificado de “*território de exclusão*”, apesar de construído para exercer funções específicas de habitação social. A inadaptação a estas funções gerou custos psico-sociais de tal forma elevados que a sua manutenção tem sido posta em causa, e ultimamente pensa-se até na sua implosão.

A construção de uma cidade como espaço verdadeiramente integrado deve contemplar aspectos relacionais entre o poder e os cidadãos que se prendem com a necessidade de consulta destes nas transformações maiores do seu espaço habitacional. De referir que, alguns bairros da freguesia de Lordelo do Ouro, surgiram da mobilidade forçada de habitantes de outras zonas da cidade com características eco-sociais divergentes, como o bairro da Sé, sem garantia dos seus elementares direitos de cidadania em que o direito a um território próprio se insere e a consulta sobre a sua mudança territorial deve fazer parte. O desrespeito destes direitos no presente acarreta custos

psico-sociais elevados como a perda de identidade no futuro que, nestes bairros específicos, se vem traduzindo na proliferação de formas cada vez mais acentuadas de “*desinserção social*”.

Quanto à tomada de consciência sobre problemas de saúde pública, este estudo faz eco do alastramento da Sida, das Hepatites e da Tuberculose como um dos riscos inerentes à “*Toxico-Exclusão*”. Se medidas urgentes não forem tomadas a tempo, podem até contribuir para a possibilidade de uma epidemia destas doenças infecto-contagiosas na sociedade urbana actual, no contexto de exclusão social.

Se este estudo nos permitiu retirar as conclusões enunciadas também nos permite enunciar algumas implicações quanto a futuros estudos neste domínio:

- 1- torna-se necessário um estudo comparado das diferenças comportamentais entre os dois sexos em relação à toxicodependência, quer de Psicologia do Desenvolvimento quer de Psicologia Diferencial que, pelo menos em contexto de exclusão social, são muito acentuadas;
- 2- justifica-se um estudo aprofundado de Psicossociologia do Desemprego da população toxicodependente já que, se consiste num dos problemas basilares da sociedade actual, ganha especiais contornos num contexto de “*Toxico – Exclusão*”;
- 3- é urgente repensar quer a função da habitação social integrando disciplinas como a Psicossociologia dos Espaços Urbanos, quer no seu Planeamento Urbanístico, bem como na metodologia utilizada na distribuição das casas aos agregados de tipo “*Alargado*”, de forma a reduzir os índices de sobrelotação que propiciam situações de promiscuidade, tanto mais perigosas quanto maior o factor de *Toxicodependência /Sida /Hepatite/Tuberculose*;
- 4- é igualmente urgente o estudo específico da co-morbilidade da toxicodependência, especialmente no que diz respeito às doenças Infecto- Contagiosas que são hoje em dia uma grande ameaça à saúde pública, fazendo apelo a disciplinas como a Epidemiologia das doenças Infecto-Contagiosas em espaço urbano;

5- por último, seria útil a análise dos índices de criminalidade associados à população toxicodependente, que dizem respeito à Psicossociologia do Crime, bem como a associação entre diferentes comportamentos adictivos como Alcoolismo e Toxicodependência, áreas em que este estudo não provou ser conclusivo.

Se os recursos humanos são a maior riqueza de qualquer sociedade, a título de advertência apela-se a que, perante os resultados deste estudo, se equacione urgentemente todo o investimento necessário para minorar os indicadores de “*Toxico-Exclusão*”, contribuindo efectivamente para a sua redução substancial, já que a sua eliminação total parece actualmente uma miragem.

Trata-se não só de um acto de inteligência maior, como um factor decisivo da viabilidade do futuro de todos!

5– Bibliografia

ABELAIRA, R. (1997). “*Uma contribuição ao estudo da patologia da separação / individuação na toxicoddependência*”- Tese de Mestrado da Faculdade de Psicologia e C. da Educação da Universidade de Coimbra (sob orientação do Prof. Doutor Carlos Amaral Dias), pág. 48-49.

AGRA, C. (1993). “*Dizer a Droga ouvir as drogas – Estudos teóricos e empíricos para uma Ciência do Comportamento Desviante*”. Porto : Ed. Radicário, pág. 55-86.

AGRA, C. (1998) ; “A experiência Portuguesa: programa de estudos e resultados” in “*Droga-Crime: Estudos interdisciplinares*”, Edição do GPCCD, Lisboa, pág. 61-83.

AGRA, C. (1998). “*Entre Droga e Crime – Actores, Espaços, Trajectórias*”, Lisboa: Editorial Notícias, pág.32-38, 74-78 .

ALMEIDA, J. (1992). “*Exclusão Social. Factores e tipos de pobreza em Portugal*”, Lisboa: Celta Editores.

BAPTISTA, I., PERISTA, H. e REIS, A. (1995), “*A pobreza no Porto: representações sociais e práticas institucionais*”, in *Sociologia : Problemas e Práticas*, nº 17, Lisboa : CIES, pág. 35-60.

CARDOSO, A. (1997). “*Da Exclusão Social ao Desenvolvimento Humano*”, Lisboa, CESIS, capítulo11, pág. 147-149.

CAPUCHA, L. (1998). “*Exclusão Social e acesso ao Emprego: paralelas que podem convergir*”, in “Sociedade e Trabalho”, nº 3, Lisboa, pág. 59-69.

CENTRO DE ESTUDOS PARA A INTERVENÇÃO SOCIAL (1997). “Da marginalização à re-inserção na sociedade: a percepção subjectiva dos fenómenos de marginalização Urbana”, documento nº 11, Lisboa : CESIS, pág. 11-14.

CENTRO DE ESTUDOS PARA A INTERVENÇÃO SOCIAL (1999). Actas do Seminário: “*Pobreza e Exclusão Social – Percursos e Perspectivas da Investigação em Portugal*”, Lisboa: CESIS.

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (1997). “Problemas Actuais da Política Económica Portuguesa: Crescimento, Desemprego, Participação na União Económica e Monetária”, Lisboa.

DIAS, E. e RAMOS, E. (1998). “*Zonas de Pobreza em Portugal – uma identificação pelos Agentes Locais*”, in Sociedade e Trabalho, Lisboa, nº 3 (Outubro), pág. 80-91.

EHRENBERG, A. (1991). “*Individues sous influence – Drogues, Alcools, Medicaments, Psychotropes*”. Paris: Edition Esprit.

EHRENBERG, A. e MIGNON, P. (1992). “*Drogues, Politique et Société*”. Paris: Le Monde Edition et Editions Descartes.

EUROSTAT (1994) ; “Inquérito Comunitário às forças de trabalho”, Bruxelas.

FERNANDES, L. (1998). “*O sítio das drogas – Etnografia das drogas numa periferia urbana*”, Lisboa : Editorial Notícias, colecção Comportamentos, pág. 97-204.

FERREIRA, A. e GUERRA, F. (1998). “*Os Requerentes da Fase Experimental do Rmg : Situação, Recursos e Expectativas*” in Sociedade e Trabalho, Lisboa, pág.18-33.

FERREIRA, C. (1996). “*Pobreza, Cidadania e Desqualificação Social : Notas de Reflexão Teórica*” in Interações, nº 3 (Janeiro/ Junho), pág. 23-36.

GODINHO, J., COSTA, H., PADRE-SANTO, D. e RATO, C. (1999). “*Infecção pelo HIV, Hepatite C e Hepatite B. Dados Epidemiológicos, características socio-demográficas e factores de risco*” in Toxicodependências, Lisboa : Edição SPTT, Volume 5, nº 3, pág. 55-60.

GUERRA, I. (1997). “*The dark side of the moon do rendimento mínimo garantido*” in Sociologia : Problemas e Práticas, nº25, Lisboa : CIES, pág. 157-164.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) ; “*Estatísticas do Emprego, 3º trimestre de 1999*”, Lisboa.

INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL (2000) ; “*O Rendimento Mínimo Garantido*”, Lisboa.

LORGA, P. (1997). “*HIV e prevenção primária na Toxicodependência: algumas reflexões sobre as estratégias de intervenção*” in Toxicodependências, Lisboa : Edição SPTT, Ano 3, nº 3, pág. 35-42.

MAIA, A. (1998). “A Condição Juvenil Portuguesa no virar do século: diversidades sociais, modos de vida e consciência histórica – Jovens em risco de exclusão social” in *Toxicodependências*, Lisboa: Edição SPTT, Ano 4, nº 2, pág. 35-44.

MARQUES TEIXEIRA, J. (1997). “Conhecer para melhor intervir na formação profissional da população delinvente e ex-delinvente” – Projecto de investigação, Porto : Edição Radicário.

MORATALLA, T. (1996). “*Adictos, familias y sistemas de intervencion*” in *Toxicodependências*, Lisboa : Edição SPTT, Ano 2, nº1, pág. 67-73.

KOPP, P. (1997). “*A Economia da Droga*”, Lisboa : Edição Livros do Brasil, pág. :152-153.

PALLARÉS GÓMEZ, J. (1995). “El Placer del Escorpión – Antropologia de la Heroína y los yonquis (1970-1990)”, Bobalà-Lleida : Editorial Milenio, pág. 9-36.

PEDROSO, P. (1998). “*Direitos e Solidariedade: perspectivas para a promoção da integração para todos*” in *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, nº 3 (Outubro), pág. 6-17.

PIMENTA, M. (1997). “*A toxicodependência na mulher: gravidez, parto e puerpério*” in *Toxicodependências*, Lisboa: Edição SPTT, Ano 3, nº1, pág. 31-36.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1997). “Droga: Situação e Novas Estratégias – Actas do Seminário promovido pelo Presidente da República em 19 de Junho de 1997”, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda , pág. 171-183.

RELVAS, A. (1998). “*Histórias de famílias, história familiar e toxicodependência. Da compreensão à intervenção*” in *Toxicodependências*, Lisboa: Edição SPTT, Ano 4, nº 3, pág. 81-88.

REIS, A.(1998). “Modelos espaciais de desenvolvimento e risco de exclusão social”: algumas reflexões com ilustração empírica” in *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, nº 3 (Outubro), pág. 50-59.

RODRIGUES, F. (1997). “*Rendimento mínimo garantido: a janela indiscreta*” in *Intervenção Social*, Lisboa, nº15/16, pág. 111-119.

ROMANI, O. e COMELLES, J. M. (1991). “*Les contradictions liées à usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines*”, *Psychotropes*, Volume 10, nº 3, Paris, pág. 39-45.

SILVA, P. (1998). “*Rendimento Mínimo Garantido e a Nova Questão Social*”, in *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, nº 3 (Outubro), pág. 34-48.

SOARES, I. (1992). “*Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional : mãe-filho*” – Tese de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e C. da Educação da Universidade do Porto (sob orientação do Prof. Doutor Carlos Amaral Dias, pág. 37-56.

SOUSA SANTOS, B.(1999). “*O Estado-Providência em Portugal: entre globalizações conflitantes*”, Ed. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, pág. 17-20.

VALENTIM, A. (1997). “*A construção social do Problema-Droga em Portugal: alguns dados sobre a evolução recente*” in *Sociologia : Problemas e Práticas*, Lisboa : CIES, nº25, pág. 81-102.

XIBERRAS, M. (1993). *“As Teorias da Exclusão – para uma construção do imaginário do Desvio”*, Lisboa : Instituto Piaget, pág. 15-37 e 95-176.

6 - Anexo

Anexo 1 - Ficha de Processo Familiar do RMG

Após ter concluído a presente *Tese de Mestrado* subordinada ao tema “*Toxico-Exclusão*” faço minhas as palavras do escritor moçambicano *Mia Couto* :

“O que mais me dói na miséria é a ignorância que ela tem de si mesma.

Confrontados com a ausência de tudo, os homens abstêm-se do sonho, desarmando-se do desejo de serem outros”.

ANEXO 1 – Ficha do Processo Familiar do RMG

| Dist | Conc | Freg | Inst | Nº de ordem |
 PROCESSO Nº | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

AUTO-DIAGNÓSTICO: O PROBLEMA E O PEDIDO

Problema Apresentado

Data	Nº Atendimento	ELEMENTO Nº (*)
------	----------------	-----------------

/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Pedido Apresentado

Nº Atendimento

(*) Sempre que um problema puder ser atribuído a um elemento da família, esse mesmo elemento deve ser identificado nos quadros de cima com o "número de elemento" que lhe corresponde. Sempre que um problema for atribuído à família, no seu conjunto deve ser-lhe atribuído o código 0 (Zero), na coluna que respeita ao "ELEMENTO Nº".

PROCESSO N°

CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

ELEM N°	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Local de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	Situação de Facto	Hábilidades	Ocupação	Estudantes c/ Problemas na Escola	Razão de Ausência ou de "Saída" do Agregado Familiar	"Núcleo RMG" A, B, C	Data de Alteração da Situação
1	0 1		/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /

Data

Caracterização dos Elementos do Agregado Familiar

(continuação)

ELEM N°	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Local de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	Situação de Facto	Habilitações	Ocupação	Estudantes c/ Problemas na Escola	Razão de Ausência ou de "Saída" do Agregado Familiar	"Núcleo RMG" A, B, C	Data de Alteração da Situação
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /
			/ /							Sim...1 Não...2			/ /

Data

Dimensão da Família:

Elementos Presentes... | | | | | . Elementos Temporariamente Ausentes | | | | |

Tipo de Família

| | | |

Atenção: Se Tipo de Família = Família Extensa, codificar também o Tipo de Núcleo e os Outros Elementos: Tipo de Núcleo | | | | |; Outros Elementos | | | | |

Atenção: Se Tipo de Família = Família Alargada, codificar também os diferentes Tipos de Núcleos existentes: Tipo de Núcleo | | | | | N° de Núcleos do Tipo Referido | | | | |;

Tipo de Núcleo | | | | | N° de Núcleos do Tipo Referido | | | | |; Tipo de Núcleo | | | | | N° de Núcleos do Tipo Referido | | | | |;

Número Total de Núcleos | | | | |

SITUAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL

TRABALHADORES

ELEM. N°	Profissão Ramo Categoria	N° Horas Trab / Semana	Situação na Prof.	Tipo de Contrato	Estatuto TCP Própria	Desconta Sistema de Proteção Soc.	Rendimentos do Trabalho	Informação Adicional Rendimentos	Situações Específicas	Data de Início de "Sit. Específica"	Local de Trabalho	Procura outro Trabalho	Data de Alteração da Situação
	_____ _____ _____	Regular Irregular _____ _____	<input type="checkbox"/>	_____ Data de Início _____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Descont..3	Liq. _____ _____ _____ _____ _____ _____	Declarados.....1 Confirmados.....2 Estimados.....3 Desconhecidos..4	Salários atraso..1 Sit. Baixa.....2 S. atraso + Sit. Baixa.....3	_____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece..3	_____/____/____
	_____ _____ _____	Regular Irregular _____ _____	<input type="checkbox"/>	_____ Data de Início _____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Descont..3	Liq. _____ _____ _____ _____ _____ _____	Declarados.....1 Confirmados.....2 Estimados.....3 Desconhecidos..4	Salários atraso..1 Sit. Baixa.....2 S. atraso + Sit. Baixa.....3	_____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece..3	_____/____/____
	_____ _____ _____	Regular Irregular _____ _____	<input type="checkbox"/>	_____ Data de Início _____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Descont..3	Liq. _____ _____ _____ _____ _____ _____	Declarados.....1 Confirmados.....2 Estimados.....3 Desconhecidos..4	Salários atraso..1 Sit. Baixa.....2 S. atraso + Sit. Baixa.....3	_____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece..3	_____/____/____
	_____ _____ _____	Regular Irregular _____ _____	<input type="checkbox"/>	_____ Data de Início _____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Descont..3	Liq. _____ _____ _____ _____ _____ _____	Declarados.....1 Confirmados.....2 Estimados.....3 Desconhecidos..4	Salários atraso..1 Sit. Baixa.....2 S. atraso + Sit. Baixa.....3	_____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece..3	_____/____/____
	_____ _____ _____	Regular Irregular _____ _____	<input type="checkbox"/>	_____ Data de Início _____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Descont..3	Liq. _____ _____ _____ _____ _____ _____	Declarados.....1 Confirmados.....2 Estimados.....3 Desconhecidos..4	Salários atraso..1 Sit. Baixa.....2 S. atraso + Sit. Baixa.....3	_____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece..3	_____/____/____

Data

DESEMPREGADOS

ELEMENTO N°	Novo Emprego 1° emprego	Data do Início do Desemprego	Motivo do Desemprego	Inscrito C. Emprego	Recebe Subsídio	Montante do Subsídio	Informação Adicional	Data de Alteração da Situação
	Novo.....1 1° emprego.....2	___/___/___	___	Sim.....1 Não.....2 P.Espec.....3 Desconhece....4	Sim.....1 Não.....2 Aguarda.....3 Desconhece....4	_____\$	Declarado.....1 Confirmado....2 Desconhecido..3	___/___/___
	Novo.....1 1° emprego.....2	___/___/___	___	Sim.....1 Não.....2 P.Espec.....3 Desconhece....4	Sim.....1 Não.....2 Aguarda.....3 Desconhece....4	_____\$	Declarado.....1 Confirmado....2 Desconhecido..3	___/___/___
	Novo.....1 1° emprego.....2	___/___/___	___	Sim.....1 Não.....2 P.Espec.....3 Desconhece....4	Sim.....1 Não.....2 Aguarda.....3 Desconhece....4	_____\$	Declarado.....1 Confirmado....2 Desconhecido..3	___/___/___
	Novo.....1 1° emprego.....2	___/___/___	___	Sim.....1 Não.....2 P.Espec.....3 Desconhece....4	Sim.....1 Não.....2 Aguarda.....3 Desconhece....4	_____\$	Declarado.....1 Confirmado....2 Desconhecido..3	___/___/___

Data

PENSIONISTAS

ELEMENTO N°	Tipo de Pensão	Informação sobre a Pensão	Montante	Informação Adicional	Data de Alteração da Situação
		Recebe.....1 Aguarda.....2	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Confirmado.....2 Desconhecido.....3	___/___/___
		Recebe.....1 Aguarda.....2	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Confirmado.....2 Desconhecido.....3	___/___/___
		Recebe.....1 Aguarda.....2	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Confirmado.....2 Desconhecido.....3	___/___/___
		Recebe.....1 Aguarda.....2	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Confirmado.....2 Desconhecido.....3	___/___/___

Data

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

ELEMENTO N°	Frequenta Curso F. Prof.	Frequentou Curso F. Prof.	Montante da Actual Bolsa de Formação	Informação Adicional	Razão da Não Frequência de Acções de Formação Profissional	Experiências / Aptidões Profissionais	Data de Alteração da Situação
	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Comprovado.....2 Desconhecido.....3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Comprovado.....2 Desconhecido.....3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Comprovado.....2 Desconhecido.....3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	Sim..... 1 Não..... 2 Desconhece. 3	_ _ _ _ _ \$	Declarado.....1 Comprovado.....2 Desconhecido.....3	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Data

OS ESTUDANTES E A ESCOLA

ELEMENTO N°	Já Reprovou?	Se sim, quantas vezes ?	Tipo de Problemas com a Escola	Data de Alteração da Situação
	Sim..... 1		_____	___/___/___
	Não..... 2	___ vezes	_____	___/___/___
	Sim..... 1		_____	___/___/___
	Não..... 2	___ vezes	_____	___/___/___
	Sim..... 1		_____	___/___/___
	Não..... 2	___ vezes	_____	___/___/___
	Sim..... 1		_____	___/___/___
	Não..... 2	___ vezes	_____	___/___/___

Data

SAÚDE

ELEM N°	Problema(s) de Saúde (Auto-Diagnóstico)	Problema(s) de Saúde (Diagnóstico-Técnico)	Existe Incapacidade para o Trabalho? Se sim, Porquê?	Elementos Portadores de Deficiência: Tipo de Deficiência	Elementos Acamados e/ou Dependentes	Despesas Fixas (mensais)	Informação Adicional / Despesas	Isenções	Data de Alteração da Situação
			Sim.....1 Razão _____ Não.....2 Desconhece.....3	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece.....3	_____ \$ _____	Declaradas.....1 Confirmadas.....2 Estimadas.....3 Desconhecidas.4	Taxas moderadoras.....1 Regime excepcional gratuito.....2 Regime especial de pensionistas.....3 Não beneficia.....4	____/____/____
			Sim.....1 Razão _____ Não.....2 Desconhece.....3	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece.....3	_____ \$ _____	Declaradas.....1 Confirmadas.....2 Estimadas.....3 Desconhecidas.4	Taxas moderadoras.....1 Regime excepcional gratuito.....2 Regime especial de pensionistas.....3 Não beneficia.....4	____/____/____
			Sim.....1 Razão _____ Não.....2 Desconhece.....3	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece.....3	_____ \$ _____	Declaradas.....1 Confirmadas.....2 Estimadas.....3 Desconhecidas.4	Taxas moderadoras.....1 Regime excepcional gratuito.....2 Regime especial de pensionistas.....3 Não beneficia.....4	____/____/____
			Sim.....1 Razão _____ Não.....2 Desconhece.....3	<input type="checkbox"/>	Sim.....1 Não.....2 Desconhece.....3	_____ \$ _____	Declaradas.....1 Confirmadas.....2 Estimadas.....3 Desconhecidas.4	Taxas moderadoras.....1 Regime excepcional gratuito.....2 Regime especial de pensionistas.....3 Não beneficia.....4	____/____/____

Data

HABITAÇÃO

Data	Tipo de Habitação	Habitação Social	Observações	Data de Alteração de Situação
	. Casa Unifamiliar.....	1 11	.Não existem prob. habitacionais....1 .Existem prob. habitacionais.....2 .Os problemas com a habitação foram: . assinalados pelo utente.....3 . observados pela(o) Técnica(o)....4	___/___/___
	. Apartamento/Andar.....	2 22		___/___/___
	. Parte de casa.....	3 33		___/___/___
	. Quarto.....	4 44		___/___/___
	. Alojamentos Colectivos e Casas de Dormidas.....	5 -		___/___/___
	. Barracas.....	6 -		___/___/___
	. Tendas/Roulotes.....	7 -		___/___/___
	. Sem-abrigo.....	8 -		___/___/___
	. Outras.....	9 99		___/___/___
	Nº de Divisões		Outras observações	___/___/___
	Regime de Ocupação:			
	. Própria.....	1		
	. Arrendada.....	2		
	. Cedida-com a presença dos locatários ou donos da casa.....	3		___/___/___
	. Cedida-sem a presença dos locatários ou donos da casa.....	4		
	. "Ocupada".....	5		
	. Outra.....	6		
	Conforto e Salubridade	SIM NÃO COLECTIVO(3) "PUXADAS"(4)		
	. Água Canalizada.....	1 2 4		___/___/___
	. Luz.....	1 2 4		___/___/___
	. Esgotos(ou similar).....	1 2 -		___/___/___
	. Cozinha.....	1 2 3		___/___/___
	. Retrete.....	1 2 3		___/___/___
	Estado de Conservação:			
	. Bom Estado.....	1		
	. Estado de Conservação Razoável.....	2		
	. Degradada Interior.....	3		
	. Degradada Exterior.....	4		___/___/___
	. Deg. Interior e Exterior.....	5		
	. Em Ruína.....	6		
	. Outra.....	7		
	Condições de Acessibilidade:	SIM NÃO		
	. Barreiras Arquitectónicas.....	1 2		___/___/___
	. Transportes Públicos.....	1 2		
	. Transporte Próprio.....	1 2		
	. Outros prob. Acessibilidade.....	1 2		
	Despesas com a Habitação:		Informação Adicional Despesas (*)	
	. Renda/Amortização.....	_____ \$	□	___/___/___
	. Água/Luz/Gaz/Telefone.....	_____ \$	□	___/___/___
	. Outras.....	_____ \$	□	___/___/___

(*) Declaradas...1; Confirmadas...2; Desconhecidas...3.

RENDIMENTOS

TOTAIS DOS RENDIMENTOS ANTERIORMENTE REFERIDOS:

Data	Montantes	Data de Alteração da Situação
Total dos Rendimentos do Trabalho		
• Declarados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
• Confirmados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
• Estimados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
Total dos Subsídios de Desemprego		
• Declarados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
• Confirmados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
Total das Bolsas de Formação		
• Declarados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
• Confirmados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
Total dos Rendimentos das Pensões		
• Declarados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/
• Confirmados.....	_ _ _ _ _ _ _ \$	_/_/_/

RENDIMENTOS AINDA NÃO MENCIONADOS:

A - Para cada Elemento

Data	ELEMENTO N°	Tipo de Rendimentos (Prestações e Outros)	Montantes	Informação Adicional(*)	Data de Alteração de Situação
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__
			_____ \$		__/__/__

B - Para o Agregado Familiar, no seu conjunto

Data	Origem dos Rendimentos	Montantes	Informação Adicional(*)	Data de Alteração da Situação
		_____ \$		__/__/__
		_____ \$		__/__/__
		_____ \$		__/__/__

(*) Rendimentos Declarados...1; Confirmados...2; Estimados...3

TOTAL GLOBAL DOS RENDIMENTOS:					
Data	Montante				
					\$

DESPESAS

DESPESAS MENS AIS FIXAS:

Data	Montantes	Informação Adicional (*)	Data de Alteração da Situação
.Transportes.....	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _
.Educação.....	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _
.Frequência de Equipamentos.....	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _
.Saúde	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _
.Habitação	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _
.Outras Despesas.....	_ _ _ _ _ _ \$	_	_ / _ / _

(*) Despesas Declaradas....1; Confirmadas....2; Estimadas....3

TOTAL GLOBAL DAS DESPESAS

Data	Montante	_ _ _ _ _ _ \$	_ / _ / _
------	----------	----------------	-----------

DÍVIDAS

Data	Tipo de Dívida:	_ _ _	_ / _ / _
		_ _ _	_ / _ / _
	Montante do Endividamento	_ _ _ _ _ _ \$	

CAPITAÇÃO

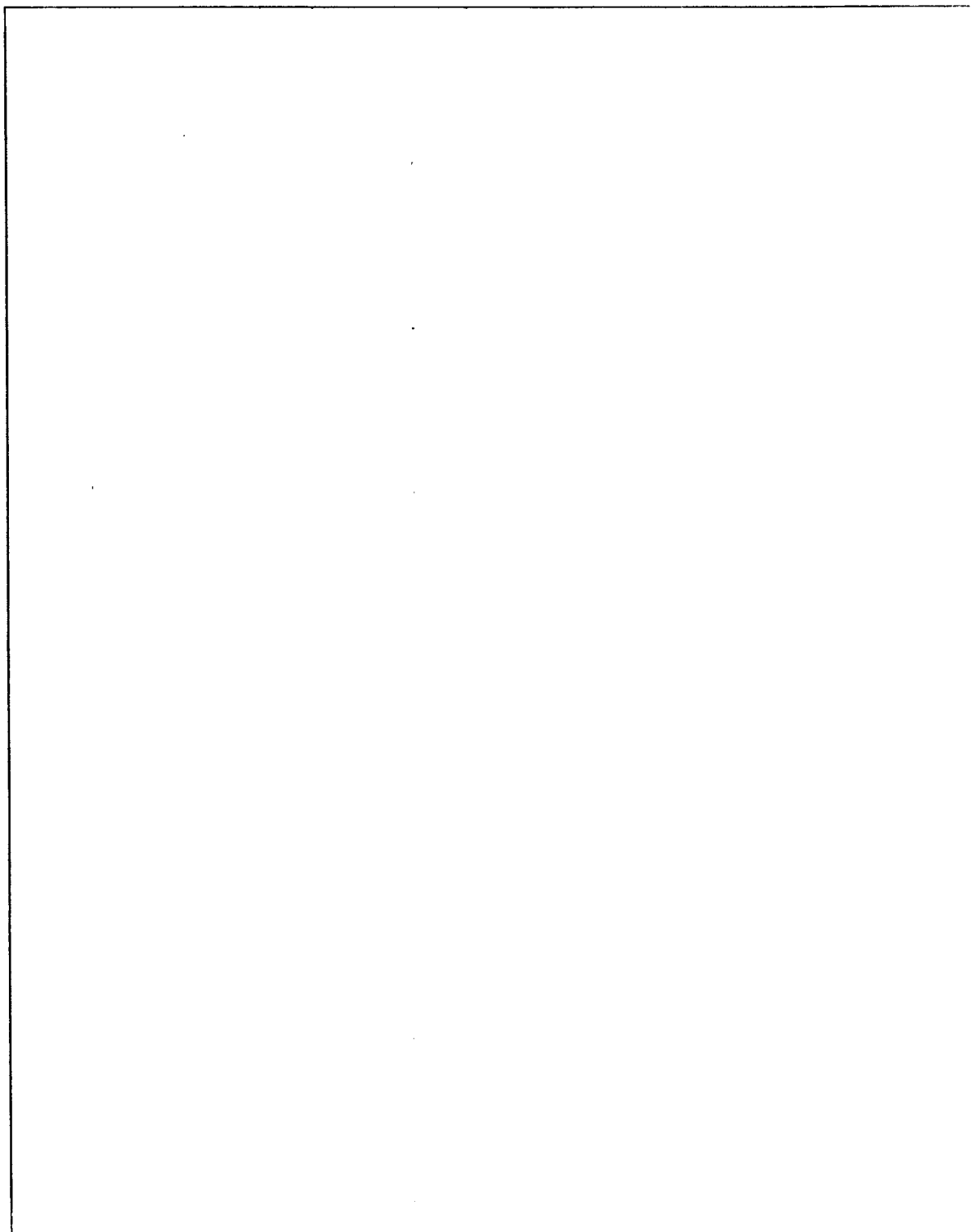
CAPITAÇÃO

Data	Montante	_ _ _ _ _ _ \$	
	N° de ELEMENTOS PARA O CÁLCULO DA CAPITAÇÃO		_ / _ / _
		_ _	

Dist | Conc | Freg | Inst | Nº de ordem |
PROCESSO Nº | | | | | | | | | | | | | | | |

DIAGNÓSTICO TÉCNICO

Data de Realização do Diagnóstico / /



O DIAGNÓSTICO TÉCNICO - Síntese

TIPO DE PROBLEMAS/VULNERABILIDADES - codificação

Data	ELEMENTO N°*	Atendimento N°	Tipo de Problemas - Individuais ou Familiares	Data de Alteração da Situação
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TIPO DE COMPETÊNCIAS/POTENCIALIDADES - codificação

Data	ELEMENTO N°*	Atendimento N°	Tipo de Competências - Individuais ou Familiares	Data de Alteração da Situação
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* - Sempre que um problema puder ser atribuído a um elemento da família, esse mesmo elemento deve ser identificado nos quadros de cima com o "número de elemento" que lhe corresponde. Sempre que um problema for atribuído à família, no seu conjunto deve ser-lhe atribuído o código 0 (Zero), na coluna que respeita ao "ELEMENTO N°".

RESPOSTAS

Resposta Prevista	Resposta Atribuída
Atendimento N° _____	A "Resposta Prevista" foi efectivamente atribuída?
Elemento N° _____	• Sim... 1
Tipo de Resposta Prevista _____	Data de Decisão ____/____/____
_____	Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses
Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses	• Não... 2 ____/____/____
Data ____/____/____	Porquê? _____

Resposta Prevista	Resposta Atribuída
Atendimento N° _____	A "Resposta Prevista" foi efectivamente atribuída?
Elemento N° _____	• Sim... 1
Tipo de Resposta Prevista _____	Data de Decisão ____/____/____
_____	Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses
Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses	• Não... 2 ____/____/____
Data ____/____/____	Porquê? _____

Resposta Prevista	Resposta Atribuída
Atendimento N° _____	A "Resposta Prevista" foi efectivamente atribuída?
Elemento N° _____	• Sim... 1
Tipo de Resposta Prevista _____	Data de Decisão ____/____/____
_____	Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses
Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses	• Não... 2 ____/____/____
Data ____/____/____	Porquê? _____

Resposta Prevista	Resposta Atribuída
Atendimento N° _____	A "Resposta Prevista" foi efectivamente atribuída?
Elemento N° _____	• Sim... 1
Tipo de Resposta Prevista _____	Data de Decisão ____/____/____
_____	Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses
Montante ____ ____ ____ ____ X ____ Meses	• Não... 2 ____/____/____
Data ____/____/____	Porquê? _____

PARA EFEITOS DO RENDIMENTO MÍNIMO GARANTIDO

NÚCLEO RMG A B C

Composição do "Núcleo RMG"

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do Titular: • Nome _____ • Elemento N° <input type="checkbox"/> _____ • Identificação dos Restantes Elementos N°: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Total de Elementos Abrangidos pelo RMG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 	Data de Alteração de Situação ____/____/____
--	---

Data

ELEM N°	Trabalho	Bolsas de Formação	Pensões	Outras Prest. Sociais	Subsídio de Renda de Casa	Subsídio de Bens Imobiliários	Subsídio de Bens Mobiliários	Outros Rendimentos	Data de Alteração de Situação
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	____/____/____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	____/____/____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	____/____/____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	____/____/____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	____/____/____

<p>Total dos Rendimentos para Cálculo da Prestação</p> <p>VALOR DA PRESTAÇÃO ATRIBUÍDA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> \$</p> <p>Data de Atribuição ____/____/____</p> <p>Data da Suspensão da Prestação ____/____/____</p> <p>Data de Cessação da Prestação ____/____/____</p>	Data de Alteração da Situação ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
--	---

PROGRAMA DE INSERÇÃO

NÚCLEO RMG A B C

Utentes da Acção Social

DOMÍNIOS PRIORITÁRIOS DE INTERVENÇÃO (ter em conta o diagnóstico técnico anteriormente feito, com a respectiva identificação dos principais problemas e competências da família ou do(s) indivíduo(s) em questão, bem como o contrato estabelecido com o utente):

Acordo de Inserção

Sim..... 1 Data ___/___/___

Não..... 2

Revisão do Acordo

Data ___/___/___

DEFINIÇÃO DO PROGRAMA

Data	Atend. N°	ELEM N°	Elemento Abrangido no Programa de Inserção.	Se não, Porquê	Objectivos Específicos	Acções a Realizar	Acções Aprovadas pela CLA	Data da Aprovação pela CLA	Data Prevista para o Início	Data Prevista para a Finalização
	__ __	__ __	Abrangido/Dispensado.... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____		_____ _____ _____ Montante \$x meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	__ __	__ __	Abrangido/Dispensado.... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____		_____ _____ _____ Montante \$x meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	__ __	__ __	Abrangido/Dispensado.... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____		_____ _____ _____ Montante \$x meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___

(Continuação)

PROGRAMA DE INSERÇÃO

Data	Atend. N°	ELEM N°	Elemento Abrangido no Programa de Inserção.	Se não, Porquê	Objectivos Especificos	Acções a Realizar	Acções Aprovadas pela CLA	Data da Aprovação pela CLA	Data Prevista para o Início	Data Prevista para a Finalização
	___	___	Abrangido/Dispensado... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____ _____		_____ _____ _____ Montante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] \$x [] [] [] [] [] [] meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___	___	Abrangido/Dispensado... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____ _____		_____ _____ _____ Montante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] \$x [] [] [] [] [] [] meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___	___	Abrangido/Dispensado... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____ _____		_____ _____ _____ Montante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] \$x [] [] [] [] [] [] meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___	___	Abrangido/Dispensado... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____ _____		_____ _____ _____ Montante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] \$x [] [] [] [] [] [] meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	___	___	Abrangido/Dispensado... 1 Abrangido/Não Dispens...2 Não Abrangido..... 3	Porquê _____ _____ _____		_____ _____ _____ Montante [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] \$x [] [] [] [] [] [] meses	Sim.....1 Não.....2	___/___/___	___/___/___	___/___/___

EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE INSERÇÃO

ELEM N.º	Acções a realizar (*)	Actividades	Responsáveis			Calendarização
			Entidade	Técnico	Utente	

(*) Por referência ao quadro de "Definição de Programas"

AVALIÇÃO DO PROGRAMA INSERÇÃO

NÚCLEO RMG A B C

Utentes da Acção Social

Data	ELEM Nº	Identificação do Tipo de Acção (*)	Data de Início das Acções	Data de Conclusão das Acções	Resultados Directos das Acções	Execução da Acção	Acção não realizada Porque?	Acção Interrompida Porque?	Data de Alteração da Situação
			___/___/___	___/___/___	_____ _____ _____	Realizada..... 1 Não realizada... 2 Interrompida..... 3	_____ _____ _____	_____ _____ _____	___/___/___
		_____ _ _	___/___/___	___/___/___	_____ _____ _____	Realizada..... 1 Não realizada... 2 Interrompida..... 3	_____ _____ _____	_____ _____ _____	___/___/___
		_____ _ _	___/___/___	___/___/___	_____ _____ _____	Realizada..... 1 Não realizada... 2 Interrompida..... 3	_____ _____ _____	_____ _____ _____	___/___/___
		_____ _ _	___/___/___	___/___/___	_____ _____ _____	Realizada..... 1 Não realizada... 2 Interrompida..... 3	_____ _____ _____	_____ _____ _____	___/___/___

(*) Por referência aos códigos assinalados no Quadro de "Definição do Programa de Inserção"

Avaliação do Programa de Inserção

Continuação

Data	ELEM N°	Identificação do Tipo de Acção (*)	Data de Início das Acções	Data de Conclusão das Acções	Resultados Directos das Acções	Execução da Acção	Acção não realizada Porque?	Acção Interrompida Porque?	Data de Alteração da Situação
	__	____	__/__/__	__/__/__	____ ____ ____	Realizada..... 1 Não realizada.. 2 Interrompida.....3	____ ____ ____	____ ____ ____	__/__/__
	__	____	__/__/__	__/__/__	____ ____ ____	Realizada..... 1 Não realizada.. 2 Interrompida.....3	____ ____ ____	____ ____ ____	__/__/__
	__	____	__/__/__	__/__/__	____ ____ ____	Realizada..... 1 Não realizada.. 2 Interrompida.....3	____ ____ ____	____ ____ ____	__/__/__
	__	____	__/__/__	__/__/__	____ ____ ____	Realizada..... 1 Não realizada.. 2 Interrompida.....3	____ ____ ____	____ ____ ____	__/__/__

(*) Por referência aos códigos assinalados no Quadro de "Definição do Programa de Inserção"

AVALIAÇÃO GLOBAL

- Núcleo RMG A B C
- Utentes da Acção Social

Data	<ul style="list-style-type: none"> • O "Núcleo RMG" cessou a sua prestação: <ul style="list-style-type: none"> • Sim..... 1 • Não..... 2 • O "Núcleo RMG" ou o "Agregado Familiar", utente dos Serviços de Acção Social, conseguiram a sua autonomia em relação aos serviços? <ul style="list-style-type: none"> • Sim..... 1 • Não..... 2 	Data de Alteração da Situação ____/____/____ ____/____/____
------	--	---

Data	Identificação de Obstáculos (ao Programa de Inserção) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 90%;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 5%;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 5%;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 5%;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 5%;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black;"></td></tr> </table>																					Data de Alteração da Situação ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Data	<ul style="list-style-type: none"> • Verificou-se a influência de factores externos imprevistos? <ul style="list-style-type: none"> • Sim..... 1 • Não..... 2 <p style="margin-top: 10px;">Se sim, Quais? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	Data de Alteração da Situação ____/____/____
------	--	---

DESENVOLVIMENTOS (ou Diligências)

Data	Descrição dos Desenvolvidos ou Diligências	Observações