



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Janete Teixeira Gonçalves

**Consumos de drogas, comunidade e mediação:  
auscultação dos agentes sociais sobre a  
implementação de uma sala de consumo  
assistido, em Guimarães**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Janete Teixeira Gonçalves

**Consumos de drogas, comunidade e mediação:  
auscultação dos agentes sociais sobre a  
implementação de uma sala de consumo  
assistido, em Guimarães**

Relatório de Estágio  
Mestrado em Educação  
Área de Especialização em Educação de  
Adultos e Intervenção Comunitária

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Doutor José António Martin Moreno Afonso**

Outubro de 2011

## DECLARAÇÃO

Nome: Janete Teixeira Gonçalves

Endereço electrónico: janetetg@gmail.com

Telemóvel: 914031728

Bilhete de Identidade: 13187785

Título dissertação: Consumos de drogas, comunidade e mediação: auscultação dos agentes sociais sobre a implementação de uma sala de consumo assistido, em Guimarães.

Orientador: Doutor José António Martin Moreno Afonso

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação, Área de Especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitário.

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 31 de Outubro de 2011

---

## Agradecimentos

O meu sincero obrigada a todas as pessoas que de algum modo contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho. A todas as entidades nacionais, locais, moradores, comerciantes e consumidores Vimaranenses que colaboraram com este trabalho, sem o vosso contributo ele não seria possível.

À Sol do Ave por me receber e proporcionar as melhores condições para a realização deste estágio, em especial a Dr.<sup>a</sup> Maria José sempre com uma palavra de incentivo, obrigada pelo seu apoio e ajuda.

Ao IN-Ruas projecto que levo no coração, que me ajudou a crescer enquanto profissional e sobretudo ser humano, um obrigada cheio de carinho à Paula e ao Renato que tanto me ensinaram, ao Carlos, à Luísa, à Rita e à Catarina pelo companheirismo e apoio.

À Rita por ser sempre mais que uma orientadora, por me incitar a fazer sempre melhor, por me responder a todas as perguntas e por me dar a possibilidade de sonhar e crescer com ela, muito obrigada.

Ao Professor José Afonso, meu orientador, muito obrigada pela paciência, ajuda e audácia em me acompanhar neste projecto.

Aos meus amigos que durante todo este longo processo foram os melhores, sem o vosso apoio não teria conseguido, um obrigada enorme para a Cláudia, Luísa, Maribel, David, Rui, Rogério, André S., Eduardo, Moshi e João. À Raquel, Catarina, Diana e Vera que como amigas e colegas de curso sempre despertaram o melhor de mim.

Aos meus avós maternos que sempre cuidaram do meu bem-estar, à minha avô paterna pelo carinho e ao meu avó, que mesmo não estando presente fisicamente me acompanhou em todos os momentos da minha vida, obrigada. Às tias Né, Zinha e Guida em especial, por me fazerem sentir em casa.

Por fim aos meus pais e ao meu irmão por sempre me mostrarem que era capaz, por me possibilitarem seguir os meus sonhos, pelo amor e compreensão.



# “Consumos de Drogas, comunidade e mediação: Auscultação dos agentes sociais sobre a implementação de respostas de RRMD, em Guimarães”

*Janete Teixeira Gonçalves*

Relatório de Estágio

Mestrado em Educação – Educação de Adultos e intervenção Comunitária

Universidade do Minho

2011

## Resumo

Este trabalho tem como objectivo perceber se os agentes sociais Vimaraneses seriam receptivos à criação de uma Sala de Consumo Assistido (SCA). A SCA é uma resposta prevista no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) Para além da receptividade relativamente à SCA fomos perceber se a reacção de oposição comunitária à localização deste tipo de estruturas designada NIMBY (*Not in my back yard*) se manifestava nesta amostra.

Para tal, foi desenvolvida uma pesquisa de carácter qualitativo, inserida no paradigma da etnometodologia. As técnicas utilizadas foram a observação com recurso a diários de campo, procedemos à auscultação através de entrevistas dos diferentes agentes sociais envolvidos no processo de decisão e implementação, nomeadamente: comunidade envolvente (moradores e comerciantes), consumidores de drogas, decisores locais, decisores nacionais e um especialista na área das drogas; foram construídas e aplicadas entrevistas, sendo efectuada a análise de conteúdo das mesmas.

Concluiu-se com este trabalho que a comunidade Vimaranesa auscultada está receptiva à implementação de uma SCA. A receptividade dos agentes sociais locais contrasta com a opinião desfavorável do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT). Relativamente ao fenómeno NIMBY, os dados revelam que a maioria da comunidade envolvente auscultada não se importaria de ter uma SCA perto da sua zona de residência. Esta receptividade é acompanhada de algumas preocupações, nomeadamente a fundamentação desta resposta, bem como a criação de uma rede de outras resposta que funcionem em conjunto de modo a complementar o serviço.

Consideramos perante os dados apresentados que se pode pensar num projecto de implementação de uma SCA através de um projecto-piloto na cidade de Guimarães.



**“Drug consumption, community and mediation: inquiring social agents on the implementation of an assisted drug consumption room in Guimarães”**

*Janete Teixeira Gonçalves*

Internship Report

Master of Education – Adult Education and Community Intervention

Universidade do Minho

2011

**Abstract**

The objective of this study is to analyse the willingness of social agents of Guimarães to accept the creation of an Assisted Drug Consumption Room (DCR). The DCR is a response set within the scope of Risk and Harm Reduction (RHR). Additionally, it was our goal to understand if there was evidence to be found in the sample of the study of the so called NIMBY (not in my back yard) reaction regarding the location of this type of structures.

A qualitative research within the ethnomethodology paradigm was carried out for the purpose of the study. The techniques used were the participant and non-participant observation with the aid of field diaries; we inquired – by means of interviews – the different social agents involved in the process of deciding and implementing, namely: the surrounding community (residents and merchants), drug users, local decision makers, national decision makers as well as a specialist in the field of drugs; interviews were constructed and conducted with their contents being the object of analysis.

The results of this study show that the community of Guimarães is receptive to the implementation of a DCR. The receptivity of the local social agents is in contrast with the opposed opinion of the Instituto da Droga e Toxicodependência – national institute for drugs and addiction. Regarding the NIMBY phenomenon, data reveal that the majority of the surrounding communities inquired would not be against having a DCR located near their area of residence. In spite of the receptivity shown some concerns are raised, namely the substantiation of this response, as well as the creation of a network of other responses able to work together as a complement to the service.

In face of the data presented, it is our belief that the project of implementing a DCR in Guimarães by means of a pilot-experience should be taken into account.



# Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo .....	v
Abstract .....	vii
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Figuras.....	xiii
Siglas.....	xv
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>II. ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO .....</b>	<b>5</b>
2.1 Sol do Ave.....	5
2.1.1 IN-Ruas.....	6
2.1.2 População-alvo .....	7
2.2 Objectivos, actividades e funcionamento.....	9
2.3 Área de Intervenção/ Investigação .....	11
2.3.1 Redução de Riscos e Minimização de Danos.....	11
2.3.2 Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e RRMD .....	12
2.3.3 Avaliação de Necessidades e Definição de Objectivos .....	13
<b>III. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO ESTÁGIO .....</b>	<b>17</b>
3.1 Redução de Riscos e Minimização de Danos.....	17
3.1.1 Desenvolvimento da RRMD em Portugal .....	20
3.1.2 RRMD e Comunidade.....	21
3.1.3 Equipas de Rua .....	24
3.1.4 Salas de Consumo Assistido .....	27
3.2 Implementação de projectos em RRMD .....	29
3.2.1 Mediação.....	31
3.2.2 O Processo de Familiarização .....	33
<b>IV. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO .....</b>	<b>35</b>
4.1 Investigação Qualitativa.....	35
4.2 Etnometodologia.....	37
4.3 A Observação.....	38
4.4 As entrevistas.....	41

4.6 Dificuldades encontradas .....	42
<b>V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>45</b>
5.1 Recolha dos dados .....	45
5.2 Análise de dados .....	47
5.2.1 Comunidade envolvente .....	47
5.2.2. Utilizadores de Drogas .....	61
5.2.3. Entidades e decisores locais .....	65
5.2.4 Decisores nacionais .....	69
5.2.5 Especialista na área das drogas .....	72
5.3 Conclusões .....	75
<b>VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
Anexos	85
Anexo I - Autorização Sol do Ave.....	89
Anexo II – Guiões de entrevistas .....	93
Anexo III – Quadros de entrevista .....	101
Anexo IV – Quadros de análise de conteúdo.....	105

## Lista de tabelas

<b>Tabela 1:</b> Respostas relativas à receptividade da implementação de uma SCA em Guimarães. ....	48
<b>Tabela 2:</b> Respostas relativas à proximidade de uma SCA face à sua zona habitacional .....	54
<b>Tabela 3:</b> Respostas relativas à responsabilidade da implementação de uma SCA .....	59
<b>Tabela 4:</b> Respostas relativas às motivações favoráveis à implementação de uma SCA.....	61
<b>Tabela 5:</b> Respostas relativas às motivações para se ser utente de uma SCA.....	62
<b>Tabela 6:</b> Respostas relativas aos serviços que cada consumidor gostaria de encontrar numa SCA.....	63



## Lista de figuras

<b>Figura1:</b> Organigrama da instituição.....	5
---	---



## Siglas

CNSIDA – Coordenação Nacional para a Infecção VIH-sida

CRI- Centro de Respostas Integradas

EMCDDA – European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

PORI- Programa Operacional de Respostas Integradas

PRI – Programa de Respostas Integradas

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SCA- Sala de Consumo Assistido



Canção Óbvia

Escolhi a sombra desta árvore para  
repousar do muito que farei,  
enquanto esperarei por ti.  
Quem espera na pura espera  
vive um tempo de espera vã.  
Por isto, enquanto te espero  
trabalharei os campos e  
conversarei com os homens  
Suarei meu corpo, que o sol queimará;  
minhas mãos ficarão calejadas;  
meus pés aprenderão o mistério dos caminhos;  
meus ouvidos ouvirão mais,  
meus olhos verão o que antes não viam,  
enquanto esperarei por ti.  
Não te esperarei na pura espera  
porque o meu tempo de espera é um  
tempo de que fazer.  
Desconfiarei daqueles que virão dizer-me,  
em voz baixa e precavidos:  
É perigoso agir  
É perigoso falar  
É perigoso andar  
É perigoso, esperar, na forma em que esperas,  
porque esses recusam a alegria de tua chegada.  
Desconfiarei também daqueles que virão dizer-me,  
com palavras fáceis, que já chegaste,  
porque esses, ao anunciar-te ingenuamente,  
antes te denunciam.  
Estarei preparando a tua chegada  
como o jardineiro prepara o jardim  
para a rosa que se abrirá na primavera.

Paulo Freire, Geneve, Março 1971



## I. INTRODUÇÃO

O relatório que aqui se apresenta foi realizado no âmbito do estágio do Mestrado em Educação de Adultos e Intervenção Comunitário. O estágio teve a duração de 8 meses (Outubro de 2009 a Junho de 2010) e desenvolveu-se na Sol do AVE<sup>1</sup>, que tem um projecto na área de redução de riscos e minimização de danos (RRMD), com toxicodependentes de rua, na cidade de Guimarães.

Sendo um projecto na área da toxicodependência, que actua no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), materializada numa Equipa de Rua, é encarada como resposta de primeira linha que chega a todo um conjunto de consumidores de drogas que não querendo deixar de consumir, não estando preparado para tal ou por outros motivos, não se enquadram nas respostas mais tradicionais e muitas vezes mantêm-se afastados de estruturas e respostas como os serviços de saúde e a segurança social. O consumidor tem na Equipa de Rua, um conjunto de respostas, que procuram minimizar os danos e os riscos que corre ao consumir, bem como os riscos e danos na comunidade envolvente. Salienta-se aqui a questão de saúde pública, enquanto membro de uma comunidade, o consumidor utiliza os mesmos espaços que não consumidores, abandonando neles o seu material de consumo, temos também um conjunto de doenças que perante comportamentos de riscos devem ser regularmente rastreadas, entre outros aspectos, e que podem ser auxiliados e mediados pela Equipa de Rua.

Relativamente à Equipa de Rua onde este estágio foi desenvolvido, o trabalho desenvolvido é directamente com os consumidores de drogas em contexto de rua, num dos locais de consumo da cidade. As suas acções vão desde a troca de material de consumo, passando pela educação para a saúde, sensibilização e acompanhamento a estruturas de saúde, apoio social, no fundo vai tentando responder às necessidades imediatas (bem como as de longo prazo) dos consumidores que os procuram.

É um projecto marcado pela diferença relativamente a abordagens mais tradicionalistas desta problemática. As abordagens mais tradicionalistas procuram a abstinência como primeira premissa para o consumidor, elas estão num local físico fixo, tendo que ser o consumidor a ir ao seu encontro, estas características dificultam logo à partida que uns conjuntos de consumidores que não se enquadram nas características exigidas não as procurem. Por sua vez, os projectos em RRMD, através de uma abordagem humanista e pragmatista, trabalha e contacta no seu

---

<sup>1</sup> Ver autorização da instituição em anexo

ambiente com o consumidor de drogas e com a comunidade envolvente que lida com este fenómeno.

No que concerne às Equipas de Rua, ao trabalharem no seio da comunidade, são confrontadas com o descontentamento da comunidade envolvente nos locais onde se desloca, sendo por vezes também alvo do estigma que acompanha os consumidores.

Tendo em conta que em Portugal, nos últimos 10 anos, têm proliferado Equipas de Rua e de um modo geral projectos de RRMD, um pouco por todo o país, torna-se importante desenvolver o contacto com a comunidade que envolve os locais onde estas se deslocam e onde se inserem, só deste modo o seu trabalho alcança os seus objectivos. As equipas multidisciplinares, podem nesse sentido facilitar essa comunicação e essa mediação. Alguns trabalhos de cariz internacional, nomeadamente espanhóis (Sepúlveda *et al.*, 2008), mostram que para o desenvolvimento de um bom trabalho é crucial o envolvimento e colaboração de todos os elementos comunitários. Sendo que o fim de qualquer abuso de drogas é algo utópico, torna-se crucial apresentar novas propostas, respostas para problema reais.

No projecto de RRMD com Equipa de Rua onde este estágio decorreu, uma das dificuldades apresentadas era exactamente esta: a comunicação comunidade - equipa - consumidor. Era sentida a necessidade de estabelecer um contacto mais sistemático, principalmente com a comunidade onde os utentes da equipa se movimentavam.

Foi perante esta necessidade que o ante-projecto deste estágio nasceu - estabelecer uma mediação entre comunidade envolvente e consumidores. Inicialmente pretendia-se trabalhar, com os consumidores, e em contexto de rua, questões de cidadania; com a comunidade envolvente, perceber que tipo de dificuldades encontrava no relacionamento com os consumidores, bem como com a equipa de rua e procurar estratégias para estabelecer o diálogo entre estes agentes.

No entanto e como é normal em projectos na área social há contratemplos e reviravoltas que o educador não pode prever, nem deve negligenciar. A realidade, o presente não são estanques e exigem a capacidade de adaptação dos projectos.

No início do desenvolvimento do projecto de estágio, durante a participação numa reunião de equipa com a supervisora a nível autárquico, é apresentado um conjunto de problemas que a equipa tem vindo a identificar no terreno, surge por parte da autarquia a abertura para reflectir sobre possíveis soluções propostas pela equipa. Perante o problema dos

consumos em locais públicos no centro da cidade de Guimarães, a equipa do projecto IN-Ruas, propôs como possível resposta a criação de uma Sala de Consumo Assistido (SCA).

Posto isto, constatamos que se poderia modificar o projecto anteriormente traçado e redefini-lo de modo a que se percebesse como reagiria a comunidade nos seus diferentes elementos, desde moradores a consumidores da zona onde o IN-Ruas actua, a uma possível instalação, perceber se era necessária e se seria aceite. Tendo em conta a situação da altura e ponderada a utilidade e pertinência que este trabalho teria para a comunidade e para o projecto que acolhia o estágio o desafio foi aceite e por esse mesmo motivo foram alterados os objectivos. Quando em contexto de trabalho e sendo que um educador trabalha na e para a comunidade, neste caso específico só fazia sentido responder às exigências e alterar o inicialmente projectado para ir de encontro às mesmas.

A comunidade Vimaranesa, precisava deste primeiro olhar para poder reflectir A toxicodependência na cidade e no seu centro em especial, tem contornos específicos que exigem das equipas que trabalham nesta problemática a construção de uma verdadeira rede e exige da autarquia a preocupação pela procura e implementação de novas respostas.

O projecto apresentado neste relatório, proceder à recolha de informação, que permite aceder a um conjunto de opiniões comunitárias, de modo a percebermos se uma SCA deveria ou não ser implementada em Guimarães. Deste modo puderam ser desenvolvidas no futuro diversas acções de intervenção, tanto por parte equipa de rua, ou de qualquer outra entidade.

Ao longo deste relatório vão ser expostos conceitos que foram fundamentais para o delinear deste projecto, vão ser apresentados os instrumentos utilizados para a recolha de informação e os resultados obtidos. Divide-se em cinco partes.

Num primeiro momento será apresentada a instituição Sol do Ave onde decorreu o estágio, bem como o seu projecto de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) - IN-Ruas, onde este projecto de estágio germinou. É importante destacar o seu funcionamento, bem como a constituição da sua equipa pois permite entender o alcance do trabalho da mesma. A caracterização do seu público-alvo permite entender a escolha do público-alvo deste trabalho e os problemas que enfrentam enquanto comunidade. É ainda neste momento que apresentamos o projecto de estágio passando por objectivo, avaliação de necessidades e público-alvo.

Relativamente ao enquadramento teórico da problemática do estágio serão apresentados os conceitos teóricos discutidos e abordados neste trabalho passando por: a

RRMD, a sua génese, os seus pressupostos, as respostas que oferece, nomeadamente Equipas de Rua e Salas de Consumo Assistido. Passamos ainda por um conceito que surge nos processos de implementação - Not in my back yard (NIMBY) uma oposição comunitária, que surge muitas vezes em respostas para toxicod dependentes e que se manifesta relativamente à localização das estruturas, com o conceito surge claro, os processos de implementação destas resposta e os processos de familiarização.

Ao falarmos da metodologia utilizada neste projecto, expomos a metodologia de carácter qualitativo, bem como os pressupostos que levaram à sua escolha, métodos e técnicas como a entrevista e a observação.

Os dados recolhidos e a sua análise são apresentados com excertos das entrevistas. Seguindo-se as conclusões e ilações de todo o trabalho desenvolvido.

Nas conclusões finais apontamos o que resultou desde estágio nomeadamente para a instituição, para a comunidade e a nível mais pessoal.

Terminamos com um espaço para anexos que reúne os materiais que foram desenvolvidos ao longo do período de estágio.

## II. ENQUANDRAMENTO CONTEXTUAL DO ESTÁGIO

O presente relatório foi realizado no âmbito do estágio do Mestrado em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, no ano lectivo 2009/2010. O estágio teve a duração de 8 meses e desenvolveu-se num projecto de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) – In-Ruas, promovido pela Sol do Ave, e co-financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) no âmbito do Programa de Respostas Integradas. O projecto intervém no eixo da RRMD junto de consumidores de drogas, no centro da cidade de Guimarães.

### 2.1 Sol do Ave

Surge em 1992 na cidade de Guimarães, impulsionada pela associação de Municípios do Vale do Ave (AMAVE), que considerou ser relevante a criação de uma entidade que desenvolvesse a vários níveis sociais iniciativas que promovessem o desenvolvimento da região. Havia uma necessidade de modernização e inovação que não era promovida por nenhuma entidade.

Deste modo, e tendo como missão “Contribuir para a promoção do Desenvolvimento Integrado do Vale do Ave, adoptando práticas de trabalho em rede e de relacionamentos de proximidade, promovendo iniciativas mais inovadoras, inclusivas e de reforço da coesão territorial, materializando uma postura de responsabilidade social” ([www.soldoave.pt](http://www.soldoave.pt), consultado a 20 de Setembro 2011), a instituição tem desenvolvido ao longo do tempo, um conjunto de acções promotoras do desenvolvimento da região em diferentes áreas.

Com um leque variado de iniciativas, a sua organização interna reflecte as diversas áreas em que actua: Educação e Formação, Desenvolvimento Rural e Desenvolvimento Social.

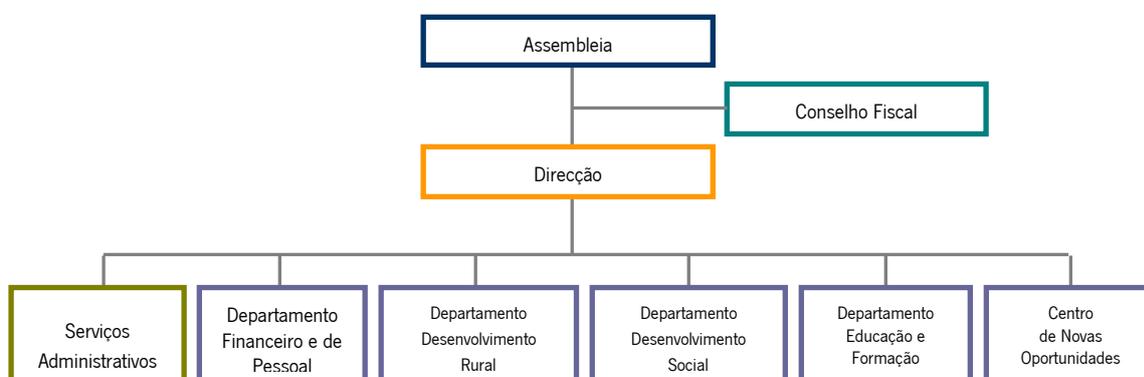


Figura 2 - Organigrama da instituição.

O Departamento de Desenvolvimento Social, no qual se enquadra o projecto onde se desenvolveu o estágio, tem como principal objectivo responder às necessidades identificadas em vários concelhos do Vale do Ave e de garantir uma maior coesão social do território. A actividade do Departamento privilegia em termos estratégicos, quer uma articulação estreita com todos os recursos locais susceptíveis de potenciar a sua actividade, quer uma relação de proximidade efectiva à população a quem se dirigem as suas iniciativas. (www.soldoave.pt, consultado a 20 de Setembro 2011)

O âmbito de acção deste Departamento é diverso, passando por: emprego e empreendedorismo, qualificação de públicos socialmente mais vulneráveis, intervenção familiar e parental, capacitação da comunidade e das instituições, animação sócio-cultural, promoção das novas tecnologias de informação e de comunicação, voluntariado, bem como a redução de riscos e minimização de danos (RRMD) junto da população toxicodependente. À data de desenvolvimento do estágio, estas áreas de actuação traduziam-se nos seguintes projectos: Territórios\_In, GIP (Gabinete de Inserção Profissional), Despertar e IN-Ruas (www.soldoave.pt, 20 de Setembro 2011,14:15).

### 2.1.1 IN-Ruas

Em 2007, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), levou a cabo, um diagnóstico nacional no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI): “... é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito do consumo de substâncias psicoactivas, que privilegia a existência de diagnósticos rigorosos que fundamentem a intervenção no território. A sua operacionalização obedece à implementação de fases sequenciais e é efectuada com a criação de Programas de Respostas Integradas (PRI)<sup>2</sup> em cada território” (www.idt.pt, consultado a 1 de Outubro de 2010) identificando três grupos de intervenção prioritária na cidade de Guimarães – toxicodependentes, sem-abrigo e jovens – e apontando como principais territórios de intervenção o Centro Histórico de Guimarães, o Jardim da Alameda e a Zona de Couros.

Estes territórios têm locais chave que proporcionam a concentração dos grupos alvo. No Centro Histórico de Guimarães, a Cantina Económica é marcadamente o local onde sem abrigo e toxicodependentes fazem as suas refeições, acabando por circular e organizar de algum modo

---

<sup>2</sup> “ ...entende-se por PRI uma intervenção que integra respostas interdisciplinares, de acordo com alguns ou todos os eixos (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção), e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário.” (www.idt.pt consultado a 1 de Outubro de 2010)

o seu dia-a-dia nas imediações, enquanto o Jardim da Alameda e a Zona de Couros são identificados como locais de encontro e consumo de toxicod dependentes e/ou sem abrigo.

Este diagnóstico, permitiu identificar na cidade grupos que têm potencialmente comportamentos de riscos e os territórios onde é possível encontrá-los e, portanto, locais preferenciais de actuação, sendo as freguesias de Oliveira do Castelo e S. Sebastião (representam o centro da cidade) as visadas. Ficou assim validada a necessidade de desenvolver projectos para estes grupos, nestes territórios, sendo destacadas como respostas importantes a implementar uma equipa de rua, um centro de abrigo e um programa de prevenção para o público jovem: “Considera-se importante definir um plano operacional integrado nos diferentes eixos de intervenção – prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos. Destaca-se (...) a criação de uma equipa de rua que dará resposta a todo o concelho de Guimarães ou às freguesias sinalizadas pelas Instituições do concelho, como sendo áreas de tráfico, consumo e prostituição.” (PORI, 2007, p.9).

É portanto neste âmbito que a Instituição que anteriormente apresentamos promove o projecto, que, no eixo da Redução de Riscos e Minimização de Danos, desenvolve a sua acção através de uma equipa de rua. A par deste, surgem em Guimarães, no âmbito do Programa de Respostas Integradas, o projecto IN-Formar, promovido pela ADCL, e o projecto IN-Leme, promovido pelo Lar de Santo António, nos eixos da Prevenção e da Reinserção, respectivamente.

### **2.1.2 População-alvo**

Relativamente à população acompanhada pelo projecto, podemos caracterizá-la do seguinte modo: “(...) na sua maioria do sexo masculino – em 245 utentes apenas 19 são mulheres – e as idades compreendem-se entre os 19 e os 55 anos. São maioritariamente indivíduos provenientes de contextos de precariedade económica, social e familiar, com baixos níveis de escolaridade e socialmente estigmatizados. Alguns, a vivenciar situações de exclusão social extrema, são sem-abrigo. Com longas histórias de consumos, apresentam alguns problemas graves de saúde para além da dependência. (...) Decorrente de uma dinâmica entre um estilo de vida marginal e uma reacção social negativa que foi sendo interiorizada, verifica-se uma resistência quase generalizada em recorrer aos serviços de saúde existentes. Os serviços sociais são mais procurados. (...) Ao nível económico, muitos destes indivíduos estão em situação de desemprego, sendo que a maioria recebe o Rendimento Social de Inserção. As

principais actividades para angariação de dinheiro são sobretudo a arrumação de carros e o pequeno tráfico de droga.” (IN-Ruas, 2010, p.17).

No decorrer do projecto de estágio através da observação (registada em diário de campo), bem como das entrevistas efectuadas, podemos acrescentar a esta caracterização, que vêm de famílias desestruturadas, e na sua maioria oriundos de freguesias vizinhas. Muitos passam o dia na cidade para fazerem algum dinheiro, arrumando carros ou com outro qualquer “biscate”, e à noite regressam à casa de familiares. Outros mudaram-se para a cidade, vivendo em quartos alugados ou na rua, utilizando os mesmos meios para angariar dinheiro.

Verifica-se ainda que: “... a intervenção de terreno tem confirmado as práticas normalmente apontadas a estes indivíduos: numa análise generalizada, e salvaguardando as excepções, trata-se de uma franja da população com um baixo nível de auto-cuidado, desde os cuidados de higiene à apresentação física, até aos cuidados básicos de saúde, nomeadamente a alimentação. Este défice no auto-cuidado tem implicações óbvias na prevenção (ou ausência dela) de doenças infecciosas e outras. Os comportamentos de risco são muito frequentes, quer nas práticas de consumo, quer nas práticas sexuais, ainda que se verifique uma crescente preocupação em adoptar comportamentos mais seguros.” (*id.*, p.18).

A grande maioria, apesar de um pouco alheada dos recursos de saúde (centros de saúde, médico de família, hospital, entre outros), encontra-se inscrita no Centro de Respostas Integradas (CRI) e frequenta programas de alto ou baixo limiar de metadona<sup>3</sup>. Estes programas pressupõem o acompanhamento por parte de médicos e técnicos, bem como rastreios.

Relativamente à comunidade envolvente, focamos a nossa atenção nas freguesias de S. Sebastião e Oliveira do Castelo, por serem as freguesias de área de intervenção da Equipa, representando o centro.

Tendo em conta a análise do PORI relativamente a 2007, as freguesias tanto de S. Sebastião como de Oliveira do Castelo, tem uma população maioritariamente idosa, sendo que a população ainda activa dedica-se sobretudo ao sector terciário e secundário.

Sendo freguesias centrais da cidade dispõem de bons acessos a meios de comunicação, redes de transportes públicos, acessos às redes públicas de saneamento e água. Aponta-se também para uma boa iluminação e bom policiamento (Policia Municipal e PSP), bem como pólos de cultura assim como centros comerciais e centros de solidariedade social diversos,

---

<sup>3</sup> No âmbito da RRMD, os programas de Substituição em baixo limiar de exigência procuram reduzir os consumos de heroína através da administração de cloridrato de metadona. Esta medida, sendo de baixo limiar procura ser de grande “acessibilidade” e sem exigir abstinência, permiti uma aproximação o consumidor e uma “...regularidade dos contactos com os profissionais...” (IDT, 2010, p.27)

tendo uma vasta rede de estruturas de saúde (Unidade de Saúde Familiar, Hospital, Farmácias) (PORI, 2007).

Na Freguesia de Oliveira do Castelo devido à prevalência de serviços de restauração variados, encontra maiores problemas na população jovem e que durante os fins-de-semana frequentam o local. Quanto a população toxicodependente e sem-abrigo, são visíveis como em outros locais da cidade sobretudo na zona da cantina económica, "...existência de arrumadores de carros naquele local, a existência de situações de tráfico e drogas e a prevalência de consumos de novas drogas. "...indica ainda a existência de indivíduos com historial de longos consumos." (PORI, 2007, p. 7).

Relativamente à freguesia de S. Sebastião a prevalência de população toxicodependente é visível sobretudo na zona do "Túnel"- Couros sendo até este um dos motivos que leva a equipa a actuar nessa zona.

Segundo o PORI (2007, p.11) esta freguesia apresenta maior número de população idosa caracteristicamente mais frágil e insegura é nela que se encontram a maioria das queixas relativamente à insegurança: " Este grupo etário demonstra uma maior insegurança e medo, pelo que uma equipa de rua e a interligação com as forças de segurança seria o indicado no desenvolvimento das intervenções para estes contextos."

## **2.2 Objectivos, actividades e funcionamento**

Sendo um projecto de RRMD, o projecto integrado no âmbito do estágio, desenvolve uma acção de proximidade junto dos consumidores de drogas, nos seus locais de consumo, através de uma equipa de rua, tendo como principais objectivos:

- 1) Facilitar o acesso a materiais e estratégias de redução de riscos a utilizadores de drogas (UD);
- 2) Reduzir riscos associados ao consumo de drogas e às práticas sexuais;
- 3) Aumentar a aproximação dos UD a estruturas sociais e de saúde<sup>4</sup>.

É objectivo transversal deste projecto que a restante comunidade envolvente seja protegida, de material de consumo perigoso abandonado (seringas, entre outros), promovendo a

---

<sup>4</sup> A estes objectivos acrescem ainda o de aprofundar o conhecimento em torno do perfil e vivências dos UD – concretizado através de um estudo realizado pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, em parceria com a Câmara Municipal de Guimarães –, e o da divulgação dos resultados do projecto e reflexão sobre os mesmos, materializado no Seminário IN-Guimarães: Drogas e Respostas, realizado em Junho de 2010.

troca, recolhendo e sensibilizando os seus utentes para importância de não abandonarem material, nomeadamente através de acções de limpeza em locais de consumo.

O trabalho da Equipa divide-se em trabalho de terreno, preparação de todos os materiais necessários, encaminhamentos, acompanhamentos e tratamento da informação para avaliação do projecto. No terreno, a Equipa implementa acções como troca de seringas e distribuição de material asséptico<sup>5</sup>, troca de pratas<sup>6</sup>, disponibilização de preservativos e encaminhamentos para diversas estruturas sociais e de saúde. Procura ainda suprir algumas necessidades imediatas através de um pequeno lanche e de disponibilização de vestuário.

Este trabalho de proximidade permite, estando no local de consumo, chegar a consumidores que não procuram ou não aderem às respostas consideradas tradicionais. O respeito pelo consumidor de drogas, pela sua vontade e pelo momento em que se encontra, potencia o estabelecer de uma relação que é a base do trabalho desenvolvido: "(...) esta relação constitui a matriz a partir da qual todo o trabalho emerge e sem a qual todo ele deixa de fazer sentido." (Pinto & Peixoto, 2003, p.55).

São estes os factores que potenciam que o consumidor efectue um consumo mais seguro e higiénico através do material disponibilizado, tenha educação para a saúde e encontre na equipa multidisciplinar<sup>7</sup> um leque de respostas e ajudas para os seus problemas de dia-a-dia ou simplesmente uma conversa que serve de condutor para a abordagem a outras temáticas como a saúde e os seus consumos, as suas condições de vida, entre outros.

A equipa de rua desloca-se para o terreno três vezes por semana – Segunda, Quarta e Sexta –, permanecendo durante 1 hora num local de consumo, na Zona de Couros na Freguesia de São Sebastião<sup>8</sup>. Este local foi acordado entre equipa e utentes após um período inicial de exploração de terreno, por ser um local onde a grande parte dos consumidores se desloca para consumir e comprar substâncias. A periodicidade das deslocações e o tempo que se encontra no terreno foi, por um lado, ajustada às necessidades dos utentes e, por outro lado, uma imposição das limitações de recursos humanos e materiais do projecto.

---

<sup>5</sup> Material devidamente esterilizado para o consumo injectado, fornecido no âmbito do Programa "Diz não a uma Seringa em 2ª mão", da responsabilidade da Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, da Associação Nacional de Farmácias e do Instituto da Droga e da Toxicod dependência.

<sup>6</sup> O papel de alumínio ou "prata" na giria, é utilizado para o consumo fumado de heroína ou base de cocaína.

<sup>7</sup> Em termos de meios humanos a equipa é constituída por uma psicóloga (coordenadora do projecto), a tempo inteiro, e uma assistente social e um enfermeiro, ambos a meio tempo. A equipa conta ainda com a colaboração de duas voluntárias (uma licenciada em Animação Sócio-Cultural e uma licenciada em Serviço Social) e duas estagiárias (uma de Serviço Social e uma de Educação) no trabalho de terreno.

<sup>8</sup> O Centro Histórico de Guimarães é constituído por mais freguesias, mas dada a sua dimensão e fazendo parte do centro, torna-se difícil fazer uma distinção pois esta população movimenta-se por todo o território. Foram seleccionadas estas duas por serem palco de locais de consumo sinalizados pelo PORI e de maior concentração.

## 2.3 Área de Intervenção/ Investigação

Os conceitos que vamos explorar em seguida, centram-se na Redução de Riscos e Minimização de Danos, nos seus propósitos, nas suas respostas e no modo como estas são implementadas na comunidade. Exploramos as interacções que se desenvolvem entre consumidores de drogas e restante comunidade, os conflitos que as respostas de RRMD suscitam na comunidade quando implementadas em determinadas zonas geográficas. É essencial perceber a importância da RRMD, às alternativas que traz em relação às respostas tradicionalistas e o que acarretam junto da comunidade, benefícios e complicações para consumidores e população envolvente.

### 2.3.1 Redução de Riscos e Minimização de Danos

A Redução de Riscos e Minimização de Danos é “...política social que visa diminuir, atenuar ou controlar os efeitos negativos do consumo de drogas, que se traduzem em problemas na esfera social ou na perspectiva individual do consumidor.” (Newcombe, 1995; O’Hare, 1995, citados por Fernandes & Ribeiro, 2002, p.58).

Assume duas vertentes, a do consumidor e a da comunidade. Ao nível do consumidor, não conseguindo ou não querendo a abstinência, pode ver minimizados os danos do acto de consumir e da substância, tendo acesso a material “limpo”, a programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência, a rastreios, entre outras respostas que serão exploradas mais à frente neste relatório. No que concerne à comunidade, a RRMD procura diminuir os riscos associados ao consumo, numa lógica de saúde pública. As respostas apresentadas no âmbito desta política social reflectem este duplo olhar.

A génese das diferentes respostas de RRMD, tem uma lógica de funcionamento em rede. Elas estão pensadas para uma franja muito problemática da população consumidora e procuram actuar e suprir lacunas das outras respostas mais convencionais ou tradicionalistas que, por diversos motivos, falharam com estes indivíduos.

As respostas fundamentam-se, portanto, em dois valores primordiais: Humanismo e Pragmatismo. Humanismo, para com o consumidor que não deixa de ser um humano preservando “...no toxicodependente a consciência da sua própria dignidade...” (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, 1999, citado por Cruz, 2005, p.67), e Pragmatismo porque estas respostas são fundamentadas em realidades práticas do dia-a-dia do consumidor e reduz

os efeitos do consumo, bem como a propagação de doenças infecto-contagiosas bem como a criminalidade associada ao consumo. (*id.*)

### 2.3.2 Educação de Adultos e Intervenção Comunitária e RRMD

Torna-se impossível separar a RRMD de um conceito de Intervenção Comunitária. A comunidade é o objecto de intervenção da RRMD, reflectindo-se no facto de trabalhar para ela, com ela e nela. O consumidor está inserido num meio, num ambiente que torna “seu” e ao mesmo tempo partilha com a restante comunidade.

A relação entre comunidade envolvente e consumidores de drogas raramente é pacífica, existe a dependência de substâncias, existe o estilo de vida *junkie* como nos diz Luis Fernandes: “O *junkie* caracteriza-se por organizar toda a sua vida em função da sequência compra-chuta-curte-ressaca-compra.” (Fernandes & Ribeiro, 2003, p. 60) portanto, vai contra todo um sentido de vida normativo que a restante comunidade tem e de certo modo exige aos seus membros. O consumo de drogas e a falta de controlo do *junkie* origina a desconfiança em relação a ele seja constante.

Este factor determinante da relação *junkie* / comunidade, faz com que ele seja visto pela comunidade com um olhar de desconfiança: “...a população, ao ter receio do drogado, o tem em primeiro lugar por razões sanitárias – ele contribui para a degradação ecológica do bairro, cujo ícone mais forte são as seringas espalhadas ao acaso.” (*id.*)

A desconfiança que se gera na comunidade em relação ao consumidor é semelhante á que surge quando se trata de respostas menos tradicionais, as respostas de RRMD, geram facilmente junto da população desconfiança e receio. Estas respostas, que iremos explorar noutro capítulo deste trabalho, podem ser de várias índoles, mas a sua base de trabalho é a proximidade e a resposta pragmática ao consumidor, deste modo é vista não rara vezes de um modo errado como um incentivo ao consumo ou convivência com o mesmo.

Como vimos anteriormente, a degradação a vários níveis da vida e do que rodeia o consumidor (os espaços geográficos onde consome, o aspecto físico descuidado, a falta de higiene, os utensílios de consumo, entre outros aspectos), levam a que se crie uma “imagem padrão”, imagem essa leva ao “medo” e estigma que se cria em redor do consumidor e consequentemente alastrasse ao conjunto de respostas mais ou menos consensuais da RRMD. Respostas, como equipas de rua ou salas de consumo assistido, quando se pretendem

movimentar ou instalar em determinado espaço, são não raras vezes mal recebidos pelos “vizinhos”.

Este mal-estar causado pelas respostas de RRMD é uma reacção social um comportamento, já identificado e estudado (por exemplo Sepúlveda *et al.* (2008), que enquanto profissionais da área foram encontrando e estudando ao longo do seu trabalho, as dificuldades na implementação destas respostas) – NIMBY( *Not in my back yard*) é definido como: “... conjunto de actitudes y comportamientos sociales y comunitarios de oposición ha sido estudiado (...) Este término describe un tipo de oposiciones que no pone forzosamente en entredicho la utilidad de una instalación o servicio, sino solamente su localización en un lugar preciso.” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.30). Portanto, é um comportamento comunitário que se opõe à instalação de um serviço, neste caso para consumidores de drogas, num determinado lugar. Este fenómeno NIMBY foi estudado noutro tipo de implementações que causaram polémica entre as comunidades, como por exemplo a implementação de incineradores. No caso do ambiente e que, então foi muito discutido em Portugal, todos se lembram das manifestações que os populares levaram a cabo nas cidades onde era decidido proceder à sua instalação. O tipo de oposição é despoletado pelo mesmo tipo de sentimento, medo do desconhecido, das conseqüências negativas e mesmo reconhecendo que é uma necessidade ou que pode ser uma parte da solução para um determinado problema preferem que não esteja perto fisicamente, não na sua cidade, não na sua rua.

O presente trabalho centra-se em grande medida nesta questão: como receberia a comunidade Vimaranesa uma resposta específica de RRMD como uma sala de consumo assistido? Verificar-se-ia o fenómeno NIMBY?

### **2.3.3 Avaliação de Necessidades e Definição de Objectivos**

As necessidades foram avaliadas com base nas reuniões de equipa, onde eram discutidos todos os pontos importantes relativos ao trabalho de terreno e do âmbito do projecto que este estágio integrou. O diagnóstico baseou-se, portanto, nas necessidades apresentadas pela equipa: enquanto projecto de intervenção comunitária, o IN-Ruas sublinhou a importância de trabalhar a comunicação entre consumidores, equipa de rua e comunidade envolvente, tendo sentido algumas dificuldades nesse processo desde o início do projecto. O contacto com a população envolvente foi sendo deixado para segundo plano, dando-se primazia à intervenção com os

consumidores de drogas. Desde modo foi possível uma aproximação, conhecimento e envolvimento nas vivências e problemáticas dos consumidores.

Neste sentido, o ponto de partida para o desenvolvimento do Projecto de Estágio proposto era a comunicação e intervenção com a comunidade envolvente da área territorial de intervenção do projecto – São Sebastião e Oliveira do Castelo, e com os consumidores de drogas. Esta proposta inicial foi desenvolvida, e perante as novas possibilidades e desafios, alterada.

A definição de objectivos é fulcral para delinear as acções do projecto, já que eles são orientadores da acção: “As práticas de determinação de objectivos privilegiam a recolha (e eventualmente a análise) de informações relativas ao estado de partida do objecto, da situação ou da realidade que se pretende transformar.” (Barbier, 1996, p.59).

Com as alterações feitas ao projecto inicial, os objectivos foram reformulados com o projecto IN-Ruas, seguindo no entanto a génese e o propósito inicial. Tendo como grande finalidade auscultar os agentes sociais relativamente à implementação de respostas de Redução de Riscos e Minimização de Danos em Guimarães, foi delineado como objectivos geral:

- Conhecer a receptividade dos agentes sociais face à implementação de uma Sala de Consumo Assistido (SCA), em Guimarães.

Tendo por base a certeza de que um diagnóstico é fundamental para que se possa intervir de modo consciente e eficaz, mostrou-se basilar auscultar todos os intervenientes nestas questões para termos um primeiro olhar sobre a problemática. Intervir sobre uma realidade que apresenta novas possibilidades, partir para um processo de intervenção sem explorá-las seria ignorar toda uma nova realidade. Por outro lado, o conhecimento sobre esta realidade (SCA) era mais útil tanto para o projecto que acolheu o estágio, como para as circunstâncias que se evidenciavam.

O resultado deste projecto pretende ser um instrumento de trabalho para que no futuro se possa desenvolver não só uma mediação com a comunidade como um processo de implementação de novas respostas pensadas e projectadas com o envolvimento da comunidade local. Promover a discussão no seio de uma comunidade é também promover a cidadania, a mudança e o crescimento da mesma (Freire, 1979).

É fundamental acompanhar e ajudar as comunidades a despoletarem no seu seio esta consciência e a capacidade de se desenvolver, de encontrar respostas para os seus conflitos e lacunas. “O trabalhador social que opta pela mudança não teme a liberdade, não prescreve, não

manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive.” (*id.*, p.51). Princípios estes, que devem pautar o trabalho social e comunitário, e que a formação em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária fazem transparecer.

Para a realização deste objectivo e destas acções foi crucial a inserção na equipa de rua, pois permitiu, através da observação participante, aceder a um conjunto de saberes que, de outro modo, não teria sido possível, nomeadamente: o estilo de vida *junkie* (histórias de vida, hábitos, rotinas, consumos, entre outros); o trabalho desenvolvido pela equipa de rua (enquanto resposta de RRMD) junto dos consumidores de drogas; as reacções e comportamentos da comunidade envolvente e dos próprios consumidores.

Em síntese, o projecto nasce do conjunto de todas estas interacções, motivações e necessidades. Pretendemos ter uma nova visão sobre uma temática ainda pouco explorada em Portugal – Sala de Consumo Assistido e NIMBY – numa comunidade concreta e sobre a qual se apresentam novas exigências e como tal novas respostas e soluções.

A importância deste trabalho prende-se, com a relevância e impacto que a discussão deste assunto pode ter na comunidade Vimeirense, pelo que este trabalho de estágio foi realizado com a expectativa de ser um motor de discussão para toda a comunidade.

Todo o projecto se enquadrou e fez sentido no âmbito do plano e objectivos já traçados pelo projecto IN-Ruas, complementando-se de uma forma que conduz ao equilíbrio desejado entre a investigação e a acção.



### III. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO ESTÁGIO

#### 3.1 Redução de Riscos e Minimização de Danos

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) surge em meados da década de 80 do século XX, com o crescente aumento de pessoas infectadas pelo VIH-SIDA, tendo muitos países reconhecido a necessidade de estratégias mais práticas e mais adaptativas com vista à redução do risco de transmissão de VIH entre utilizadores de drogas injectáveis.

Surge por vontade e iniciativa de grupos de consumidores organizados, na Holanda, sendo acolhida pelos profissionais que trabalhavam na área, por ser reconhecida a necessidade de existirem respostas para consumidores de drogas que não se reviam nos outros programas e que não eram por isso abrangidos. Com a deterioração da saúde dos próprios e também com a da comunidade dos meios em que se movimentavam (Ocón, 2001), procurava-se um programa que não implicasse necessariamente a abstinência e que minimizasse os riscos dos consumos.

O modelo de redução de riscos e minimização de danos (RRMD) “tem como principal objectivo prevenir ou reduzir a incidência e severidade dos problemas associados com o consumo de drogas” (OMS, citado in *id.*, p.27). Este posicionamento reconhece a liberdade e o direito individual ao consumo de drogas, assumindo a importância de facilitar meios e condições para minimizar os riscos e danos do consumo, entre aqueles que não podem ou não o querem abandonar. Neste sentido, o seu princípio fundamental consiste na modificação dos conhecimentos, atitudes e comportamentos das pessoas, grupos e comunidades, dando importância à saúde do indivíduo e da comunidade para diminuir os danos.

Embora possamos falar em diversos modelos de RRMD<sup>9</sup>, segundo Marlatt (1998) existem cinco princípios básicos que lhes são transversais:

1. “ (...) é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/ criminal e de doença do uso de dependência de substâncias”: a RRMD oferece uma alternativa prática ao modelo moral, uma vez que desvia a atenção do uso de substâncias em si (encarado como imoral ou ilegal) para as consequências/ efeitos do comportamento adictivo; do mesmo modo, é uma alternativa ao modelo de doença, no qual a única meta aceitável é a abstinência, oferecendo uma abordagem

---

<sup>9</sup> Modelo holandês, modelo do Reino Unido, modelo canadense e modelo australiano (Marlatt).

pragmática de saúde pública já que defende políticas e procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do comportamento adictivo.

2. “ (...) reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos”: qualquer movimento em direcção à diminuição dos efeitos ou das consequências prejudiciais do uso de substâncias é incentivado como sendo um passo na direcção certa, no qual a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um *continuum*. A exigência da abstinência do indivíduo a fim de receber o tratamento é uma abordagem de “alta exigência” a qual se torna, muitas vezes, um obstáculo para aqueles que procuram ajuda. Reconhecendo esta realidade, admite-se que importa criar abordagens complementares para além das dirigidas exclusivamente ao abandono do consumo. A RRMD é um “conjunto de medidas que têm como objectivo não propriamente combater o consumo – que é o propósito das políticas preventiva, terapêutica e punitiva – mas sim e apenas limitar os seus efeitos, social e individual negativos.” (Costa, 2001, p.54). Enquanto outros programas vêm na abstinência o único meio de encarar e tratar a toxicoddependência, a RRMD, aparece como resposta para aqueles que sendo consumidores de drogas problemáticos, levando um estilo de vida *junkie* (Fernandes & Ribeiro, 2002), e trazendo com eles todo um historial de tentativas de desintoxicações ou o facto de não quererem parar de consumir naquele momento ou não se encontram próximos ou sequer procuram as estruturas de encaminhamento ou saúde, terem nela uma resposta viável, centrada neles e no seu modo de vida.
3. “ (...) surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo” promovida pelos que concebem as políticas das drogas”: entre vários outros programas de RRMD que surgiram de intenções de saúde pública com base comunitária que apoiam os dependentes e as suas comunidades, está por exemplo o programa de troca de seringas<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Começou nos Países Baixos em resposta às informações oferecidas pelos toxicoddependentes que pertenciam ao grupo *Junkiebond*, os quais defendiam mudanças nas políticas das drogas que permitissem a troca legal de seringas a fim de reduzir o risco de infecção por VIH (Marllat, 1999).

4. “ (...) promove o acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência”: os programas comunitários de rua, como as equipas de rua, são um exemplo de abordagem de baixa exigência na RRMD. Assim, a RRMD oferece um enfoque que normaliza comportamentos de alto risco, colocando-os no contexto dos hábitos adquiridos, reduz o estigma associado à busca de ajuda para este tipo de problemas e estabelece parcerias e cooperação com a população alvo no desenvolvimento de novos programas ou serviços. Quaisquer mudanças que uma pessoa se sinta capaz de realizar, na direcção da RRMD são apoiadas.
  
5. “A RRMD baseia-se nos princípios do pragmatismo empático *versus* idealismo moralista”: o pragmatismo não pergunta se o comportamento é certo ou errado, mas parte da premissa de que algumas pessoas sempre usaram substâncias e continuarão a fazê-lo e portanto, aceitar esse comportamento e outros potencialmente prejudiciais ocorrem “como um facto de vida”. No entanto, ao invés de rotular as pessoas permite colocar a questão “o que podemos fazer para reduzir as consequências prejudiciais para os indivíduos”? “O pragmatismo desta nova aproximação ao fenómeno do consumo de drogas pretende, portanto, ultrapassar os critérios morais e não científicos responsáveis pela definição arbitrária daquilo que pode ou não ser um comportamento aceitável.” (Cruz, 2005, p.66)

A RRMD encara de frente a realidade e coloca as medidas necessárias em acção de modo a centrar as suas acções no sujeito, no consumidor, naquele que usa as drogas. Vai de encontro a ele ao contrário de outras políticas que esperam que o consumidor venha ao seu encontro. (*id.*) Para além disso, este tipo de intervenção encontra fundamentação na questão sanitária e de saúde pública<sup>11</sup> – trata-se de uma abordagem que, ao reduzir os comportamentos de risco junto da população toxicodependente, reduz os riscos sociais e sanitários para a comunidade envolvente (Cruz, 2005).

---

Em Portugal iniciou-se a intervenção nesta área de missão em Outubro de 1993, através de uma parceria entre a Associação Nacional de Farmácias e a Comissão Nacional de luta contra a Sida que iniciaram programas de troca de seringas nas farmácias que tinham aderido a este programa. Ainda hoje, esta resposta existe, mas de forma desigual no conjunto do nosso país.

<sup>11</sup> Um estudo realizado em 2002 relativo ao impacto do *Programa diz não a uma seringa em segunda mão* diz: “estima-se terem sido evitadas mais de 7000 novas infecções por VIH durante cerca de 8 anos de existência do programa DNSSM, por cada 10000 UDI [Utilizadores de Drogas Injectadas]; (...) a tradução económica deste benefício poderá ter sido superior a 400 milhões de euros de poupança nos recursos financeiros alocados ao tratamento dos doentes infectados pelo VIH/SIDA”. (IDT)

Assim, a RRMD pode ser aplicada e ser agente de respostas em três níveis: 1) o trabalho junto dos consumidores, para reduzir os comportamentos nocivos (ex.: explicar como se deve injectar de forma segura e higiénica); 2) modificar o próprio ambiente, de modo a disponibilizar condições mais seguras reduzindo os riscos (ex.: salas de consumo assistido); 3) alterar as políticas e as leis de modo a reduzir os riscos tanto para o indivíduo como para a restante sociedade de modo (ex.: alteração da lei de penalização do consumo) (Marlatt, 1999).

Em suma, os objectivos da redução de riscos consistem em diminuir os riscos e danos relacionados com o consumo de drogas e os seus padrões de consumo (quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo), melhorando a qualidade de vida dos toxicodependentes (estado de saúde e situação social) e reduzir os efeitos prejudiciais para a comunidade.

### 3.1.1 Desenvolvimento da RRMD em Portugal

O sucesso das abordagens inovadoras de saúde pública introduzidas na Europa (em particular nos Países Baixos e Reino Unido) e na Austrália, como os programas de troca de seringas e prescrição médica de substâncias psicoactivas, estimularam o desenvolvimento do modelo de RRMD (Marlatt, 1999). Em Portugal, tal como noutros países da Europa, a RRMD começou a adquirir alguma visibilidade no final da década de 80 do século passado, no entanto, a sua difusão e implementação tem sido morosa e faseada (Borges & Filho, 2004).

A Europa é sem dúvida o continente onde a RRMD é mais consensual em termos de práticas e de implementação. As diferentes respostas, com vários graus de aceitação, vão-se difundindo com maior incidência no sul e centro da Europa. Este reconhecimento da RRMD deve-se, em parte, ao facto de modelos como o penal se terem revelado um fracasso no que concerne ao combate ao consumo (Marlatt, 1999).

Em Portugal, a emergência da RRMD deu-se de forma lenta e com algum atraso em relação a outros países da união europeia. Segundo Barbosa (2009), este facto deve-se a diferentes factores, por um lado os “...efeitos da SIDA não se fizeram sentir da mesma forma” portanto de modo mais moderado, e por outro lado, a política nacional de drogas nunca se direccionou nesse sentido. Esta foi uma prática que se foi desenvolvendo um pouco na “clandestinidade” em meados de 1970 e desse modo se foi mantendo com algumas evoluções até meados dos anos 90. Tudo isto foi possível graças a profissionais pioneiros e com a força do voluntarismo.

Passou-se, então, a uma fase de carácter “experimental”, motivada por uma certa legitimação política e resultados positivos que foram sendo obtidos junto dos consumidores de drogas. Este é um período propício à implementação de muitos programas o que foi também resultado do número crescente do consumidores infectados com VIH (Barbosa, 2009).

No início de 2000, a discussão pública sobre a crescente problemática com consumidores de drogas ao nível da saúde e da criminalidade fazem com que se dê a legitimação política da RRMD, com a publicação em Diário da República da regulamentação desta resposta e dos seus projectos. O Decreto-Lei nº 183/2001 de 21 de Junho de 2001 contempla as seguintes respostas de RRMD: Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; Centros de acolhimento; Centros de abrigo; Pontos de contacto e de informação; Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; Programas de substituição em baixo limiar de exigência; Programas de troca de seringas; Equipas de rua; Programas para consumo vigiado. É pois, nesta fase de regulamentação, que uma série de projectos que antes tinham um carácter experimental proliferam um pouco por todo o país (Barbosa, 2009). Apesar de toda uma reflexão que foi levada a cabo na sociedade portuguesa e que levou a modificações consideráveis nas políticas de combate à toxicodependência, como a despenalização do consumo, prevalece, como nos indica Barbosa (2009, p.34), um conjunto de constrangimentos que impedem que a RRMD em Portugal se fortaleça e solidifique permitindo o desenvolvimento de redes e de programas comuns nacionais e a isso muito se deve o facto de este não ser um “... conceito pacífico em termos políticos e ideológicos.”

### **3.1.2 RRMD e Comunidade**

Como já ficou patente pressupõe respostas de proximidade para alcançar os seus objectivos a RRMD,. Ela procura conhecer e adaptar-se às circunstâncias de vida do consumidor e chegar a ele no seu meio. O problema das respostas de RRMD está patente quando avança para o terreno: tornam muitas vezes o “problema” visível aos olhos da restante comunidade. O desejo da comunidade é de que o consumidor e o problema “droga” desapareçam e, ao instalar-se junto do consumir um serviço destes, faz com que se pense que este promove a manutenção e constância da problemática e não a sua resolução, pois não retira os consumidores do local. “ A abstinência deseja-se mas não se impõe, o consumo tolera-se mas não se aceita” (Cruz,

2005, p.67), esta expressão representa bem, por um lado, a visão da RRMD e, por outro, o da comunidade envolvente.

Se a nível político foi complicado a legitimação da RRMD, mais ainda se manifesta a nível social. A falta de legitimidade política e os constrangimentos em assumir publicamente as respostas previstas e as que são efectivamente implementadas revela-se na falta de “...incentivo político para implementar medidas mais audazes...” (Barbosa, 2009, p.34). Sendo o estado o principal impulsionador e promotor das estruturas de saúde, sociais e de ordem cívica (e nestes casos também de saúde pública) partimos do princípio: “... *que los agentes de gobierno o de la administración están interesados legítimamente en generar inversiones de interés colectivo para la ciudad o la comunidad amplia, y que, de acuerdo a ello y dentro del campo de la lucha representativa y electoral, compiten con otros agentes políticos sobre la mejor manera de promover el bien público, tenemos a un agente gubernamental que, por decisiones de agenda, y de acuerdo a critérios técnicos y/o políticos, decide implantar un bien de uso colectivo ....*” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.28).

Esta falta de legitimação, pode ser mais um factor de desconfiança para a comunidade que recebe uma resposta de RRMD.

O receio que muitas vezes se tem do “drogado” reflecte-se neste tipo de respostas que se querem mais próximas do consumidor e, conseqüentemente, da comunidade: “...a população ao ter receio do drogado, o tem em primeiro lugar por razões sanitárias – ele contribui para a degradação ecológica do bairro, cujo ícone mais forte são as seringas espalhadas ao acaso.” (Fernandes & Neves, 1997,1999, citado por Fernandes & Ribeiro, 2002, p. 61).

Essa degradação do bairro, do espaço partilhado por toda a comunidade, está patente nos espaços que o drogado utiliza na sua rotina: para consumir – casas abandonadas, becos escuros e isolados, sítios que pela sua função estão invariavelmente sujos, degradados, pouco frequentados por quem não “anda no andamento” (Fernandes & Araújo, 2010); para “trabalhar” – parques de estacionamento, esquinas ou outros recantos que servem de local de tráfico ou passagem de produto compra/venda; para viver – o consumidor trás para a cidade dá à cidade toda uma nova utilidade, se assim lhe podemos chamar, ele “usa” a cidade em função do seu consumo. Essa rotina tem o seu próprio ritmo e estilo, ele é o *junkie*. “O *junkie* caracteriza-se por organizar toda a sua vida em função da sequência compra – chuta – curte – ressaca - compra.” (Fernandes & Ribeiro, 2002, p.60). Toda a inconstância que esse estilo de vida e rotina implica e a volatilidade do comportamento alterado por substâncias, traz o receio para a comunidade.

Todos estes factores levam a que, não raras vezes, exista uma oposição comunitária na implementação de respostas de RRMD. Por vezes ligadas ao tipo de respostas, por outras ao local geográfico da mesma.

Ao tipo de reacção comunitária que se verifica quando não se quer que um determinado serviço seja implantado em determinado local, designamos NIMBY – *Not in my back yard*. “Este término describe un tipo de oposiciones que no pone forzosamente en entredicho la utilidad de una instalación o servicio, sino solamente su localización en un lugar preciso.” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p. 30).

Prende-se esta oposição ao desgaste que a comunidade vivencia com o quotidiano de consumo e as inevitáveis consequências dessas práticas e com a falsa ideia de que um serviço destes, no seu território, servirá para perpetuar os problemas, dando assistência aos consumidores e atraindo novos consumidores: “Los niveles de aceptación y rechazo de los servicios es proporcional a las actitudes de las personas de la comunidad frente a estos colectivos, aunque dichas actitudes varían con el tiempo y a partir de otros acontecimientos.” (*id.*, p.31).

Tendo presente estas reacções, é fundamental fomentar o diálogo comunitário e promover a participação de todos os agentes comunitários: “As intervenções comunitárias dirigem-se à mobilização da comunidade para produzir respostas adaptadas aos problemas sócio-sanitários com que estão confrontados os seus habitantes. No campo da redução de danos, estas acções implicam uma colaboração entre profissionais, cidadãos e os usuários de substâncias ilícitas, criando uma rede que implicam um conjunto de actores que compõem o tecido social e local.” (IDT, 2010, p.16).

Podendo ser implementados vários tipos de respostas, conforme a especificidade das comunidades, neste contexto e para o trabalho de campo que foi desenvolvido, tendo em conta a realidade do território em que se movimentou, interessa-nos aprofundar duas respostas específicas: Equipa de Rua (porque o território Vimaranesense tem uma equipa de rua e por ser nela que se desenvolveu este trabalho de estágio) e Sala de Consumo Assistido (por se ter revelado através do trabalho de campo – da equipa de rua e através dos estudos como o de Sepúlveda *et al.* (2008), entre outros, uma resposta que serve de complementar ao trabalho já iniciado pela equipa no terreno).

### 3.1.3 Equipas de Rua

Uma das estratégias no que concerne à redução de riscos, passa pela proximidade. Isso mesmo é focado no *Manual de Boas Práticas em RRMD*, do Instituto da Droga e da Toxicod dependência: “Promover modelos de proximidade e de procura em vez de modelos de espera (Ser «*centrí fugas*» - procurar aproximar as estruturas ao consumidor de drogas – mais que «*centrí petas*» - procurar que os consumidores se aproximem dos centros assistenciais)” (2010, p.15). As respostas no âmbito da RRMD, nomeadamente as Equipas de Rua, são um dos meios mais representativos, pois vão para o terreno, para o território do consumidor, ao seu encontro.

No caso das Equipas de Rua o seu trabalho de proximidade é notório. Equipas multidisciplinares (é fundamental que existam equipas com elementos de diferentes áreas dada a complexidade dos problemas que surgem) num determinado território psicotrópico: “...são lugares urbanos onde é visível a ocorrência de actividades ligadas às drogas, desde o comercio ao consumo, passando pelo convívio e pela ocupação do tempo tendo como elemento importante do encontro de drogas ilegais; alguns desses lugares são ao mesmo tempo etiquetados como «de drogados» pelo rumor social a respeito dos temas da insegurança urbana, dos comportamentos desviantes, etc. “ (Fernandes, 1998, p.32), procuram locais estratégicos para conseguirem uma proximidade dos utilizadores de drogas (locais de consumo, locais de tráfico, pontos de trabalho parques de estacionamento, entre outros). Este é o ponto de partida para todo o trabalho que se pode vir a desenvolver.

O local não só é estratégico como fundamental, o contacto directo nos locais onde os consumidores estão permite o acesso a um “...leque interminável de consumidores de todas as idades, com os mais diversos estilos de vida e com os mais variados relacionamentos com as drogas.” (Pinto & Peixoto, 2003, p. 53).

A relação assim estabelecida é essencial e o trabalho de rua privilegiado. Todo o trabalho social desenvolvido tem em vista a promover uma melhoria do utente e por este modo é fundamental respeitar o consumidor enquanto pessoa. Como nos elucidam Pinto & Peixoto (2003, p. 54), devemos aceitar a vontade do utente; saber estar quando se é preciso e não estar quando não se é desejado, em suma, aceitar o sujeito como ele é e seguir a acção social tendo sempre presente o seu ritmo e vontade.

Com o passar do tempo a proximidade e a confiança que o consumidor vai adquirindo com a Equipa de Rua, possibilita que o consumidor se aproxime também das estruturas de

saúde, faça rastreios, entre em programas de substituição, no fundo que dê um primeiro passo, no seu tempo. Requer por parte da Equipa tempo e persistência no terreno e essa relação vai surgindo também com a minimização dos riscos que o consumo traz à saúde, física, mental do consumidor bem como ao seu meio social.

“O profissional constitui, com frequência, o primeiro contacto do utente com o sistema de saúde.” (IDT, 2010, p.17). Não só com o sistema de saúde mas com todo um conjunto de serviços dos quais se mantém afastado.

Considera-se por isso que “o trabalho de rua é caracterizado por uma inserção na comunidade, constituindo-se como factor de mudança desta. É também caracterizado por uma teia de relações entre técnicos, consumidores de substâncias e seus pares, que, embora assumindo papéis diferenciados na relação, interagem de forma democrática nos processos de tomada de decisão relativamente ao percurso do utente.” (EMCDDA, 2001).

Os objectivos das Equipas de Rua sugeridos pelo IDT, e por nós atrás genericamente esboçados, permitem elucidar as dimensões de operacionalização, a saber:

- “Promover a redução de riscos pessoais e sociais, associados ao uso de drogas;
- Informar os consumidores sobre as “formas mais seguras” de consumo;
- Prevenção da disseminação de doenças infecciosas;
- Encaminhar as pessoas em situação de risco para as estruturas de saúde;
- Motivar os doentes para o tratamento de patologias (aditivas /infecciosas);
- Articular com as outras entidades das áreas da justiça, saúde, social, educação, etc;
- Intervir no espaço público onde o consumo de substâncias psicoactivas seja vivido como um problema social.” (IDT, 2010, p.33).

As Equipas de Rua em Portugal assumem diferentes serviços, podendo, em conformidade com as condições de que dispõem, ou as necessidades do território onde intervêm, ter mais ou menos actividades: “... a) informação/sensibilização relativamente a comportamentos de risco; b) troca de seringas; c) oferta de outro tipo de material como água destilada, filtro, preservativos, toalhete; d) encaminhamento para respostas sociais e de saúde, nomeadamente estruturas de tratamento para a toxicodependência; e) acompanhamento em termos de apoio social, psicológico, cuidados de enfermagem, entre outros; f) programa de metadona de baixo limiar de exigência (apenas em algumas equipas)” (Andrade *et al.*, 2007, p. 12).

Para o sucesso e alcance dos seus objectivos, é crucial a ligação das equipas de Rua a outras estruturas locais, tais como: Centro de Saúde, Hospital, Polícia, Câmara Municipal, entre outras entidades que se revelem importantes. A Equipa de Rua pode servir de ponte entre estes organismos e os utentes/ consumidores de drogas, agilizando a seu contacto e acompanhamento por parte das organizações.

Um dos aspectos essenciais é a comunidade. Uma Equipa de Rua é caracterizada por ser um projecto de intervenção comunitária, o seu trabalho tem em foco o melhoramento e bem-estar da comunidade envolvente. Ao trabalhar as práticas de consumo do consumidor de drogas, educando-o para guardar as seringas e trocá-las, por exemplo, promove os rastreios e a sua aproximação aos serviços de saúde como ainda fomenta a reorganização social e pessoal do consumidor. Este trabalho social tem em vista a melhoria dos espaços em que os consumidores se movimentam e, por extensão, a saúde pública. É uma intervenção na e para a comunidade.

O facto de se estar na comunidade, nos locais de consumo e estando a actuar junto do consumidor a Equipa é vista não raras vezes como “aliada” do consumidor fazendo com que o desconforto que se sente entre comunidade envolvente e os consumidores, passe, frequentemente, para a Equipa de Rua. Quando uma equipa inicia o seu trabalho numa determinada comunidade, deve ser estabelecida uma ligação de comunicação e contacto com os “vizinhos” dos locais onde se deslocam. É importante que no início de cada novo Projecto, deste modelo, a Equipa tenha o apoio institucional (Câmara Municipal, Polícia, entre outros), de modo a conciliar e auxiliar a comunicação e explicitação do seu trabalho na comunidade isto porque uma comunicação entre autarcas ou outras figuras reconhecidas pelas comunidade podem “apresentar” a comunidade à Equipa explicando o seu objectivo, potenciando o conhecimento ameniza-se o medo da comunidade do desconhecido. É importante promover a comunicação e mediação constantes. Com o tempo e os resultados da intervenção, podem ajudar igualmente a amenizar a tensão. “O enfoque vai até à modificação das opiniões, influências e acções dos grupos sociais de pertença (família, amigos, bairro, municipio etc.) e contextos sociais onde ocorrem consumos de substâncias. Refere-se à participação da comunidade local, onde é necessário provocar mudanças nas atitudes, respostas e condutas relacionadas com o uso de substâncias, implicando membros chave de organizações locais e da vizinhança, ouvindo os seus problemas e fomentar a sua participação na planificação e realização das intervenções.” (IDT, 2010, p.14).

### 3.1.4 Salas de Consumo Assistido

No que concerne às Salas de Consumo Assistido (SCA), refira-se que em Portugal, e apesar de ser uma das respostas no âmbito da RRMD, prevista no Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de Junho, ainda nenhuma não foi implementada até ao presente momento.

Designados por Programas de Consumo Vigiado, o objectivo da SCA passa por: “Incrementar a assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo. Promover a proximidade com os consumidores, no respectivo contexto sócio-cultural, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento.” (IDT, 2010, p.36). Ou seja, procura que o consumidor tenha higiene no consumo que faz, tendo não só material limpo, como um local limpo para consumir e por outro lado promove a aproximação dos serviços ao consumidor.

Tendo em conta estes objectivos, as SCA's são um prolongamento do trabalho realizado pelas Equipas de Rua, sendo que a grande diferença são as condições higieno-sanitárias em que este se desenvolve. Podem ser vistas como um prolongamento, porque a maioria das Equipas de Rua procede à troca de seringas, e outro material de consumo, portanto o consumidor tem acesso a material esterilizado, limpo, mas depois os locais onde vai consumir ou o tipo de utilização que dá ao material acaba por tornar o consumo pouco higiénico, perdendo-se assim o objectivo. Um local de consumo vigiado permite também que os técnicos possam acompanhar e reeducar de um modo sistemático, o consumidor para técnicas mais seguras e higiénicas de consumo, que o contacto de rua nem sempre permite.

As SCA são estruturas que, enquadradas numa vasta rede de serviços sociais e de saúde proporcionam um serviço altamente especializado onde os utilizadores de drogas consomem substâncias psicoactivas previamente adquiridas, em condições de higiene e segurança, a fim de reduzir os riscos e os danos associados a este consumo.

As SCA's, enquadram-se no âmbito da saúde e da ordem e segurança públicas. Pretende-se através delas promover e facilitar os contactos e a aproximação a populações específicas de consumidores de drogas em situações de grande risco sanitário, nomeadamente as que consomem drogas injectáveis na via pública. As enormes carências de cuidados de saúde destas populações não podem ser resolvidas por outros serviços de saúde e constituem um problema para as comunidades locais que, como todos reconhecem, nem os programas sociais e de saúde, nem as polícias têm conseguido, ou conseguirão, resolver.

Esta resposta dirige-se a consumidores problemáticos, e um grande historial de consumos. Esta estrutura, independentemente dos seus contextos, tem um conjunto de normas (regulamento) que é comum a todas elas.

“O acesso ao programa é restrito a pessoas maiores de idade, prévia inscrição e observação por técnico de saúde que diagnostica uma situação de dependência endovenosa. É interdito o acesso a pessoas que não preencham estas condições. Para além do disposto nos regulamentos internos do programa, deve ser recusado o acesso à instalação ou determinada a expulsão dos utentes que assumam comportamentos inadequados ou violentos.” (IDT, 2010, p.36).

O Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho regulamenta todo o processo e infra-estrutura, determinando que este tipo de unidades pode ser móvel ou fixo, conforme as especificidades do local, o que só se pode implementar em locais de grande concentração de dependentes: “Os programas são autorizados apenas para zonas de grande concentração de consumidores por via endovenosa, não podendo ser instalados em espaços ou centros residenciais consolidados. As instalações quer fixas quer móveis, devem evitar a exposição a não utentes.” (*id.*, p.36). Como tal será sempre um espaço resguardado precavendo o utente e a restante comunidade.

Se por um lado, se pretende reduzir os elevados riscos associados ao consumo de drogas e aumentar o acesso destes consumidores de drogas aos serviços de saúde, sociais e de tratamento; por outro lado, a finalidade destas estruturas é também a de criar uma situação aceitável para a comunidade, nomeadamente ao nível das preocupações de ordem e segurança que advêm das “cenas” de droga em espaços públicos.

No que concerne à comunidade e tendo em conta experiências internacionais (Espanha, Suíça, Holanda, entre outras), podemos esperar uma diminuição da morbilidade e da mortalidade entre a população-alvo, um aumento dos cuidados sociais e de saúde, incluindo o tratamento de drogas; redução do uso de drogas em locais públicos e do incómodo da comunidade vizinha (OEDT, 2006).

Claro está que são potenciais benefícios, devendo ter em consideração as diferentes características da sala – localização, horário, equipamentos disponibilizados e a gestão do espaço e serviços.

Posto isto, não podemos pensar que as Salas de Consumo Assistido resolvem todos os problemas associados ao consumo de drogas. Não devemos colocar sobre elas expectativas excessivas. Elas podem ser eficazes e fazem sentido quando:

- Baseadas no consenso e na cooperação activa entre actores-chave locais;

- Enquadradas num quadro geral de políticas públicas e numa rede de serviços;

-Vistas por aquilo que são: serviços específicos que pretendem reduzir os problemas de saúde e sociais que afectam populações específicas (OEDT, 2006).

É irrealista esperarmos que elas possam prevenir todos os consumos em locais públicos, persuadir todos os utentes a reduzir os riscos associados ao consumo ou a aderir a tratamento; ser, elas próprias, o maior factor na redução da mortalidade e morbilidade; resolver problemas relativos à venda e a mercados de drogas.

Estas expectativas e limitações já estão detectadas nos estudos efectuados a nível internacional, visto que em alguns países da Europa as salas de consumo assistido são uma realidade já com alguns anos (OEDT, 2006).

A primeira sala de consumo assistido abriu em Berna, Suíça, em 1986. Segundo dados do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) de 2006, existem na Europa 78 salas de consumo assistido, distribuídas por 42 cidades dos seguintes países: Suíça, Holanda, Alemanha, Espanha, Noruega e Luxemburgo. Existe ainda uma sala de consumo assistido na Austrália e outra no Canadá. Estas estruturas tiveram e ainda têm problemas, mas existe hoje suficiente conhecimento acumulado, boas práticas, recomendações e diferentes modelos adaptados a diferentes realidades, para evitar muitos deles.

### **3.2. Implementação de projectos em RRMD**

A implementação de respostas no âmbito da RRMD não de fácil aceitação, principalmente para a comunidade em que se pretendem inseri-las pelos motivos que anteriormente apontamos.

Como verificamos anteriormente, quando uma entidade (Câmara Municipal ou IPSS) decide implementar uma resposta de RRMD deve ter consciência de que esta terá de ser uma resposta concertada entre diferentes intervenientes comunitários, primeiro porque os programas de consumo vigiado não fazem sentido sem estarem inseridos numa rede de serviços - saúde, sociais, segurança; segundo, todos (comunidade) devem fazer parte do processo de implementação e cooperação do processo que o mesmo implica.

É crucial conhecermos a comunidade onde se pretende implementar o projecto. “ O homem está no mundo e com o mundo.” (Freire, 1979, p.30). Podemos definir comunidade como: “... a number of people who have something in common with one another that connects them in some way and that distinguishes them from others.” (Homan, 1993, p.4). Essa ligação

estabelecida entre muitas outras possibilidades, pode ser o local de residência, a rua, o bairro, a cidade; a profissão, o passatempo ou a mesma origem étnica (*id.*).

Devemos ter em conta que a própria comunidade se vai definindo e que se vai recriando com o passar do tempo e das exigências dos tempos. Por estas razões não existem duas comunidades iguais, passando-se o mesmo fenómeno como com as pessoas a singularidade exige que se descubra a sua especificidade. A comunidade exerce sobre o indivíduo duas forças, duas ambivalências. Oferece o sentido de pertença, dá-lhe uma segurança e uma protecção, quando pertencemos a uma comunidade «ela» olha por nós, ajuda-nos, envolve-nos. A falta de individualidade e de privacidade torna-se o revés desse mesmo sentido de aparente protecção, ela vigia e fecha-se de modo a que tudo o que é estranho ou desconhecido não penetre nela. Dentro da comunidade aquele que persista em ser diferente ou em alterar a norma torna-se um desconhecido. O desconhecido é visto com medo pela comunidade, segura de quem é e regida pelas suas regras: “...comunidade significa mesmice, e a mesmice significa ausência do Outro, especialmente um outro que teime em ser diferente, e precisamente por isso capaz de causar surpresas desagradáveis e prejuízos.” (Bauman, 2003, p.104).

A convivência com o elemento transgressor da regra – o consumidor-, gera conflito na comunidade, a partilha do mesmo espaço e a convivência diária com um elemento que se tornou ou que é desconhecido, gera rejeição e o afastamento destes elementos.

Bauman (2003) fala-nos dos guetos que surgem do encontro de marginalizados, dos excluídos, e como este fenómeno consegue ser ao mesmo tempo territorial e social, que mistura a proximidade e o afastamento quer físico, quer social. Os consumidores de drogas podem ser vistos como pequenos membros de “guetos” morais e sociais sendo que eles constroem, marcam os seus territórios – locais de consumo, de arrumo de carros, de compra – locais que, não sendo num único sítio se multiplicam por pequenos cantos, ruas ou pracetas e se misturam, que interagem e se relacionam com os da restante comunidade. São locais de dualidades de duplas funções e vivências.

Num processo de implementação de uma resposta de RRMD, nomeadamente e com especial interesse para este trabalho, uma SCA, é fundamental o envolvimento de toda a comunidade, nomeadamente o que convencionamos chamar de agentes sociais: *“todas aquellas personas, grupos, organizaciones, instituciones, etc. que de alguna manera se posicionan respecto al recurso que se pretende instalar o que ya se ha instalado y que disponen de opinión*

*y control sobre alguno de los recursos críticos (sociales, políticos, económicos, mediáticos) que son parte del conflicto.” (Sepúlveda et al., 2008, p.47).*

É crucial determinarmos quem são estes agentes que devem fazer parte do processo de implantação, tendo consciência que o factor *NIMBY* estará provavelmente presente.

Os motivos para a oposição à implementação de um serviço como este e as reacções despoletadas, tal como nos aponta Sepúlveda et al (2008), são determinadas por alguns factores: o tipo de utentes a que o serviço se destina; as próprias características da comunidade; as características do serviço desde horários, rotinas do serviço, etc., e a proximidade do serviço das suas residências.

O factor *NIMBY* caracteriza-se exactamente pela oposição a uma determinada localização deste tipo de respostas, como anteriormente explorámos. Recordando: *“...este término describe un tipo de oposiciones que no pone forzosamente en entredicho la utilidad de una instalación o servicio, sino solamente su localización en un lugar preciso.” (id., p.30).* Este conceito pode ser aplicado a todo o tipo de situações em que a comunidade reage de forma adversa à implementação de determinados serviços considerados polémicos.

Este factor, e tendo em conta os diferentes agentes envolvidos, determina, a importância da mediação. *“Los objetivos de estos procedimientos de mediación consisten en implicar a la comunidad de acogida en la elaboración y la gestión de los proyectos en cuestión, y de instaurar las negociaciones entre todas las partes interesadas.” (id., p.38).*

### 3.2.1 Mediação

Podemos definir, mediação como: *“...um processo voluntário em que uma terceira parte neutra ajuda as partes em litígio a negociar as suas diferenças, com a possibilidade de chegar ou não a um acordo” (Horowitz S., 2007, p.15);* é um processo complexo e que exige do mediador preparação técnica, ao nível do conhecimento de diferentes metodologias e conhecimento da realidade, do território, da comunidade, da sua história. A mediação ao nível comunitário é: *“...es una tercera via o pacto mutuamente negociado que permite restablecer el enlace humano, relacional, entre aquellos que han perdido la capacidad de relacionarse de una manera efectiva.” (Sepúlveda et al., 2008, p.152).*

O mediador é alguém que ajuda as partes a estabelecer prioridades, a ver e considerar diferentes situações e cenários; ajuda a clarificar interesses e ajuda a encontrar uma solução não injusta, (Horowitz, S.) Deve, portanto, conseguir proporcionar momentos que não gerem confrontação ou exclusão (Sepúlveda et al., 2008).

Segundo Horowitz (2007), um bom mediador é aquele que consegue ser: neutro; imparcial; respeitar as partes e como elas são; empático; flexível; hábil comunicador; facilitador do diálogo; persuasivo; criativo; capaz de ouvir; com sentido de humor; paciente; perseverante; respeitado na comunidade; capaz de ter e ganhar acesso aos recursos, e otimista. Como se constata ser mediador não é um papel fácil.

A importância da participação e o acordo da comunidade nos processos de implementação são importantes pois atenua o medo e desconfiança a causados pelas respostas propostas. É importante a comunidade ver na RRMD um meio para atenuar o seu problema e não um incentivador ao consumo, o que muitas vezes acontece por falta de esclarecimento e de conhecimento dos seus propósitos. *“Las perspectivas participativas de intervención social, parten de la premisa de que las personas con las que se trabaja deben estar presentes activamente en todo el proceso de la intervención e, incluso, que las decisiones sobre cuáles acciones tomar en conjunto para la solución de determinadas problemáticas deben ser mayoritariamente tomadas por esas personas.”* (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.143).

No caso do IN-Ruas uma série de factores condicionou este contacto inicial. Ele foi estabelecido com alguns vizinhos quando estes vieram falar com a equipa, mas considera-se este contacto insuficiente. As pessoas não têm um claro conhecimento do trabalho que é desempenhado, e isso como qualquer coisa que é desconhecida e nova causa desconfiança.

Para além da mediação ser importante durante o processo de implementação, ela pode ser crucial antes de se iniciar o processo, como meio de preparação para o mesmo: *“se pone especial énfasis en la fase de preparación, entendida como el conjunto de acciones dirigidas a preparar las condiciones necesarias para la implantación de un servicio de asistencia.”* (*id.*, p.150); para além desta ênfase, Sepúlveda, lembra-nos que as rivalidades e as tensões muitas vezes existentes entre os diferentes agentes sociais podem invalidar todo o processo logo à partida, assim como as contingências políticas, económicas, entre outras, *“es posible que frente a una problemática tan sensible, que remite a cuestiones de orden ético, político, ideológico, social, educativo, sanitario y represivo y en un momento (...) con numerosas formas de oposición que (...) se revela como muy importante establecer procedimientos de mediación social y/o comunitaria.”* (*id.*, p.151).

### 3.2.2 O Processo de Familiarização

Conhecer a comunidade é imperativo, e prende-se inicialmente com a recolha de um conjunto de informações sobre a mesma “... *desarrollar un conjunto de acciones planificadas orientadas a la recolección y producción de información relevante...*” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.63). A produção de informação é fundamental para delinear um projecto de implementação e intervenção social. A recolha de informação ajuda também a que se consiga: “*conocer y comprender, desde una perspectiva situada y relacional, las realidades sociales, políticas, económicas y culturales de la(s) comunidade(s) receptora(s) del dispositivo que se quiere implantar*” (id., p.64). Muitos dos conflitos e tensões entre agentes sociais, como reflectimos anteriormente, vêm deste passado, de momentos relevantes na comunidade.

Numa primeira fase, e tendo em conta os passos que se devem dar, a familiarização com a comunidade e um diagnóstico situacional são extremamente importantes e determinantes assim com a formação de um comité de acção comunitária - um grupo de pessoas de vários quadrantes que sejam representativas da comunidade (políticos, médicos, policia, moradores, comerciantes, consumidores, entre outros.), a dinamização comunitária, a elaboração de um plano de acção, a aceitação e legitimação tanto do projecto como da equipa que o vai desenvolver e a construção de alianças que favoreçam a sua implementação. “*La investigación se da en un lugar y espacio determinado. Se parte de la realidad social concreta de los propios participantes del proceso. Esto implica una visión histórica y contextual en la que la investigación depende de las particularidades de cada situación y lugar.*” (id., p.144).

Esse processo de conhecimento, descoberta, desenvolve-se através de diferentes técnicas, que são cruciais para a recolha de informação.

As entrevistas e a sua posterior análise constitui uma importante fonte de informação, porque nomeadamente permite identificar os processos e relações que se vão estabelecendo ao longo dos anos em territórios em que a toxicodpendência é apontada como um problema social. É por este mesmo motivo importante perceber, quando se chega a um território, a história que envolvem a comunidade no que toca a comportamentos aditivos, acontecimentos marcantes, manifestações anteriores de áreas problemáticas, ou seja, perceber se é uma problemática nova, se já existe historial de consumos e tráfico, no fundo fazer um levantamento dos acontecimentos relacionados com a problemática na comunidade.

Proceder a um levantamento cultural, histórico, social, económico é fundamental já que todos estes factores influenciam as opiniões e as “heranças” que a comunidade guarda, como

ajuda também a explicar muitas reacções e atitudes. *“La comunidad e el sistema de relaciones en movimiento que conforman un aglomerado de personas que se definen a partir de las experiencias, acciones y sentimientos que comparten.”* (Sepúlveda *et al.*, 2008, p. 146).

Outro dos meios importantes é o chamado mapeamento do território que pode ser realizado através de mapas, distinguindo áreas de consumo, de tráfico, etc. Através deste mapeamento podemos ter a percepção de como os espaços se relacionam; dos diferentes espaços físicos e das suas funções, ou podemos identificar a localização de determinadas zonas de consumo e tráfico, o objectivo é termos um mapeamento das interacções, tráfico, consumo, entre outras de modo a termos uma visão territorial dos espaços neste caso da cidade.

As conversas informais e o simples observar o contexto, as interacções nos locais entre as pessoas, é importante para o reconhecimento da comunidade e dos seus espaços físicos e sociais. Sepúlveda *et al.* (2008), apontam ainda que todos estes aspectos são fundamentais para a familiarização, referindo também as festas e tradições devem serem conhecidos pela equipa de intervenção.

Cada comunidade é constituída não só pelas pessoas, mas também pelo lugar social e histórico; são ainda resultado de toda a cultura e tradição passada pelas gerações anteriores, portanto o seu comportamento social é resultado de vários factores, é indispensável conhecê-la.

A percepção dos seus agentes sociais, como lhe chama Sepúlveda *et al.*, (2008), também é importante, porque são elementos fundamentais no processo, porque lhes cabe a construção e a participação nas respostas que se procuram e elaboram.

*“El proceso de familiarización permitirá que los equipos dinamizadores conozcan los actores y agentes sociales importantes en el territorio con el objetivo de incorporar a dichos agentes en los procesos de participación del plan de trabajo, cosa necesaria para implementar un proceso de diálogo y de cooperación en el proyecto de participación a llevar a cabo.”* (*id.*, p. 68).

Este trabalho de estágio beneficiou da convivência diária com alguns dos actores chave e da vivência nos contextos que se pretendiam conhecer. Foi portanto uma familiarização rica em conversas informais, observações, participação e em momentos de educação informal.

## IV. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTÁGIO

Neste trabalho pretendíamos perceber a receptividades dos agentes sociais relativamente à implementação de uma SCA em Guimarães. Partindo desse objectivo, queríamos também identificar se o fenómeno NIMBY se manifestava e as motivações.

Para obtermos os dados pretendidos, recorremos a uma investigação de carácter qualitativo e à etnometodologia, sendo as que melhor se coadunavam com a informação de carácter qualitativo que pretendíamos. Sendo importante escutar, todos as partes participantes do fenómeno, os agentes sociais, foram ouvidos com recurso à entrevista que foram objecto de análise documental.

A escolha tanto de um tipo de investigação bem como de determinadas técnicas vai sempre de encontro aos dados que pretendemos recolher e elas são as melhores porque servem esse propósito.

### 4.1 Investigação Qualitativa

Este trabalho, devido aos objectivos que se pretendiam alcançar e o objecto em estudo, adoptou uma metodologia de carácter qualitativo. Ela assume um papel fundamental, desde logo porque nos permite um acesso primordial e privilegiado a um conjunto de informação que de outra forma seria de difícil acesso, bem como nos permitiu estreitar laços com o fenómeno estudado.

Uma metodologia de carácter qualitativo prima por algumas características base que nos ajudam a compreender as suas características:

1. “Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.” (Biklen, 1994, p.47), depreende-se que é através do investigador que se irá recolher grande parte dos dados, isto faz com que o mesmo passe grandes períodos de tempo em contacto com o objecto de estudo, utilizando meios complementares de recolha de informação mas que serão construídos e analisados por ele. Este processo acontece porque para o investigador é primordial conhecer o objecto no seu contexto, no seu meio e com o mínimo de interferências possível.

2. “A investigação qualitativa é descritiva...” (*id.*, p.48), o importante é a informação recolhida, os dados e não os números. A significância dos dados recolhidos são também resultado do contexto, o que interessa é o sujeito, as suas vivências no contexto que se pretende estudar. “... exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo.” (*id.*, p.49).
3. “Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos” (*id.*, p.49). Mais importante que os dados finais, é o processo ou seja os passos que se vão dando que mais interessam neste tipo de investigação. Sendo os dados qualitativos é nesse processo de conhecer que se vão encontrando não só os dados mas também outros meios para se chegar a eles. Todos os passos que ao longo da investigação se vão desenvolvendo, são importantes e determinantes para o próximo passo.
4. “Os investigadores qualitativos tendem a utilizar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem os dados ou provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.” (*id.*, p.50). São o conhecer e o interagir com a realidade que nos levam às elações que se podem tirar. A investigação vai sendo determinada pelos acontecimentos, orientada pelas exigências impostas pela realidade. A realidade social não é estanque ou algo que se possa paralisar para analisar.
5. “O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.” (*id.*, p.50). Na investigação qualitativa o que interessa ao investigador é a experiência, a vivência do sujeito alvo, sobre determinado fenómeno. Como refere o autor citado, o resultado da investigação qualitativa reflecte um diálogo entre o investigador e os sujeitos abordados.

A investigação de carácter qualitativa permite-nos recolher e tratar a informação que “fornece uma compreensão profunda de certos fenómenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjectivo da acção social face à configuração das estruturas sociais, seja a incapacidade da estatística de dar conta dos fenómenos complexos e dos fenómenos únicos.” (Haguette, 1995, p.63).

A pesquisa qualitativa, em síntese, pressupõe o querer conhecer e perceber um determinado fenómeno na sua origem, ou seja, como surgiu, como se desenvolve, o que acarreta, que circunstâncias o propiciam, entre outros. Ela privilegia os actores como principais fontes de conhecimento, uma maior interacção e participação por parte do investigador, e desse modo torna-se mais exigente com os processos de recolha e tratamento da informação. O paradigma qualitativo atribui à estruturação da investigação um carácter flexível, sendo que é determinado muitas vezes pelas interacções e informações do meio. Apesar da sua interpretação dos significados, atribuídos pelo colectivo e pela subjectividade da mesma, ela consegue atribuir uma ideia composta da realidade (Silva, 1999).

Neste sentido, podemos afirmar que a investigação qualitativa proporciona um conhecimento sobre um determinado objecto inerente às formulações dos seus actores sobre a realidade, subjectiva e circunscrita ao contexto.

#### 4.2 Etnometodologia

A etnometodologia “estuda e analisa as actividades cotidianas dos membros da e uma comunidade ou organização, procurando descobrir a forma como elas se tornam visíveis, racionais e reportáveis, ou seja, como elas as consideram válidas, uma vez que a reflexividade sobre o fenómeno é uma característica singular da acção.” (Haguette, 1995, p.49).

O Homem atribui significados aos objectos, às acções dele e dos outros, às interacções com tudo o que o rodeia e é a partir deles que ele constrói o seu conhecimento e a sua própria realidade, a etnometodologia “procura descobrir os métodos que as pessoas usam para explicar a sua vida social quotidiano, não só com o objectivo de a relatar ou descrever mas também com a intenção de lhe conferir uma racionalidade, ou seja, um sentido que permita perceber a suposta razão do comportamento.” (Silva, 1999, p.3). É portanto fácil entender que os discursos produzidos pelos actores sociais, são interpretações, representações do real, “imagens simbolicamente criadas com fins específicos” (*id.*). Esta representação do real está em constante construção e funciona como uma actualização para as regras que são socialmente criadas e que já anteriormente falamos quando explorado o conceito de comunidade. Ela cria as suas regras sociais, que não estão escritas mas que são partilhadas e reconhecidas pelos seus actores, a sua especificidade é inerente a cada comunidade. (*id.*)

A comunidade, enquanto organismo mutável, reconfigura as regras sociais e a perspectiva da realidade tornando as regras sociais sujeitas à mudança, bem como as representações

sociais. Esta constante decomposição e mudança de interpretação das acções contextualizam a análise etnometodologica no tempo e no espaço em que se realiza.

Devemos entender que a prática etnometodologica tem que ser encarada sempre numa perspectiva de questionamento. A realidade social está em constante mutação: “A prática da etnometodologica exige uma postura de questionamento dos discursos e das práticas dos actores sociais para revelar o seu carácter socialmente construído e os seus pressupostos de códigos negociados...” (*id.*, p.4).

A etnometodologia insere-se assim na lógica de outros paradigmas como o interpretativo e o interaccionismo simbólico. Estas correntes estão estritamente ligadas, e tal como a etnometodologia apoia a sua linha no papel central dos agentes sociais, eles interpretam o real, atribuem significados, comportamentos padrão, eles criam laços e regras de mútua compreensão entre todos os membros de determinado grupo, e é isso que cabe ao investigador apurar essas interpretações, os comportamentos e regras sociais que nascem desse processo, é a desconstrução do representativo no real. (*id.*)

Tendo em conta a metodologia adoptada neste projecto, é importante reflectirmos as técnicas escolhidas para a recolha de informação. Elas foram accionadas de modo a se enquadrarem no objectivo estabelecido, no objecto de estudo e ainda o meio onde se desenvolveu este trabalho.

### 4.3 A Observação

Inicialmente e de um modo sistemático ao longo de todo o trabalho, a observação teve um papel importante. Para alguém que não está familiarizado com o espaço físico, cultural e social, é fundamental que inicie o seu processo de investigação, de trabalho por esse momento de descoberta e a observação poderá ser um bom aliado para que o faça de modo empírico e ou um pouco estruturado. É importante que não “feche” o olhar de modo a estar desperto para todo o tipo de interacções que possa encontrar mas também é importante que o investigador se prepare teórica e metodologicamente. A observação serve este propósito: ter um primeiro olhar sobre a problemática e um olhar directo sobre o actor, o seu modo de agir e se relacionar: “Las observaciones se dirigen a brindar al equipo una comprensión de primera mano sobre los significados y contextos de las conductas.” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.177).

A observação pode-se definir como um modo directo e imediato de captar a realidade, portanto no momento e no local da acção, coloca em contacto investigador e os sujeitos (Quivy &

Campenhoudt, 1988), ou ainda como “...una técnica de recolección de información que se basa en la observación directa y sistemática de un determinado fenómeno en un espacio y tiempo determinado.” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.178).

Nas Ciências Sociais, a observação pode adquirir diferentes características ou designações, sendo que neste trabalho foram adoptadas dois tipos:

- Observação estruturada

Esta classificação diz respeito ao modo como é efectuada, portanto se de um modo direccionado, pré estabelecido pelo observador (recorrendo a instrumentos onde se estabelecem os elementos a observar entre outros), “*Estas observaciones se orientan a observar determinadas conductas en lugares y momentos específicos.*” (*id.*, p.178); podemos ainda, e segundo o mesmo autor, caracterizá-la como: prolongadas (contínuas e detalhadas num lugar específico e numa determinada actividade).

- Observação não estruturada

A observação não estruturada é feita como complemento da observação estruturada ou como meio de exploração do território, da comunidade, do objecto de estudo, “*Son útiles para identificar lugares o ambientes clave, o informaciones sobre conductas de especial interés.*” (*id.*, p.179). A observação não estruturada pode ser participada ou não-participada e diz respeito ao modo como o investigador interage na acção, na realidade que observa. Ele pode estar presente como mero observador que não se envolve, ou como actor e participante da acção. No caso da observação participada ela trás uma maior fidelidade à informação recolhida, impondo a sua aplicação outra exigência, por causa do envolvimento que o investigador tem com o objecto de estudo: “Esta complexidade pode decorrer de factores distintos que radicam na distinção de estatutos – de observador versus observado -, na diferenciação social de papéis – de fornecimento de informação versus captação de informação – e na aceitação cultural do observador pelo observado.” (Pardal & Correia, 1995, p.50).

Utilizando (só) este método temos de ter em conta que a população a observar não deve ser demasiado extensa, para permitir que o investigador possa observar cada perspectiva do contexto que pretende estudar, nem o período de participação deve ser demasiado curto pois desse modo não se consegue adquirir um certo nível de confiança com os envolvidos nem uma observação fidedigna. A permanência no local permite não só uma caracterização dos actores sociais envolvidos e das interacções sociais envolvidas: “A frequência do maior número

possível de locais do contexto social em estudo, a presença repetida no maior número possível das actividades de todo o tipo que nele se passam, a permanente conversa com as pessoas que a ele pertencem ... a conversação informal e a entrevista, em particular, são situações sociais em que a presença do investigador se impõe de maneira muito forte, em que o peso relativo do impacto do processo social de pesquisa é muito elevado.” (Costa, 1983, p.137).

Como qualquer outro método tem vantagens e constrangimentos que devem ser aqui salvaguardados.

As vantagens deste método são a possibilidade de se presenciar os acontecimentos no momento e no local em que estes acontecem, a recolha de situações, acontecimentos espontâneos por parte dos actores (em parte) e a validade das acções que é preferível à das palavras.

No que concerne a desvantagens podemos logo apontar a subjectividade do que se observa, e até mesmo a autenticidade dos actores, por estarem a ser observados. Por parte do investigador o registo da informação, o modo como é feito e, claro está, a subjectividade na interpretação dos acontecimentos (Quivy & Campenhoudt, 1988).

O diário de campo é um meio complementar e auxiliar da observação do terreno. Ele é utilizado pelo investigador para descrever o que observou de modo detalhado, bem como as suas impressões e notas sobre o mesmo: “*..sirve para proyectar las reacciones de la persona que investiga durante el ejercicio de su actividad. Sirve también para entender mejor la investigación, e incluso para analizar la realidad social.*” (Jorba, 2000, p.1). O diário de campo deve conter preferencialmente informação sobre as pessoas, os espaços físicos das interacções, no fundo de tudo o que lhe foi possível observar: “*...información de las condiciones en las que se ha dado la observación (tiempo, personas, etc.), del espacio físico que se dieron (para esto es conveniente hacer un mapa del lugar), de las interacciones que se dieron durante la observación y las impresiones de quien observa sobre aquello que ocurre.*” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.179).

Percebendo-se a potencialidade do mesmo ter-se-á que ter em atenção que deve ser escrito logo após a observação, para que deste modo a memória não atraíçoe. Ele permite uma maior mobilidade ao investigador participante, uma possibilidade de análise pós observação e funcionar como documento para análise em diferentes combinações de perspectivas (actores, espaços físicos, interacções de diferentes actores, etc.).

#### 4.4 As entrevistas

A entrevista é considerada uma: “Técnica de recolha de dados de larga utilização na investigação social...” (Pardal & Correia, 1995, p.64). Enquanto meio de recolha de informação, a entrevista, e a observação são complementares.

A entrevista pode-se definir como “ ...um processo de interacção social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objectivo a obtenção de informação por parte do outro, o entrevistado.” (Haguette, 1995, p.86). Este meio permite o contacto directo entre entrevistador e entrevistado e isso possibilita que se desenvolva uma recolha de informação mais detalhada, a troca de informações é potencialmente mais completa.

A entrevista permite que se explore de diferentes modos as perguntas pré estabelecidas (ou não), e claro a interacção com o entrevistado configura outras possibilidades, ou seja ao termos um contacto directo com o entrevistado podemos orientar a obtenção das informações, por outro lado este contacto permite que se recolham outras informações como por exemplo se o entrevistado esteve à vontade com o tema, a sua reacção a determianda pergunta, este tipo de informação pode ser importante para o trabalho: “...a entrevista possibilita a obtenção de uma informação mais rica...” (*id.*)

A construção da entrevista deve ser elaborada com o cuidado de ter perguntas neutras, de modo a que o entrevistado, responda sem ser influenciado

A entrevista, enquanto técnica, pode assumir vários modelos, consoante o tipo de informação que se pretende obter ou consoantes as circunstâncias em que se desenvolve a pesquisa.

A entrevista semi-estruturada que, como se compreende é um meio-termo, nem totalmente aberta, nem fechada. Existem perguntas estruturadas pelo entrevistador que se vão colocando ao longo da entrevista e que podem ser alternadas e colocadas conforme é ou não oportuno. A ideia é que o entrevistado vá abordando os temas pretendidos pelo entrevistador mas de modo livre, descontraído falado abertamente sobre as suas opiniões, percepções, as valorações que faz, entre outros, “...expressando-se com abertura, informa sobre as suas percepções e interpretações que faz de um acontecimento; sobre as suas experiências e memórias...” (Pardal & Correia, 1995, p.65).

A análise de conteúdo surge como meio complementar às entrevistas permitindo analisá-las. Ela permite explorar e sintetizar a informação que pretendemos recolher em cada entrevista efectuada de modo a irmos de encontro às informações.

#### 4.6 Dificuldades encontradas

No que concerne à aplicação destas técnicas, podemos destacar que tanto a observação, como a entrevista são ricas para obter dados qualitativos em número e em qualidade, satisfatórios. O grande obstáculo, para além do tempo, foi o facto de este ser um trabalho solitário e que requer a passagem por algumas etapas obrigatórias para um bom resultado final.

Referimo-nos desde já, à construção das entrevistas, processo moroso e que exige do investigador o máximo cuidado. Primeiro por serem três grupos distintos a entrevistar, foi necessário construir com todos os cuidados que já anteriormente referimos, o pré teste, que se revelou fulcral para percebermos se das perguntas elaboradas se extraia a informação pretendida e que serviram de preparação ao entrevistador. A aplicação das entrevistas é também por si só um processo demorado tendo em conta o número que se pretende atingir. Posteriormente a transcrição e análise revelou-se também um processo moroso.

As principais dificuldades na sua aplicação prendem-se com as características da entrevista. Se por um lado é uma técnica flexível, essa flexibilidade pode levar o entrevistador a um nível de espontaneidade que se pretende controlado e adequado aos tipo de investigação e de entrevistados: “ A própria flexibilidade do método pode intimidar aqueles que não consigam trabalhar com serenidade sem directivas técnicas precisas. Inversamente, outros podem pensar que esta relativa flexibilidade os autoriza a conversar de qualquer maneira com os seus interlocutores.” (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.197).

Relativamente à observação, as suas limitações prendem-se com o próprio investigador. A interferência no contexto real levando inúmeras questões de âmbito metodológico que só podem ser combatidas com a consciência que o investigador deve ter das mesmas. Existem condicionantes que à partida são esperados: “ A penetração na vida colectiva, o acesso a espaços privados, o contacto com costumes e rituais, a divulgação do sentido das práticas e da sua experiência ou história de vida exigem abertura por parte da comunidade observada e, ao mesmo tempo, que esta aceite culturalmente o observador, cuja diferença é denunciada pelo seu próprio estilo cultural.” (Pardal & Correia, 1995, p.51).

Constata-se que se pode revelar um processo moroso, de compreensão e cooperação mútua: “... um processo moroso de alteração de comportamento, implicando ambos os protagonistas da acção investigativa, indivíduos ou comunidades, numa relação de

reciprocidade, orientada para um fim comum que é, para o observador, dar e/ou dar-se a conhecer, e, para o observado, conhecer e divulgar conhecimento.” (*id.*).



## V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

### 5.1 Recolha dos dados

Numa investigação de carácter qualitativo e inserida na etnometodologia, sabemos que o investigador deve partir para o terreno sem uma familiarização inicial com o mesmo e sem ter estudado de outros modos o que pretende investigar, de modo a manter a sua investigação aberta e sensível a todos os estímulos e informações do terreno. No entanto neste trabalho, devido ao grande desconhecimento que existia por parte do investigador sobre a temática RRMD de um modo geral, foi necessário existir um trabalho inicial de familiarização com o tema, com o trabalho desenvolvido pela equipa do projecto e com os locais de actuação. Nesse processo foram fundamentais os materiais produzidos pela equipa, desde diários de campo aos relatórios mensais e anuais, bem como um conjunto de literatura da área. A observação foi outro dos métodos utilizada neste processo de conhecimento, tendo sido utilizado ao longo de todo o processo.

Deste modo, e tendo em conta as definições e fundamentos teóricos que anteriormente expusemos, começamos por a observação não estruturada foi utilizada no trabalho realizado na rua, que permitiu observar desde os comportamentos de riscos, até às relações estabelecidas entre consumidores e comunidade.), pontuais (em pequenos períodos de tempos e que pretendem observar determinado acontecimento – horas da cantina económica ou num dos parques da cidade onde os consumidores se movimentavam para compra e venda de “produto”, por exemplo) e de controlo de lugar (observações efectuadas nos parques de estacionamento, consumos de diferentes substancias e locais de consumo em determinados pontos da cidade).

Por sua vez a observação estruturada ocorreu em alguns momentos deste trabalho, logo de início, com a exploração dos territórios no trabalho da Equipa de Rua, local de consumo, conhecimento da comunidade envolvente ao local onde a equipa se deslocava e em momento posteriores. Depois de iniciado o processo exploratório outros momentos como o contacto com a população residente e comerciante dos locais adjacentes aos locais de consumo e espaços de intercepção comum entre comunidade e consumidores (praças, estacionamentos, entre outros).

O diário de campo foi utilizado como meio de síntese dos momentos de observação. Proporcionados no contexto do trabalho da Equipa de Rua, e que particularmente evidenciar o contacto com os utentes utilizadores de drogas, as suas interacções de grupo, as interacções com a restante comunidade, e reacções da restante comunidade.

Paralelamente a estas técnicas, utilizadas no decorrer deste projecto, e de uma forma complementar, foram analisados para além do muito material produzido pela equipa, livros e artigos. O material produzido pela equipa foi essencial, nomeadamente os diários de campo de cada elemento, relatórios mensais que explicitam os diferentes eixos de intervenção da equipa e o seu progresso e desafios e ainda o processo de candidatura do projecto IN-Ruas, foi importante para o trabalho desenvolvido nos momentos com a Equipa do projecto, que permitiram uma aproximação aos utentes da mesma, um maior envolvimento no trabalho por eles desenvolvido. As conversas informais desempenharam um papel fundamental, para o papel de investigador era importante os pormenores, situações que ocorrem durante o trabalho de rua, o modo como cada um dentro da sua área de formação encara o trabalho de rua e o utente, entre outras. De destacar ainda os artigos de inúmeros profissionais que trabalham na rua bem como alguma literatura espanhola que inspirou este trabalho.

Os dados que aqui vão ser apresentados são resultado das entrevistas semi-estruturadas, que foram realizadas entre Dezembro de 2009 e Abril de 2010, a cinco grupos de agentes sociais: *a)* população residente e comerciante do centro de Guimarães (freguesias de Oliveira do Castelo e S. Sebastião), *b)* utilizadores de drogas *c)* entidades e decisores locais, *d)* entidades e decisores nacionais, *e)* especialista da área das drogas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo posteriormente analisadas, através de quadros de análise (exemplos em anexo), previamente construídos de modo a poder conciliar a informação pretendida.<sup>12</sup>

Relativamente à comunidade envolvente – população residente e comerciante - e consumidores de drogas, pretendíamos obter as suas percepções, relativamente às vivências e representações em torno da toxicodependência e da relação comunidade/toxicodependente, a fim de compreender os significados subjacentes às posições face ao trabalho desenvolvido pela Equipa de Rua, por um lado, e à implementação de uma sala de consumo assistido, por outro lado.

No que concerne às entidades e decisores locais procurou-se compreender a percepção sobre a problemática da toxicodependência, assim como perceber como era visto pelas mesmas o trabalho da Equipa de Rua e a importância que uma Sala de Consumo Assistido teria na cidade de Guimarães. A esta questão associámos ainda a do papel que cada entidade poderia ter na implementação desta estrutura.

---

<sup>12</sup> Foram construídos de igual modo quadros de entrevista de modo a que durante a mesma fosse de fácil acesso ao entrevistador recordar a informação que pretendia recolher – ver anexo.

Quanto às entidades e decisores nacionais, pretendemos perceber em que medida estas entidades consideram útil e exequível uma SCA em Guimarães.

Finalmente, entrevistámos o Prof. Doutor Luís Fernandes, especialista da área das drogas, com o objectivo de ter uma opinião teórica e fundamentada sobre a questão da SCA, e sobre a oposição social NIMBY que muitas vezes se revela nos processos de implementação.

As entrevistas foram realizadas dentro do registo etnográfico, sendo que o investigador foi ao encontro do entrevistado. Deste modo as entrevistas à comunidade envolvente realizaram-se na rua, em lojas, na porta de casa do entrevistado, entre outros; os consumidores foram entrevistados em parques de estacionamento, em locais de consumo e de deslocação da equipa, os decisores locais nos seus gabinetes, bem como os decisores nacionais.

Tendo em conta que para o Projecto, é a questão fulcral, e por razões de delimitação do objecto do presente trabalho<sup>13</sup>, a análise das entrevistas centrar-se-á apenas na questão da SCA.

## 5.2 Análise de dados

### 5.2.1 Comunidade envolvente

Relativamente à comunidade envolvente - população residente e comerciante de Oliveira do Castelo e S. Sebastião, foram realizadas 31 entrevistas, que foram analisadas tendo em conta as seguintes dimensões: 1) receptividade face à implementação de uma SCA; 2) argumentos de oposição ou de apoio à estrutura; 3) NIMBY – aceitação da estrutura com oposição à localização; 4) responsabilidade de implementação da SCA.

O quadro que se segue esquematiza a frequência das respostas relativamente à receptividade da implementação de uma SCA em Guimarães.

---

Receptividade à estrutura

Frequência

---

<sup>13</sup> Como ficou esclarecido na introdução deste relatório, as alterações deste trabalho ocorreram devido a circunstâncias do momento vivido pelo projecto que proporcionavam a discussão desta temática.

Não concordo	E1, E5, E13, E22	(4)
Concordo	E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14, E16, E17, E18, E19, E21, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E31	(23)
Concordo, mas tenho dúvidas	E2, E15, E30	(3)
Não sou contra mas também não sou a favor	E20	(1)

**Tabela 1: Respostas relativas à receptividade da implementação de uma SCA em Guimarães.**

Quatro entrevistados se mostram contrários à implementação da SCA em Guimarães. O facto de se considerar haver um incentivo ao consumo com a implementação desta estrutura, bem como a ideia de que a ajuda a estas populações já é excessiva, constituem as principais críticas apontadas.

“ (...) aquilo no fundo é um sustentar de um vício, eu nem sei se estou a falar bem mas dados os problemas sociais que o nosso país está a atravessar acho que há coisas prioritárias (...)”. N° 1 (Moradora em S. Sebastião, 53 anos).

“Não era lógico, era contra, deviam era ajudar os desgraçados que não têm saúde, é a minha opinião. Porque eles assim nunca mais se obrigam a trabalhar nem nunca mais se obrigam a ser gente.” N° 5 (Moradora em S. Sebastião, 73 anos).

“Não lhe sei explicar, mas era capaz de ser contra. Dão-lhes comida, dão-lhes tudo, acho bem dar isso e então pô-los a trabalhar? Não é?!” N° 22 (funcionária de estrutura camarária em Oliveira do Castelo, 44 anos).

Dos entrevistados, 23 mostram-se favoráveis à implementação da SCA em Guimarães. Os principais motivos apontados para a defesa da implementação deste tipo de estrutura englobam os benefícios quer para a comunidade quer para os utilizadores de drogas, longe da vista é preferível não ver os consumos; gestão dos riscos e da saúde pública sendo bom para o consumidor e para a comunidade e a dimensão humanismo e pragmatismo.

- Benefícios quer para a comunidade quer para os utilizadores de drogas, considerando que seria benéfico para todos.

“Eu acho que seria bom, será bom para nós e para eles. Acho que era bom para todos.” N° 7 (Comerciante em S. Sebastião, 35 anos).

“Claro que sim, seria bom para eles e mais benéfico para toda a sociedade, acho eu.” N° 27 (Morador em S. Sebastião, 57 anos).

- “Longe da vista”, este é um dos argumentos mais utilizados pela maioria dos entrevistados. Há uma visão (literal) de que estes consumos existem, pelo que consideram necessário criar condições para que a sociedade não tenha de se confrontar com os mesmos na via pública.

“Pelo menos não andavam aí na rua a fazer isso.” N° 4 (comerciante em S. Sebastião, 42 anos).

“Olhe, é melhor que eles estarem por aí na via pública, arranjassem isso era melhor eles estarem ali, não incomodavam ninguém, ninguém via. (...) Acho que sim, se houvesse uma sala ao menos lá, iam lá, e drogavam-se lá e não sei quê que mais e era bom, pronto.” N° 8 (comerciante em S. Sebastião, 30 anos).

“Acho bem, que é como disse na anterior, que é para eles não andarem aí pelos cantos a picar, crianças a passar e eles a picar, acho bem.” N° 17 (Comerciante em S. Sebastião, 24 anos).

“Para mim tanto me faz, até era melhor, assim um gajo nem se chocava tanto a passar em determinados sítios, há determinados sítios aqui em Guimarães que aquilo é uma pouca vergonha.” N° 21 (Comerciante em S. Sebastião, 19 anos).

“Eu acho que sim, acho que deveriam criar uma sala dessas para que essas pessoas tivessem o seu espaço, para não se misturassem com as outras pessoas”. N° 24 (Comerciante em S. Sebastião, 40 anos).

- Gestão dos riscos e da saúde pública. Outro motivo apontado pelas pessoas que se mostram favoráveis à implementação da estrutura prende-se com a questão da saúde pública nomeadamente com o abandono de material de consumo e com doenças transmissíveis:

“É assim, é sempre bom mas não sei até que ponto. (...) É mesmo mais até por questões de segurança, às vezes eles vão para sítios e deitam as seringas e até as crianças e assim casos que uma criança pode pegar e assim e ficar infectada. É, é bom!” N° 12 (Comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

“Eu concordo, prefiro muito mais que eles estejam num sítio, que tenham condições de higiene do que ter seringas espalhadas pelo chão, que é prejudicial para eles e para nós. É o mais lógico (...) nós estamos-nos a proteger a nós e a eles. Cada um faz aquilo que quer.” N° 19 (Comerciante em S. Sebastião, 26 anos).

“Eu acho que sim, nem há dúvidas sobre isso, é melhor que eles andarem para ai a drogar-se a torto e a direito. (...) se houver uma coisa dessas há como gerir essas situações, isso é bom, é óptimo. Com certeza.” N° 31 (Comerciante em S. Sebastião, 65 anos).

“Acho que sim, era preferível tê-los reunidos num sítio onde tivessem condições para fazerem o que querem fazer, do que em qualquer canto ou esquina sem condições nenhuma nomeadamente de higiene. À semelhança deles a prostituição também devia ter um sítio.” N° 10 (morador e comerciante em S. Sebastião, 57 anos).

Quando a comunidade defende a implementação da estrutura, tendo em conta os benefícios para os utilizadores de drogas, os motivos vão ao encontro dos princípios da RRMD:

- Humanismo e Pragmatismo. Este é também um dos motivos expressos no decreto – lei nº183/2001 de 21 de Junho de 2001 , que evoca estes princípios para a regulamentação das respostas de RRMD, sendo que : “...leva ao reconhecimento da importância de se desenvolverem programas e medidas que contribuam para a redução de riscos e minimização de danos do consumo de drogas”.

No que concerne à dimensão humanista, esta manifesta-se sobretudo na defesa da dignidade e da ajuda a estas pessoas.

“Agora, se estão a pensar num projecto desses acho bem acaba por actuar, portanto, nas massas e eles terem um espaço mais digno para poderem estar (...)” N° 3 (Comerciante em S. Sebastião, 53 anos).

“Acho muito bem, acho muito bem, se pudesse ser, que é para esses desgraçados. Olhe quando está muito frio, eu na cama digo assim, aqueles desgraçados a dormir naqueles cartões, havia de haver uma casa própria para eles dormir, para repousar à noite.” N° 6 (Moradora em S. Sebastião, 80 anos).

“(...) porque é uma questão de dignidade, para as pessoas, uma questão de higiene não é?! Para não terem de assistir a este tipo de situações na rua.” N° 23 (Comerciante em S. Sebastião, 26 anos).

“Pois, deixar à vontade deles e não chatear as pessoas. (...) O problema é eles meterem-se naquilo e até acabam por morrer. (...) Não estamos livres de nos acontecer a nós.” N° 26 (Moradora em S. Sebastião, 77 anos).

No que diz respeito à dimensão pragmática da defesa da implementação deste tipo de estrutura, as entrevistas revelam que as pessoas encaram esta resposta como uma continuidade do trabalho desenvolvido pela equipa de rua, constituindo uma parte da resolução desta problemática, nomeadamente como transição para o tratamento.

“Acho que está bem, se já estão a assistir na rua isso ainda vai melhorar mais. Eles realmente precisam de ajuda, se já estão a ajudar na rua, acho bem que exista o estabelecimento, o sítio onde eles se possam tratar.” N° 7 (Comerciante em S. Sebastião, 35 anos).

“Bem, se ajudar a resolver o problema acho bem.” N° 4 (comerciante em S. Sebastião, 42 anos).

“Achava bem, achava muito bem, até a um certo ponto, não se habituassem, até se curarem.” N° 9 (moradora e comerciante em Oliveira do Castelo, 60 anos).

“ (...) por exemplo, conhecia um rapaz que morreu há 3 anos de overdose talvez por falta de acompanhamento, por falta de conhecimento. E é bem-vindo, sempre bem-vindo.” N° 3 (comerciante em S. Sebastião, 53 anos).

Os entrevistados que revelam indecisão face à implementação, reconhecem apesar disso, as vantagens da estrutura em questão, tanto para o consumidor como para a comunidade.

“ Eles consomem também em sítios escondidos, não é tanto por aqui, assim na rua não, só se for a fumar, de resto nunca vi (...) não sei, se fosse para eles melhorar era melhor, sim, se for para melhorar a situação era melhor, mas não sei (...).” N° 2 (comerciante reformada em S. Sebastião, 68 anos).

“Não sei, podia ser uma ajuda para haver mais toxicodependentes. Por outro lado, ia ser bom porque não iam prejudicar os outros. (Fica indecisa?) Sim, muito.” N° 15 (Moradora e Comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

Concluindo, no que diz respeito às posições contrárias à implementação da SCA, essa posição está intimamente ligada à percepção e imagem que a população faz do toxicodependente: *“ La percepción social que los vecinos tendrían de ,los usuarios, al encontrarse medida y modulada por este conjunto de representaciones sociales negativas, predispone a que los vecinos tengan una actitud inicial de rechazo social hacia éstos colectivos y/o personas afectadas por las drogodependencias.”* (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.46). As representações sociais que cada comunidade e, por sua vez, cada indivíduo tem do dependente, influencia a sua receptividade face aos serviços de apoio aos mesmos. As representações sociais estão também intimamente ligadas com o historial cultural e pessoal que o indivíduo transporta. Temos os que se opõem por motivos de relação custo/ benefício em termos comunitários, por entenderem que outros problemas sociais são mais relevantes. Como se pode verificar, a criação da SCA é vista de uma perspectiva assistencialista, sendo mal encarada a sua implementação (“dão-lhes tudo”); o dependente é visto como um receptor de ajudas e que nada dá em troca. *“...aquellos*

*que insisten en la perspectiva del conflicto de intereses, ponen su énfasis explicativo en la configuración espacial de los costes y beneficios” (Sepúlveda et al., 2008, p.32).*

A comunidade envolvente Vimaranesa auscultada, sendo que pertence às duas freguesias centrais da cidade, tem uma convivência diária com os consumidores de drogas, com diferentes interações. Podemos dizer que o consumidor Vimaranesa reflecte a imagem do *Junkie*, consome, tenta arranjar dinheiro para voltar a consumir através sobretudo de o “arrumar carros” e do pedir “uma moeda” pelas lojas ou a pessoas que passam na rua volta para consumir. Sendo que desenvolve a sua actividade no centro da cidade. A maioria da comunidade envolvente entrevistada tem essa experiência diariamente, os consumidores vão ao comércio pedir uma moeda, no parque de estacionamento, circulam pelas ruas, frequentam os cafés e as casas de banho públicas os jardins centrais são locais para descanso ou convívio, “vão estando por ali”. A população assiste ainda a consumos, encontra material abandonado nas vielas e em ruas mais estreitas, conhecem ainda locais de venda de produto. São espectadores diários das interações e rotinas dos consumidores. “...andam aí nos passeios de um lado para o outro atrás de droga ou do que for mas não fazem mal a ninguém.” (Nº2 Comerciante/Moradora, 68 anos, S. Sebastião). Todos os entrevistados têm um conhecido ou familiar consumidor e alguns revelam até terem algumas relações de camaradagem com os consumidores por ser habitual darem moeda ou por se cruzarem nos mesmos locais:

“Muitos até já me conhecem passo por eles e eles: “olá minha senhora!”. Eles se estiverem no seu normal, quando estão sem ressaca até são pessoas muito educadas acessíveis, disposta a ajudar. Por exemplo estou aqui a falar consigo e fosse a passar os que me conhecem eram capazes de chegar á minha beira e perguntar: “passa-se alguma coisa? para me defender, mas se estiverem de ressaca não fazem isso.” (Nº1 Moradora, 53 anos, S. Sebastião).

Relativamente à comunidade envolvente, que se mostra favorável à implementação de uma SCA, prevalece o argumento do incómodo que o consumo exposto do consumidor acarreta. Como anteriormente já explorámos neste relatório, a relação comunidade/consumidor, é pautada pelos factores desconhecido e medo, na maioria dos casos.

Prevalece ainda a dimensão do pragmatismo e humanismo, no direito que o consumidor tem à assistência e de meios, bem como o direito à privacidade, higiene e segurança, sendo estes os valores que pautam a acção da RRMD, os conflitos de implementação de respostas de

RRMD emergem de factores que extravasam estas dimensões, como já tivemos oportunidade de analisar.

É ainda interessante verificar que algumas pessoas encaram a SCA como uma continuidade do trabalho já iniciado pela Equipa de Rua. Como anteriormente apresentamos a SCA pretende ser uma complementaridade aos serviços existentes e mais uma valência de uma rede de serviços que se completam.

Tendo em conta as respostas favoráveis, era fulcral percebermos em que medida se manifestava o fenómeno NIMBY, (*Not in My Back Yard*).

As respostas mostram que, apesar de haver alguma proximidade numérica, são mais as pessoas que não se opõem à localização da sala perto de suas casas, do que aquelas que o fazem.

Posição face à localização	Frequência
“Não me importo que seja aqui”	E2, E6, E11, E12, E14, E19, E21, E26, E27, E28, E31 <b>(11)</b>
“Não me importo que seja aqui mas... é melhor noutro sítio”	E7, E10, E16, E17, E29 <b>(5)</b>
“Não quero que seja aqui”	E4, E8, E9, E15, E18, E23, E24, E25, E30 <b>(9)</b>

**Tabela 2: Respostas relativas à proximidade de uma SCA face à sua zona habitacional.**

Os entrevistados que encaram de forma positiva a implementação da estrutura perto da sua rua, ou mesmo da sua casa, apresentam argumentos de tolerância, compaixão e respeito pelo outro.

“Aqui na minha rua? Era indiferente na mesma. (casa) Também, era indiferente.” N° 21 (Comerciante em S. Sebastião, 19 anos).

“Não me importava, eles não fazem mal a ninguém, correm por aqui e por ali não fazem mal a ninguém.” N° 2 (Comerciante reformada em S. Sebastião, 68 anos).

“Não tinha problema nenhum. Isso é a mesma coisa, neste caso, que existir ao lado da minha casa pessoas que, até no meu próprio prédio podem existir pessoas alcoólicas ou toxicodependentes, e eu não posso... lógico que se me viessem incomodar, mas à partida sem problema.” N° 12 (Comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

“Não me importava, até gostava. Olhe se eu pudesse até ia para lá ajudá-los, ainda ia para lá dizer duas tretas para o lado deles, só para os conformar um bocado desta situação, não acha que é verdade? Isto é uma situação que eles têm, isto é uma doença que eles têm, como nós temos a nossa, isto é uma doença que eles têm, e tem dado cabo de muita fortuna a muitos pais, sabe?” N° 6 (Moradora em S. Sebastião, 80 anos).

“Desde que não trouxesse danos para nós, não me importaria. À partida se estão lá dentro, estão protegidos. Obviamente que ia haver uma concentração de toxicodependentes, todos à procura do mesmo. Mas eu acho que o convívio é possível, tem de haver uma certa atitude de respeito. Embora isto é tudo muito bonito na teoria, mas na prática não corresponde à realidade, era uma questão de experimentarem. Para verem o que acontece.” N° 19 (Comerciante em S. Sebastião, 26 anos).

As pessoas normalizam a sala de consumo assistido, desdramatizando a proposta ao compará-la com outro tipo de instituições ou comércio, como um centro de saúde ou uma *sex shop*.

“Desde que não arranjassem problemas não tinha mal, não sei, acho que não tinha mal.” N° 11 (Moradora e comerciante em S. Sebastião, 56 anos).

“(…) não tinha problema nenhum, era como alguém ir ao posto médico ou assim. Não tem problema nenhum, não está a prejudicar ninguém. Viver ao lado de um posto médico, onde as pessoas vão apanhar vacinas, não tem problema nenhum, não incomoda ninguém.” N° 27 (Morador em S. Sebastião, 57 anos).

“Bom, uma ruazinha assim com pouca passagem. Existem aí umas ruas porreiras para isso, como lhe hei-de explicar... também não é preciso mandar as pessoas pró meio dos montes, uma rua resguardada, ali na rua de couros. Acho muito bem. (Se fosse ao lado da sua casa?) Nem estou de acordo nem deixo de estar, ora bem as coisas são assim: se fosse uma coisa resguardada assim quase como um centro comercial as pessoas chegam ali uma *sex shop*, por exemplo, não me importava.” N° 31 (Comerciante em S. Sebastião, 65 anos).

O facto de se tratar de uma resposta devidamente estruturada e regulamentada é também argumento de não oposição à localização da estrutura.

“Acho que teria de ter regras, horários, regras, ser uma sala muito vigiada ou por polícia ou por até um grupo da segurança social, humm... como essa equipa que anda a dar-lhes a ajuda, essa sala teria de ser sempre vigiada, controlada para não haver mau ambiente (...) com todo o controlo acho que sim. (não se importava que fosse ao lado de sua casa?) Não, não, desde que fosse tudo muito controlado.” N° 14 (Comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

Relativamente às “pessoas *NIMBY*”, isto é, aqueles que concordam com a estrutura mas que têm resistências no que respeita à sua implementação na sua zona de residência, defendem a mesma num “sítio isolado” ou num “ambiente próprio”, o que vai de encontro ao argumento “longe da vista” que já evidenciámos:

“Uma sala dessas? Ahh (riso) isso já era mais complicado. Não, acho que tem de ser um sítio isolado para não dar, para as pessoas não se aperceberem do que é. Porque cria mau ambiente, numa rua com lojas de negócios já viu o que é? O corredinho, acho que isso não é bom sítio. E) Se fosse aqui ao lado? e) Não acho bem isso, já viu os meus clientes a chegar aqui e quer dizer, são pessoas de um nível e pessoas de outro que não tem nada a ver. Iam incomodar, acho que não era bom isso. Tinha de ser um sítio isolado.” N° 8 (Comerciante em S. Sebastião, 30 anos).

“Também não me importava. (casa) Bem isso já... mas se fosse numa coisa mais isolada que não desse incomodo às pessoas. Há uns que não, mas outros são atrevidos com a droga, são mesmo.” N° 9 (Moradora e comerciante em Oliveira do Castelo, 60 anos).

“Eu acho que devia haver um sítio próprio para criar uma sala dessas, devia de haver, não é normal a não ser que esteja devidamente protegida da vista de toda a gente, de resto não sou contra isso, sou até a favor. (casa) Não ia gostar, é lógico. Não ia gostar mas, as pessoas, quem tomasse essa iniciativa devia ver que não se deve criar em qualquer sítio, tem que ser um sítio próprio para essas situações, um local mais resguardado para essas situações. “N° 24 (Comerciante em S. Sebastião, 40 anos).

“ (...) Se houvesse uma sala? Se quer que lhe diga nem sei bem. Se fosse mesmo por baixo da minha casa era contra. Isso tem de ter um ambiente próprio. Por muito que fosse confidencial, e assim há sempre coisas.” N° 25 (Comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

“Não sei, eu estou aqui no sítio onde eles param, por isso e com os técnicos e tudo, acho que não era por aí. Nunca pensei nisso, sinceramente. (casa?) Eu acho que não ia gostar muito, não é por nada mas não gosto muito de passar por esse tipo de pessoas, fico revoltada, fico triste. É mais por aí, não é por ter receio porque como disse eles portam-se bem no sítio onde ficam, eles necessitam deste sítio, escondido, onde se encontram, onde o vendedor também vem, e acho que não ia ter receio.” N° 23 (Comerciante em S. Sebastião, 26 anos).

O NIMBY pode ser explicado e analisado em duas perspectivas, uma racional – sendo uma reacção intencional e racional de um indivíduo em defesa de um interesse próprio, e outra de âmbito cultural, sendo a manifestação de imagem socialmente construída: “...desde una perspectiva racional, es decir, desde una perspectiva basada en el supuesto de que detrás hay decisiones intencionales de agentes racionales individuales o colectivos que coordinan intereses propios en situaciones de intercambio desigual, o desde una perspectiva culturalista, es decir, desde la perspectiva de sujetos colectivos que producen y reproducen significaciones compartidas y construidas socialmente.” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p.34). Como é natural encontramos estas duas manifestações:

Temos ainda as pessoas que apesar de algum receio, acabam por mostrar alguma resignação face à escolha do local para implementação da estrutura: “se tiver de ser...”.

“Se fosse na minha rua? Olhe paciência tem de ser em algum lado.” N° 10 (Morador e comerciante em S. Sebastião, 57 anos).

“Que pergunta que me está a fazer. Acho que não devia ser perto de escolas e colégios, porque depois tem os passadores a vender e podem

aliciar os jovens. Não ia para a porta da câmara dizer tirem daqui isso, mas também não ficava felicíssima.” N° 16 (Comerciante em S. Sebastião, 38 anos).

“Paciência, tinha de ser, não era? Claro que incomoda, porque se eles entrassem lá para dentro e estivessem lá dentro a fazer as coisas, aí não me incomodava. Mas vai haver alturas em que eles vão estar cá fora a falar, ou algum lembrasse e faz isso cá fora, e causa um bocado de mau ambiente mas se tiver de ser, o que é que eu vou fazer? Não os vou correr à paulada.” N° 17 (comerciante em S. Sebastião, 24 anos).

É interessante o modo, por vezes até despreocupado, com que alguns entrevistados encaram a implementação de uma sala de consumo assistido, como apenas mais um serviço que está à disposição, normal como uma farmácia ou hospital. Uma das entrevistadas confundiu inclusive o CRI com uma sala de consumo assistido, pensando que lá se poderia consumir.

Como é evidente existem algumas preocupações e constrangimentos no que concerne à localização e às normas que a sala deve ter, sendo estes factores a ter em conta quando se pensar sobre uma possível implementação de uma SCA. O local de implementação é, sem dúvida, um factor a ter em conta no processo de criação da resposta. Assim como os entrevistados chamam a atenção para locais próximos escolas, a legislação contempla um conjunto de locais e normas que devem ser respeitadas.

Quando auscultadas sobre a figura ou entidade responsável pela criação da SCA em Guimarães, as estruturas nomeadas com maior frequência são a Câmara Municipal e o Governo, apresentadas como responsáveis isolados ou em parceria.

<b>Estrutura(s)</b>	<b>Frequência</b>
Câmara Municipal	E12, E13, E16, E17, E19, E21, E27 (7)
Governo	E2, E6, E7, E18, E26 (5)
Segurança Social	E25 (1)
Delegado de saúde	E11 (1)
Governo + Câmara Municipal	E10, E14, E15, E20 (4)
Governo + Câmara Municipal + Segurança Social	E1, E4, E9 (3)
Governo + Câmara Municipal + Hospital	E3 (1)
Instituição + Governo	E8 (1)
Câmara Municipal + Instituição	E24 (1)

**Tabela 3: Respostas relativas à responsabilização da implementação de uma SCA**

A Câmara Municipal é a estrutura mais vezes referida. Apesar de figurar como responsável pela implementação deste tipo de estrutura, muitas entrevistas mencionam a importância da colaboração com outras instituições que têm meios importantes como Hospital, Segurança Social, entre outras.

“A própria câmara deveria arranjar um local adequado para que eles recebessem todos os cuidados, e onde tivessem condições, com higiene.”  
Nº 27 (Morador em S. Sebastião, 57 anos).

“A câmara. Mas todos têm de colaborar, psicólogos, seguranças, humm... para tudo é preciso a colaboração de todos.” Nº 19 (Comerciante em S. Sebastião, 26 anos).

“Eu acho que à Câmara de Guimarães, acho que devia tentar arranjar, acho que com outras instituições, claro.” Nº 24 (Comerciante em S. Sebastião, 40 anos).

Apesar de a Câmara Municipal ser mais vezes mencionada, a análise de conteúdo permite-nos verificar que há uma maior responsabilização do Estado enquanto administração central face a esta questão, quer quando é referido como único responsável, quer quando é apontado como principal garante de uma estrutura promovida por outrem, nomeadamente a Câmara Municipal ou uma Organização Não Governamental.

“É ao governo, o Governo é que tem que ver essa situação. Eu se fosse uma ricaça até fazia isso, mas não sou, tem de ser o Governo. (...) É por isso que a droga devia ser vendida na farmácia, como a gente ir buscar os nossos remédios. Havia de ser tal e qual, não acha que devia ser assim?”  
Nº 6 (moradora em S. Sebastião, 80 anos).

“Eu acho que é ao estado, só se houver alguma instituição com ajudas que possa fazer isso. Compete ao estado fazer essas coisas, é o Estado que trata das pessoas, eles é que fazem as escolas e os hospitais, por isso acho que deve ser, eles precisam de ajuda por isso deve ser o estado.” Nº 7 (comerciante em S. Sebastião, 35 anos).

“À Câmara com a ajuda do Estado. Porque as câmaras não fazem milagres, o estado às vezes o dinheiro é mal investido, toca a investir nessas coisas para bem da comunidade em geral.” Nº 14 (comerciante em S. Sebastião, 37 anos).

“A uma instituição qualquer, há tantas era mais uma, se é que não há, não sei. O Governo, apoia tanta coisa, também tem de apoiar.” Nº 8 (comerciante em S. Sebastião, 30 anos).

É de salientar a referência às parcerias, a ideia de articulação entre entidades e colaboração mútua. Apesar de serem facilmente identificáveis os principais responsáveis, há uma certa noção de partilha de responsabilidade, o que de alguma forma era expectável, tendo em conta o histórico de associativismo<sup>14</sup> que caracteriza a população vimaranense. Este é um aspecto fulcral visto que na actualidade os problemas sociais, a sua definição e contextualização são cada vez mais atribuídos não só aos especialistas das ciências sociais mas às instituições e outros agentes que estão na comunidade (Sepúlveda *et al.*, 2008). Do mesmo modo, atribui-se ao Estado, administração central e local, a responsabilidade pela resolução e implementação de respostas que combatam as problemáticas de âmbito social.

---

<sup>14</sup> Algumas das instituições de acção social da cidade de Guimarães surgiram de associações já existentes na cidade (ex.: Sol do Ave, Fraternal, etc.)

### 5.2.2. Utilizadores de Drogas

Foram entrevistados 13 utilizadores de drogas, utentes do projecto IN-Ruas. Analisa-se aqui a posição deste grupo face à implementação de uma sala de consumo assistido, nomeadamente: 1) motivos apontados para a implementação da mesma; 2) interesse em ser utente da estrutura; 3) Que uso faria da sala e/ou que serviços gostaria de encontrar.

Os principais motivos apontados para a criação desta sala prendem-se com as condições de higiene e com a privacidade.

Motivos a favor	Frequência
Condições de higiene e segurança	E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E12, E13 (7)
Privacidade (estar descansado)	E4, E5, E8, E11 (4)

**Tabela 4: Respostas relativas às motivações favoráveis à implementação de uma SCA**

“Eu penso que sim, eu penso que sim. Porque principalmente onde a equipa vai, vocês sabem que aquilo é uma nojice, aquilo é uma porcaria autêntica, e ali para apanhar doenças meus deus, aquilo deve estar tudo contaminado. E aqui se existisse uma sala dessas, com higiene totalmente, a 100% era o ideal” (Consumidor por via fumada, 42 anos).

“A sociedade havia de se convencer, convencer o presidente da câmara, arranjar uma sala de chuto, porque aqui há tantos espaços abandonados porque é que a sociedade não convence o presidente da câmara a arranjar isso. Se não querem ver o drogado na rua, a consumir, para as crianças passarem e ver, acabo por surgir, nós não conseguimos controlar tudo. Para que isso não acontecesse porque é que a sociedade não convence o presidente da câmara a arranjar isso?! Há tantos aí abandonados e pronto podia haver com os seus enfermeiros, ter o apoio que é preciso.” (Consumidor por via injectada, 41 anos).

Os consumidores, aprontam o factor higiene como essencial para quererem uma SCA. A maioria dos locais onde consomem não tem nem condições de higiene nem de segurança. O consumidor ao consumir em locais públicos fica exposto perante a comunidade envolvente e as forças de segurança.

É interessante verificarmos que as preocupações se estendem à comunidade, privacidade para o consumidor e para a restante comunidade, saúde pública para o consumidor e para a restante comunidade sujeita a material abandonado, entre outras situações. A comunidade quer uma SCA para não ter de ver os consumidores, para não ter seringas na rua – saúde pública, por uma questão de dignidade para o consumidor, higiene; o consumidor quer uma SCA pelos mesmos motivos para seu bem próprio, para ter segurança e higiene para poder estar descansado a consumir.

Apesar das diferenças e distâncias entre eles, que o censo comum nos transmite, ao serem ouvidos, revelam-nos que partilham das preocupações e motivações.

A privacidade, numa SCA poderiam estar resguardados dos olhares dos outros, o que era bom para eles consumidores como por exemplo das forças policiais, quando efectuam consumos em locais públicos estão mais visíveis e o receio de aparecer alguém prevalece levando a que muitas vezes coloque em risco a higiene e segurança do consumo.

Relativamente ao facto de ser utente desta estrutura, todos os entrevistados responderam estarem interessados em ser utentes da SCA por motivos semelhantes aos anteriores: privacidade, melhores condições para consumir, resguardo da policia.

Motivos para ser utente	Frequência
Privacidade	E4, E5, E8, E9, E11, E12 (6)
Melhores condições de para consumir	E1, E2, E3, E4 (4)
Resguardo da policia	E4, E8, E11 (3)

**Tabela 5:Resposta relativas às motivações para ser utente de uma SCA**

“Eu ia gostar muito, tinha prata e ia sossegado. O pessoal também ia gostar.”  
(Consumidor via fumada, 38 anos).

“Eu gostava de ser utente, era muito melhor para mim, e acho que todos os drogados também gostavam de certeza. Pelo menos a maioria daqueles que eu conheço, tenho as certezas que gostavam. Ao menos aí a gente não era incomodado pela autoridade, por A ou C ou mesmo pela família, pessoas

conhecidas, como eu a família não sabe que eu consumo, pensam que estou só em tratamento, por isso já vê.” (Consumidor via injectada, 41 anos).

“Não me importava, se andasse a consumir. (...) estar assim nestes sítios degradados, pode aparecer, sei lá, não tem jeito. Com esse sítio, podia estar nas calmas. No túnel tem vento, está sujo, para além de ser sujo, pode aparecer muita gente, vem alguém naquela de nos revistar, pode aparecer a “moina” e tem “moinas” que só porque não vão com a nossa cara, chegam à nossa beira e só porque só “moina” vou tirar-te o pacote porque está sol e uma pessoa está a ressacar e quer fumar. Se temos um local onde podemos fumar e não fosse lá ninguém, fosse legal. Melhor.” (Consumidora via fumada, 19 anos).

Os principais motivos que os levariam a ser utentes de uma SCA vão de encontro às respostas anteriores: a privacidade, a higiene tanto no espaço como no material de consumo, e o factor calma, o saberem que podem estar a consumir com calma, sem que sejam interrompidos. Relativamente à redução de riscos, num ambiente calmo podem-se potenciar consumos mais correctos em termos de utilização de material e de prática, ou seja um consumo mais seguro para a sua saúde e mais higiénico, uma continuidade ao trabalho da equipa de rua.

Os consumidores foram ainda questionados sobre o que gostariam de encontrar na SCA, para além de poderem consumir, que uso dariam a este espaço. As respostas apontam para apoio psicológico e social, alimentação, o mesmo que na equipa de rua, outros (Biblioteca, Televisão, Sala de Convívio, Banho, um Sítio).

Uso da SCA	Frequência
Apoio psicológico e social	E1, E2, E6, E8, E11, E12, E13 (7)
Alimentação	E8, E9, E12, E13 (4)
= Equipa de Rua	E3, E12, E13 (3)
Outros	E9, E4, E10, E4, E13 (5)

Tabela 6: Respostas relativas aos serviços que cada consumidor gostaria de encontrar numa SCA

A maioria dos utentes aponta como principal procura o apoio psicológico e social, , apoio para contacto com a Segurança Social ou outros assuntos dessa índole. Está é uma população marcadamente isolada e muitas vezes discriminada, entendesse por estas respostas que o que pretendem encontrar na SCA, para além da respostas às necessidades básicas: comer, consumir; eles procurem ter um espaço próprio, onde se identifiquem, onde possam encontrar outras pessoas como eles, onde sabem que podem encontrar apoio para questões sociais e psicológicas, mas também simplesmente para uma conversa para poderem simplesmente estar.

“Não sei, se calhar como aqui na rua. Comida, alguém para ajudar, às vezes vem aqueles papéis da segurança social e assim. Era bom.” (Consumidor via fumada, 38 anos).

“Um cantinho para consumir hmm se calhar para poder tomar banho, às vezes faz falta, alimentação prontos e assim pessoas como aqui, para conversar e ajudar.” (Consumidor via injectada, 45 anos)

“Pessoas que nos apoiassem. Às vezes uma pessoa passa-se e mete uma corda ao pescoço e diz eu não consigo e lá vai. Há aquelas crises que toda a gente tem. Tenho uma amiga que se matou assim. Se ela tivesse alguém com ela, ela não morria, só que eu nunca pensei que ela ia fazer isso, nós temos essas crises. Era bom.” (Consumidor via fumada).

O consumidor passa por um grande isolamento social, por diferentes factores já explorados neste relatório. O afastamento dos consumidores das estruturas de saúde e sociais pode potencialmente ser colmatado com esta estrutura (SCA), sendo um espaço destinado ao consumidor. A exclusão social por que passa, gera mais exclusão social, como nos explica Andrade *et al.*: “ É reprodutora de si mesma, em que a cisão social proporciona por sua vez uma maior marginalização, não só materialmente mas também simbolicamente, conduzindo a um sentimento de auto-exclusão” (p.10, 2007). Portanto chega um momento em que o próprio

consumidor se exclui de participar em certos contextos, nomeadamente os serviços de saúde, e de respostas sociais.

### 5.2.3. Entidades e decisores locais

Foram realizadas um total de sete<sup>15</sup> entrevistas a entidades e decisores locais: Câmara Municipal de Guimarães, Junta de Freguesia de Oliveira do Castelo; Junta de Freguesia de S. Sebastião, Polícia de Segurança Pública, Centro Hospitalar do Alto Ave – Infecçciologia, Agrupamento de Centros de Saúde Ave II e Bombeiros Voluntários de Guimarães.

Os dados aqui analisados referem-se a três grandes questões: 1) percepção da sala de consumo assistido como parte da solução para os problemas associados à toxicodependência em Guimarães; 2) identificação de preocupações e sugestões; 3) papel da entidade na implementação da estrutura.

A maioria das entidades auscultadas entendem que a implementação de uma SCA em Guimarães pode constituir parte da solução para os problemas de saúde pública associados à toxicodependência.

“ (...) temos sempre como principio o espírito aberto a soluções novas, desde que comprovem que podem minimizar o problema da toxicodependência. (...) Se contra factos não houver argumentos seremos os primeiros a fomentar esta medida. O Município de Guimarães já foi pioneiro em várias políticas sociais, e não só, no país.” (Câmara Municipal de Guimarães)

“É uma medida que deve ser aplicada com urgência, é uma questão de saúde pública, e, se a lei prevê, a cada dia que passa sem a execução desta medida, estamos a atrasarmo-nos no combate à minimização deste problema e seus derivados.” (Junta de Freguesia de S. Sebastião)

“Esse tipo de programas vai resolver um problema, que é isto: em Portugal ainda temos um grande número de toxicodependentes, e infectados, e esse tipo de programas vem contribuir para isso. Para que pelo menos não acha propagação. Por outro lado, faz que com eles tenham onde ir e deixem de se refugiar em casas abandonadas. Eu era contra, mas assisti: eles vão para a casa A, são retirados, vão para a casa B, C, e chegou a um ponto que eu desisti e disse mesmo à polícia “deixem-nos estar”. Com essa sala

---

<sup>15</sup> Foi contactado ainda o Padre da Paróquia de S. Sebastião que considerávamos importante ouvir devido à relevância que a figura do padre tem nas freguesias auscultadas, no entanto tal não foi possível por incompatibilidade de datas.

pelo menos sabíamos que estavam ali e estavam bem.” (Junta de Freguesia de Oliveira do Castelo)

“(…) não vai solucionar o problema globalmente porque o problema tem vários factores, dependem de várias coisas. Isto é apenas uma forma de criar condições como disse, condições de higiene e condições de prevenção de que terceiros tenham acesso a estes equipamentos e estas seringas a estas agulhas que por vezes andam por aí perdidas e que podem ser, pessoas menos avisadas, podem ser responsáveis por infectar outras pessoas (...) Uma medida destas, acho, é positiva e é uma forma de não metermos a cabeça na areia, uma forma de sermos realistas e sabermos que o problema existe e existindo problema temos por um lado a prevenção a prevenção existe de varias maneiras...” (Agrupamento de Centros de Saúde do Ave II)

“ (...) Portanto, se eu tenho consciência de que há um grupo de pessoas, que se estão a injectar em pleno centro da cidade, se calhar muitos deles até têm outro tipo de doenças, tuberculose, etc., eu tenho de dizer-lhes que aquele não é o local ideal para eles estarem a fazer isso. Portanto, se arranjam um sítio para eles estarem, tanto melhor. Agora, na minha perspectiva essa não é a solução.” (Centro Hospitalar do Alto Ave, Serviço de Infecçciologia)

“Era melhor, no fundo, era melhor que existisse, era fundamental às tantas que existisse com técnicos credenciados para essa parte, porque o número vai descendo, e nota-se que essas pessoas, a sociedade vai tendo um certo receio em relação a essas pessoas. (...) Acho muito bem que fosse criada uma casa, uma vez que vão consumir e vão, iam dentro dessa casa para fazerem o consumo, com toda a higiene possível para que não fossem mais contaminados que aquilo que já estão.” (Bombeiros Voluntários de Guimarães)

Portanto, de um modo geral, reconhecem na SCA não só a utilidade mas uma necessidade, algo importante para a cidade de Guimarães e particularmente nas freguesias do “centro” São Sebastião e Oliveira do Castelo.

Não obstante, consideram que alguns passos devem ser dados antes de avançar com uma implementação efectiva, alguns passos são essenciais.

Como preocupações e sugestões das entidades e decisores locais, destacam-se as seguintes: 1) ouvir a comunidade Vimaranesa, 2) basear a implementação da estrutura num estudo devidamente fundamentado; 3) articular com outras respostas, numa lógica de trabalho em rede; 4) integrar a sala de consumo assistido em complexos hospitalares ou similares. Estas preocupações e/ou sugestões vão de encontro de algumas das preocupações da comunidade envolvente, nomeadamente o trabalho em rede.

“E, havendo estudos fundamentados não teríamos problemas nenhuns em sermos os primeiros a adoptar esta medida e também seria importante aqui ouvir a comunidade Vimaranesa (...) e quando esses estudos me chegarem às mãos e depois de ouvir a comunidade Vimaranesa não vejo porque não.” (Câmara Municipal de Guimarães)

“(...) caso se chegue a esta conclusão através de um estudo devidamente fundamentado, articulado com a saúde, com o Instituto da Droga e da Toxicoddependência (...) uma vez mais é importante o trabalho em rede quer com o município quer com as equipas de saúde (...) e nós estamos, como referi, prontos para em articulação com a equipa da saúde com todas as equipas que promovam a saúde, trabalharmos neste propósito (...). (Câmara Municipal de Guimarães) ”

“ (...) a haver salas de assistência ao consumo, estas deverão estar integradas em complexos hospitalares ou similares, pelo menos por três motivos: 1) Diluição dos clientes com o público genérico desse espaço físico; 2) Melhor assistência em caso de crise, aproveitando sinergias; 3) não impor a presença de indivíduos toxicoddependentes a moradores do local onde se possa autonomamente criar um local desses, nem impor ao doente o estigma associado ao local.” (Polícia de Segurança Pública)

Sendo que uma SCA não faz sentido sem funcionar em rede com outras valências e instituições procuramos saber junto das entidades auscultados se poderiam colaborar e qual o papel que desempenhariam na implementação e funcionamento de um projecto-piloto, em diferentes níveis:

“Se quiserem a minha opinião ou a minha ajuda na procura de uma sala para isso, porque não, já (...) é uma prática que se faz em outros países não é uma ideia nossa, se aplicaram a lei é para que mais depressa se resolva e penso que já deve haver relatórios conclusivos para que isso será útil.” (Junta de Freguesia de Oliveira do Castelo)

(...) é uma hipótese que não me importo nada de ponderar mas num plano integrado, mais vasto de promoção da saúde, em primeiro lugar a promoção da saúde. (...) É uma oportunidade que com a presença dos consumidores neste local possamos promover por um lado a saúde e possamos a dirigir acções educativas para este público-alvo, encaminhá-los para recursos sócio-sanitários e clínicos já existentes (...).” (Câmara Municipal de Guimarães)

“...a unidade de saúde pública pode dar o seu contributo licenciar digamos assim entre aspas, ver de que modo devem funcionar e fiscalizar o seu funcionamento é também em termos de medidas de higiene temos também um papel, além do mais reunir condições para vigiar a saúde destas pessoas e de alguma maneira contribuir para atingir melhores níveis de saúde.” (Agrupamento de Centros de Saúde Ave II)

“O nosso papel seria na base de servir como interlocutor junto das entidades que têm os meios para as colocar em prática. E tentar que junto da sociedade civil também arranjar meios.” (Junta de Freguesia de São Sebastião)

O Decreto-Lei n.º 183/2001 é bastante claro quanto à responsabilização do poder local no que concerne à tomada de decisão de implementação de uma SCA: “Iniciativa e gestão 1 – Os programas para consumo vigiado são da iniciativa das câmaras municipais ou de entidades particulares cujas finalidades estatutárias incluam a luta contra a toxicodependência, cabendo-lhes igualmente a gestão. 2 – A autorização para a sua criação cabe ao IPDT, ouvida a câmara municipal da área sobre a sua utilidade e conveniência, quando não for sua a iniciativa, sendo renovável anualmente.” Sendo que cabe ao poder local tomar consciência e delinear a problemática da toxicodependência e accionar as respostas. Comunidade local e decisores locais, que se mostram favoráveis mostram uma preocupação comum, o trabalho em rede. A comunidade envolvente menciona-o relativamente à criação da sala, atribuindo a

responsabilidade à Câmara Municipal vê nas parcerias uma questão fundamental, do mesmo modo os decisores locais vêem o trabalho em rede como fundamental.

#### 5.2.4 Decisores nacionais

No que concerne aos decisores nacionais, entrevistamos o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH-Sida. O objectivo das entrevistas passou por perceber em que medida estas entidades consideravam útil e exequível uma SCA em Guimarães.

Posto isto, o IDT mostrou uma opinião desfavorável a uma implementação em Guimarães. Os argumentos desfavoráveis passam por eficácia das respostas existentes e por não ser um tema em discussão na sociedade portuguesa. Relativamente à eficácia das respostas existentes referem-se claramente as equipas de rua e ao seu trabalho no terreno, evidenciando os bons resultados que têm tido, bem como o crescimento do número de equipas existentes, Relativamente ao facto de a toxicodependência não ser um tema de discussão da sociedade portuguesa, neste momento económico que atravessamos e tendo a população outras preocupações seria arriscado trazer este tema da implementação de uma SCA para a discussão pública.

“ Noutras zonas do país eu penso que as franjas mais desorganizada da população toxicodependente as potenciais utilizadoras deste, destas respostas são tocadas através de outros dispositivos também e progressivamente têm vindo a ser absorvidas e aproximadas do sistema de saúde também, através da intervenção mais comunitária das equipas de rua sobretudo e que (...) há encaminhamento para tratamento em muitos casos.”  
(IDT)

“É residual, é abordável por outras vias, é mobilizável e tratável, podemos usar este termo, por outras vias e não se justifica em termos de custo benefício a instalação de um programa desses” (IDT)

“ (...) a implementação deste dispositivo depende da intervenção do IDT mas exige o apoio das, o apoio, a concordância das autarquias e o que é facto é

que nunca foi uma aposta consequentemente perseguida. Quando foram criadas condições políticas para a implementação prática deste dispositivo, a partir de 2002, foi por parte dos próprios técnicos que intervinham no terreno opiniões de que já não se justificaria a sua implementação(...)penso que em 2001, 2002 teria feito sentido teriam poupado eventualmente muitas vidas mas hoje não me parece e digo não é só a mim isto tem muito a ver com o diagnóstico, com a impressão que nos chega do terreno. Este tipo de decisões não é perecível, por um lado pelos pareceres técnicos por outro lado sem desprezar também a componente política, hoje sentimos que já não há justificação nestas duas grandes cidades, que eram as potenciais localizações para este dispositivo, para instalar.” (IDT).

“Nós temos de pensar que a nossa actividade não acontece numa ilha, estamos num contexto em que por exemplo o desemprego é importantíssimo na sociedade portuguesa, fala-se da estigmatização dos toxicodependentes e na dificuldade em acederem a um emprego mas quando temos na sociedade portuguesa um conjunto de pessoas sem esse estigma e enfrentando o mesmo tipo de problemas, temos de ter consciência que as medidas de discriminação positiva têm, não podemos também ser insensíveis aos outros fenómenos sociais” (IDT).

“Tivemos a prova disso recentemente quando tivemos três momentos eleitorais em quem não se disse uma linha sobre a droga, quando há 10anos atrás era o cavalo de batalha de todos os partidos políticos, era um dos temas que era necessariamente chamado à coacção, de facto não haver debate político em torno disto, significa que as forças políticas reconhecem os resultados que temos tido. Todas as forças políticas, reconhecem que o problema da toxicodependência sendo um problema importante na sociedade portuguesa saiu da primeira linha da preocupação dos portugueses, está relativamente contido, ainda existe com grandes dimensões ainda.” (IDT).

“Mesmo que seja de pequenas dimensões, a logística necessária (pausa) nós temos a felicidade de lidar com o fenómeno da toxicodependência de uma forma que está muito consensualizada e pacificada na sociedade portuguesa” (IDT).

Portanto, o IDT considera que neste momento não existem motivos para se avançar para uma resposta como uma SCA sendo que as respostas existentes no terreno têm resultados satisfatórios, respostas como equipas de rua, CRI, centros de acolhimento, entre outras. Consideram que na actual conjuntura económica o despertar deste assunto na sociedade portuguesa, poderia criar uma espécie de revolta contra os consumidores sendo que neste momento as prioridades sociais são outras. A verdade é que ao centrarmos a nossa acção na resolução de um problema social excluímos outro problema social, portanto é uma questão de urgência ou preferência o que não agrada a toda a população. Este é um problema que é documentado por Criado, (2005) citado por Sepúlveda (2008): “... *excluir otras situaciones e dejarlas en segundo plano como problemas que exigen soluciones.*” Deste modo entendesse que governamentalmente ou serem feitas escolhas de intervenção numa problemática outras tenderão a ser descuidadas.

Nesta análise, torna-se interessante verificarmos que por norma, as respostas de RRMD, são apresentadas pelos organismos do estado (IDT), são impostas, ou seja, é feito um diagnóstico implementa-se uma resposta mas a população muitas vezes não tem consciência ou conhecimento da mesma, o desconhecimento cria logo por parte da pessoa o sentimento de desconhecido e medo. As populações não são ouvidas no terreno, nos processos de tomada de decisão e mais problemático, não são incluídas no mesmo processo, o que leva muitas vezes à oposição comunitária tanto quanto à localização de um serviço como quanto ao mesmo serviço.

Na comunidade auscultada neste trabalho verificamos o oposto, relativamente à receptividade. estão receptivos à implementação de uma SCA, contrariamente ao IDT que estende não ser uma resposta necessária, considerando-a mesmo desactualizada para a nova realidade. Posto isto, encontramos uma oposição por parte do IDT, organismo que gere as políticas e respostas no âmbito da toxicodependência em Portugal, quando se esperaria o contrário: “...*si se parte del supuesto de que los agentes de gobierno o de la administración están interesados legítimamente en generar inversiones de interés colectivo para la ciudad o la*

*comunidad amplia (...) decide implantar un bien de uso colectivo...*” (Sepúlveda *et al.*, 2008, p. 28).

Relativamente à Comissão Nacional para a infecção do VIH- sida (CNSida), esta entidade, mostra-se favorável a uma implementação de uma SCA. No entanto tendo em atenção alguns pressuposto como o número de utentes, o território em questão, não se justificando ter uma sala de consumo em todos os locais onde à toxicodependentes. A CNSida, vê na SCA um modo de prevenção e de humanismo para com o consumidor.

. “Do ponto de vista do programa nacional de combate, controlo, prevenção da infecção as salas de injeção assistida, ou o nome que lhe quiser dar, são um instrumento que pode ajudar a minimizar o risco de infecção. E portanto uma vez que a lei portuguesa as permite, e uma vez que as pessoas que injecta reconhecem em questionários e inquéritos públicos, que injectam em público, injectam sozinhos e em más condições, não vejo razões para que não haja, para que se experimente pelo menos fornecer essa alternativa que humaniza o consumo.” (CNSida)

“...fazia todo o sentido experimentar a sua utilidade. Até porque nos sítios que foi experimentado e até usando pessoas, usando pessoas quer dizer, servindo uma comunidade até culturalmente próxima da nossa, como são os portugueses que estão no Luxemburgo funcionou.” (CNSida)

Entende a CNSida que se devem acautelar algumas situações, sendo que uma sala de consumo só deve ser aberta em locais com um número de consumidores considerável, ela não se justifica em qualquer meio, tem de ser bem fundamentada e bem pensada.

### **5.2.5 Especialista na área das drogas**

A entrevista a Luís Fernandes, adquire neste trabalho a função de instrumento de ajuda à reflexão.

A sua posição, relativamente à implementação de uma SCA em Guimarães é favorável, mas com algumas cautelas, nomeadamente no que concerne à verificação da sua pertinência nesta cidade:

“ ...havendo utentes na rua, havendo pessoas na rua que o justifiquem, quer dizer, se houver 5 pessoas na rua não ou 6 ou 7 se há uma massa crítica de utentes que o justifiquem, deve ser aberta, adequada e dimensionada às necessidades locais. Uma coisa é abrir uma sala de consumo com uma cidade com 500mil habitantes e outra, é dimensionada ao território em causa, penso que sim, quer dizer se houver muito poucos indivíduos não vale a pena porque aí consegue-se fazer uma abordagem directa dos indivíduos para tentar ajudá-los de forma mais individualizada.”

Salienta-se aqui, mais uma vez a questão fulcral, que uma SCA deve ser utilizada como resposta para locais específicos que necessitam e onde os consumos problemáticos são uma constante, Luís Fernandes prendem ainda esta questão com a problemática NIMBY. Portanto, as SCA só fazem sentido onde é preciso, e é normal que quem tem consumos à porta de casa prefira uma SCA:

“Eu não vejo nada de especial, é a reacção natural das pessoas perante um tipo de fenómeno, que continua a causar muito incómodo que é a questão das drogas e do toxicodependente, que é um indivíduo olhado sempre com desconfiança e com receio. É o medo das pessoas que uma sala de consumo atraia para ali o pessoal e tal e as drogas e as vendas, é uma reacção infundada porque nos sabemos que nos sítios onde elas estão a funcionar que isso não aconteceu, pelo contrário até acontece uma certa pacificação, Mas como as pessoas não conhecem reagem pelo senso comum que é a reacção mais fácil, isso deve ser mau deve ser mau. É a mesma razão porque ninguém quer uma lixeira à porta e os

toxicodependentes são uma espécie de lixo, aliás são a *junkie people* os *junkie*, *junk* em inglês é lixo”

“Claro, claro mas se me fizesses a mim a questão se eu me importava que fosse na minha rua, a minha resposta é bastante simples, se na minha rua houvesse muitos tóxicos e a justificar uma resposta dessas, eu achava bem que fosse na minha rua, até me dava jeito que fosse. Agora como na minha rua isso não se passa não tinha jeito nenhum por na minha rua porque ela deve estar onde faz falta. Não é por uma só para dizer que temos, é por uma onde faz falta”

O fenómeno NIMBY é encarado como a reacção normal de uma população, prende-se como anteriormente vimos com o imaginário colectivo, e por outro lado com o medo do desconhecido que é uma SCA.

Quando falamos em benefícios em termos no que diz respeito à complementariedade de serviços que uma SCA traz para a RRMD, Luís Fernandes diz-nos:

“Sim, em zonas em que haja consumidores em estados com alguma degradação sócio sanitária, aquele género de consumidor que já andou num tratamento pelos tratamentos no plural, nas instituições por aqui e ali e às vezes no estrangeiro e tudo e que acabam por não conseguir tratar-se. Essa gente tem de ter uma resposta e a resposta pragmática, uma das respostas pragmáticas porque vai directa ao assunto, se não pode passar sem isto fornecesse, fornecesse o serviço, aliás vou mais longe, devia-se fornecer o serviço da sala de consumo por razões sanitárias e de segurança mas também para consumidores mais estremados fornecer a própria heroína”

Esta observação vai de encontro aos motivos apontados pela comunidade e pelos consumidores para terem uma SCA. Ela é necessária por questões primeiramente, higiénico-sanitárias, implicando a comunidade envolvente e o consumidor, salvaguardando os dois grupos.

Relativamente às indeterminações e não receptividade do IDT, o entrevistado considera normais tendo em conta a agenda política e os constrangimentos sociais actuais:

“...ele sabe que não tem retaguarda política, portanto tem um discurso de moderação porque sabe que lhe falta retaguarda política. Se a tivesse, estou convencido, que ele estava perfeitamente aberto a essa abertura. Retaguarda política, refiro-me ao Ministério da Saúde, partidos políticos neste caso o PS que está à frente na governação mas se fosse PSD é a mesma coisa, portanto são temas fracturantes em que os partidos políticos não querem mexer porque sabem que ferem susceptibilidades e perdem votos como é fracturante”

“São temas em que os políticos não têm muito a ganhar, normalmente só têm muito a perder, geralmente. E claro sabendo ele que o terreno político não é favorável estava a comprar uma guerra sem fim à vista (...) Agora dizer à priori que não traz benefícios, é um argumento estritamente político.”

Considera, como síntese, que a melhor forma de podermos perceber se traz ou não benefícios, se é ou não viável é a implementação de um projecto-piloto. Isto tendo em conta os indicadores internacionais e as zonas de grande consumo e tráfico como em Lisboa e no Porto.

Mais uma vez, uma opinião contrastante com a opinião do IDT mas que vai de encontro tanto às preocupações da comunidade e decisores locais, como vai de encontro à sua receptividade. Encontramos um ponto de contacto entre o discurso de Luís Fernandes, a comunidade envolvente e os consumidores, as motivações para a implementação da SCA são as mesmas.

### **5.3 Conclusões**

A principal conclusão, que podemos retirar dos dados recolhidos, é a receptividade por parte da comunidade envolvente, consumidores, decisores locais, um decisor nacional e um especialista na área das drogas, para a implementação de uma sala de consumo assistido na cidade de Guimarães.

As motivações para esta receptividade prendem-se com o benefício que essa estrutura traria para a comunidade em geral, com o facto de não terem que ver o consumo, por uma gestão dos riscos e de saúde pública e por uma questão de humanismo e de pragmatismo, no que diz respeito à comunidade. Relativamente aos decisores locais e nacional as motivações prendem-se com questões de humanismo e de pragmatismo e nomeadamente saúde pública.

Essa receptividade é marcada por um conjunto de preocupações e considerações sobre uma efectiva implementação, nomeadamente: serem elaborados estudos a diferentes níveis (determinação do local, do público alvo, entre outros) de modo a concretizar e fundamentar a necessidade da estrutura e a localização estratégica para resguardar determinados públicos como crianças. Por parte dos consumidores, todos favoráveis à implementação de uma SCA, as motivações vão de encontro às da comunidade envolvente, nomeadamente por ficarem “longe da vista” e deste modo terem mais privacidade, segurança para eles e para a restante comunidade.

Relativamente às posições desfavoráveis à implementação de uma SCA em Guimarães, elas prendem-se com o entendimento de esta estrutura ser um incentivo ao consumo, uma manutenção do problema e por entenderem que está população já recebe ajudas suficientes. Por parte do decisor nacional que se mostra igualmente desfavorável, o facto de este não ser um momento político propício à discussão desse tema é um dos factores, bem como o entendimento de que as respostas que já se encontram no terreno têm resultados satisfatórios que levam a que esta resposta já não seja necessária.

Quanto ao fenómeno NIMBY, ele não se revela na comunidade Vimaranesa na maioria dos entrevistados. Sendo até feita a comparação entre as SCA e outro tipo de organismos como Hospitais, farmácias ou lojas, tendo regras e sendo algo regulamentado e funcionando dentro da normalidade. Quando se manifesta o NIMBY as motivações passam por entenderem que este deve ter um ambiente adequado ou mesmo isolado. Quanto à configuração que os consumidores fazem da SCA, vêm nesse espaço mais do que um local para consumir, gostavam (precisavam) de lá encontrar apoio psicológico e social, alimentação e de um modo geral o mesmo que encontram na equipa de rua, referem ainda a importância de terem alguém com quem falar, uma biblioteca, um local para tomar banho.

No que toca à comunidade é interessante percebermos que se mostra receptiva, na sua maioria, a uma SCA. Este facto pode estar relacionado com o convívio diário que a população entrevistada tem com a problemática. Como nos lembra Luís Fernandes na entrevista, é

preferível ter uma SCA do que os consumos à porta de casa. É interessante, também percebermos que às motivações vão de encontro às dos consumidores, apresentando as mesmas preocupações. Do mesmo modo percebemos que as motivações da comunidade envolvente, dos consumidores e do especialista na área das drogas vão as três no mesmo sentido, portanto. Todos entendem que a SCA é necessária pelos mesmos motivos que já aqui enumeramos. Confrontamo-nos assim com o facto de a população de um modo geral pensar e aceitar a SCA, de um modo inesperado para o IDT que a considera uma resposta já desactualizada, sendo que os problemas a que esta respondia, são abrangidos pelas outras respostas previstas na RRMD.

Relativamente aos problemas de conflitos entre dependentes e comunidade envolvente parece existir nesta comunidade, um consenso nesta questão. O que não impede que os conflitos de implementação existam. Seria interessante em outros estudos posteriores, perceber até que ponto se aproximam e distanciam comunidade envolvente e consumidores, indo para além das motivações relativamente à SCA. Tendo esta proximidade de opinião não será a (potencial) distância ultrapassável com mediação ao nível comunitário? Não será um bom indicador para a propensão de outras respostas complementares às já implementadas no terreno?

O fenómeno NIMBY, que aqui apresenta alguma expressão, deve ser alvo de atenção num processo de implementação e mesmo no que toca a outras respostas no terreno. Manifesta-se com motivações normais, que surgem do medo e do desconhecido. Deve ser feito um acompanhamento e uma mediação entre todos os agentes sociais envolvidos tanto nos processos de tomada de decisão como na implementação. Todos conta e é nesse momento que se pode fazer a diferença no que concerne a esta oposição comunitária.

Relativamente aos consumidores as suas preocupações com a comunidade envolvente, a sua vontade na possibilidade de poderem ser utentes de uma SCA, leva a reflectirmos na complementaridade da mesma, ou seja, que esta “sala” seja mais que um local de consumo, que possa oferecer aos consumidores, um conjunto de respostas que suprimam as suas necessidades. Esta constatação leva-nos a perceber que mais pode ser feito no terreno, ou melhor que há mais a ser feito no terreno, existem constrangimentos de várias ordens que o podem dificultar ou impedir esse trabalho.

Essa realidade fica patente quando vemos a opinião do IDT, que por um lado é assertivo quanto ao investimento e melhoramento que deve ser feito nas respostas já existentes, e por

outro se mostra desfavorável à implementação de uma SCA, não a concretizando como necessária neste momento. Percebemos que esta posição muito terá a ver com o momento político que atravessamos, bem como a conjectura económica e social. As facções políticas influenciam as tomadas de decisão do governo central e estas podem ser diferentes do governo local. Governo local esse, que numa tomada de decisão necessária para a SCA, é uma peça fundamental. Por ser mais próximo da população e por melhor diagnosticar as problemáticas que atravessam a sua comunidade, cabe a ela validar e concretizar o primeiro passo, passo esse que pode ser dado por uma organização que trabalhe esta temática. Sabemos no entanto que na sua grande maioria as IPSS, dependem em larga escala do Governo, dos seus apoios e subsídios, sendo que é importante, como vimos neste trabalho que exista uma rede disposta a colaborar a nível local com um projecto deste. Logo o apoio da Câmara Municipal, é fundamental. Não é uma SCA um investimento no trabalho já desenvolvido? Não consideramos como uma continuidade e complementaridade ao trabalho já iniciado no terreno?

Este trabalho pretende levantar algumas questões podem ser algo de estudo e reflexão no futuro. Conclui-se que existe uma receptividade e uma necessidade para a implementação de uma SCA em Guimarães. Apontando algumas características da comunidade ouvida neste trabalho, ele pretende ser um contributo para reflexão comunitária.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho de estágio pretendia, entre outros propósitos, promover a discussão comunitária. As conclusões preliminares deste trabalho foram apresentadas no seminário IN-Guimarães: Drogas e Respostas, organizado pelo IN-Ruas e pela Câmara Municipal de Guimarães. Foi possível expor à comunidade já numa fase final do estágio algumas conclusões do trabalho efectuado e responder a algumas questões levantadas pela plateia. Nele estiveram presentes não só profissionais da área, mas também diferentes agentes comunitários.

Relativamente à área de estudo em que este trabalho foi desenvolvido, Educação, ele mostra um outro lado do trabalho que esta área permite desenvolver. É inovador pelas circunstâncias em que se desenvolveu, pelos temas abordados e pela área de estudo que o fez. A recolha de dados que nos permite analisar situações, apurar dados é importante para a intenção que este trabalho pretendia. Ele tem a virtude de poder ser continuado, pode ser analisado por várias perspectivas, a informação recolhida assim o permite.

Pode ainda ser concretizado, ou seja pode evoluir para um projecto de implementação e mediação concreto entre comunidade - equipa - consumidores. Para o projecto IN-Ruas onde o estágio se desenvolveu foi importante esta recolha de informação e os dados a que tiveram acesso, pois permite melhorar o seu trabalho, e traçar novos objectivos. Este projecto é uma semente que pode crescer em muitos sentidos.

Em termos pessoais esta foi uma experiência única. Tive a possibilidade de conhecer de perto uma realidade única e de um modo singular. Por coincidência morava num dos locais que seleccionamos para realizar as entrevistas, foi-me permitido desse modo, descobrir diariamente mais detalhes da realidade que estava a estudar, todo um conjunto de relações, conversas informais e observações que de outro modo não seriam em tão pouco tempo possíveis.

Foi permitido em num pequeno espaço de tempo conhecer inúmeras pessoas diferentes, de realidades diferentes mas que partilhavam de pontos em comum. Mudou em alguns aspectos o modo como via a toxicoddependência, o dependente de drogas e a comunidade no seu verdadeiro sentido.

Enquanto profissional foi um desafio a vários níveis. Primeiro pelas mudanças que tiveram que ocorrer ao nível do projecto e que exigiram uma resposta rápida e livre de hesitações, tendo em conta o tempo de estágio; pela necessidade de aprender novos conceitos e toda uma

temática relativa à toxicodependência; a necessidade de integrar uma equipa de trabalho multidisciplinar, fazer parte das suas rotinas, aprender noções base que me permitissem desempenhar um bom serviço nas deslocações à rua atendendo às solicitações dos utentes e ao mesmo tempo não perdendo de vista os objectivos do meu trabalho. A construção dos materiais para recolha de informação permitiram colocar em prática toda uma base de conhecimentos já adquiridos, procurar novos conhecimentos e ter a noção da necessidade da busca constante pelo que melhor se adequa às circunstâncias em que desenvolvemos o nosso projecto e que nos vão aparecendo. Neste ponto englobo também todo o processo de tratamento de dados, construção de quadros de análise e análise de dados.

Quando colocamos em prática os conhecimentos que fomos adquirindo percebemos como pode ser complicado gerir todos os factores que envolvem um trabalho como este - tempo, escolha das metodologias, pesquisas bibliográficas, conhecimento do terreno, da realidade social da comunidade, o levantamento de necessidades e a articulação que é necessária entre todas as entidades envolvidas.

Relativamente à Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, este projecto permitiu explorar varias vertentes, a nível teórico pela aquisição de novos conceitos, a nível prático pela metodologia utilizada e métodos aplicados, pela oportunidade de expor publicamente o trabalho desenvolvido e pela capacidade de elaboração de um projecto de início até o seu fim.

Este projecto revelou-se uma das melhores formas de testar a minha capacidade pessoal e profissional pelas inconstâncias, pelos meios que foram mobilizados, e pelo esforço pessoal que implicou. Ficou sobretudo ficou a satisfação pelo sentimento de ter contribuído com algo novo para esta comunidade.

## Bibliografia

Andrade, P.; Carapinha, L.; Sampaio, M.; Shirley, S.; Rodrigues, S. & Silva, M. (2007). Para além do espelho a intervenção de proximidade nas toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, Volume 13, N°2. p. 9-24, 2007. Lisboa: IDT.

Ballesteros, E. (2005). *Intervención social: Cultura, discursos y poder. Aportaciones desde la Antropología* Madrid: Talasa.

Barbier, J.(1996). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto, Colecção Ciências da Educação: Porto Editora.

Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «Clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências*, Volume 15, N°1. p. 33-42. Lisboa: IDT.

Bauman, Z. (2003). *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor

Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor

Berger, P. & Luckmann, T. (1995). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.

Bogdan, C. & Biklen, S. (2006). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos* (p. 47-65). Porto: Porto Editora.

Borges, C. & Filho, H., (2004), *Alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores

Bornat, J. (1993). Community care a reader. *The open university*, p.22-31.

Button, G. (1991). *Ethnomethodology and the Human Science*. Cambridge: University of Cambridge.

Carmo, H. (2002) *Intervenção social com grupos*. Lisboa: Universidade Aberta.

Cervo, A. & Bervian, P. (1983). *Metodologia Científica: para o uso dos estudantes universitários*. São Paulo: MacGraw – Hill.

Colom, A. & Col. (1987). *Modelos de intervención Socioeducativa*. Madrid: Narcea.

- Costa, E. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista Toxicodependências*. Volume 7, N°3. p. 53-58. Lisboa: IDT.
- Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar – Como a redução de riscos se fez incontornável. *Revista Toxicodependências*. Volume 11 (2). p. 65-72. Lisboa: IDT.
- Erasmie, T. & Lima, L. (1988). *Investigação e Projectos de desenvolvimento em Educação*. Braga: Universidade do Minho - Unidade de Educação de Adultos.
- Escohotado, A. (1996/2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas & A. & Silva, H. (2006). Qualidade de vida de toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, Volume 12, N°3. p. 65-78. Lisboa: IDT.
- Fernades, L. (1998). *O sítio das drogas*. Lisboa: Editorial Noticias
- Fernandes, L. & Araújo, T. (2010). *A vida no andamento – Para uma caracterização dos consumidores problemáticos de drogas em Guimarães*. Universidade do Porto
- Fernandes, L. & Carvalho, M. (2000). Por onde anda o que se oculta: O acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. *Revista Toxicodependências*, Volume 6, N°3. p. 17-28. Lisboa: Edição SPTT
- Fernandes, L. & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social; *Sociologia, Problemas e Práticas*, N°39, p. 57-68. Lisboa: IDT.
- Fernandes, L. (2009). *O que a droga faz à norma.*, *Revista Toxicodependências* Volume 15, N°1. p.3-18. Lisboa: IDT.
- Fernandes, L. O gozo e a ganza, (sem informação)
- Fernandes, L.; Pinto, M. & Oliveira, M. (2006). Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal. *Revista TOXICODEPENDÊNCIAS*, Volume 12, N° 2. p. 71-82. Lisboa: IDT.
- Freire, P. (1979). *Educação e mudança*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- Gomez , C. , António, J. et al. (2007) *Educação e desenvolvimento comunitário local: perspectivas pedagógicas e sociais da sustentabilidade*. Porto: Projedições.

- Haguette, T. (1995). *Metodologias qualitativas na Sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Homan, M. (1993). *Promoting community change: Making it happen in the real world*. USA : Brooks/Cole.
- IDT, (2007). PORI – *Diagnóstico Guimarães (Resumo)*. Lisboa
- IDT, (2010). *Manual de Boas Práticas em RRMD*. Lisboa
- IN-Ruas. (2010). *Relatório final de execução (2008-2010)*. Guimarães. Sol do Ave.
- Joaquim, H. (2005). Criminalidade e consumo de substâncias ilícitas. Lisboa, *Revista Toxicodependências*. Volume 11, N°1. p. 53-64. Lisboa: IDT.
- Jorba, J. (2000). *Diarios de campo: Cuadernos metodológicos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1995). *Metodología para la recogida de información*. Espanha: Editorial La Muralla, S. A.
- Koche, J. (1997). *Fundamentos da metodologia científica: Teoria da ciência e prática da pesquisa*. Petrópolis: Vozes.
- Lakatos, E. & Marconi, M. (1989). *Metodologia Científica: Ciências e conhecimento científico; Métodos científicos; Teoria, hipóteses e variáveis*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lessard-Herbert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas* (p.143-166). Lisboa: Instituto Piaget.
- Lillo, N. & Roselló, E. (2004). *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Narcea.
- Lima, L. & Lima, N. (1984). *Ciência e sociedade*. Viseu: Escola Superior de Educação de Viseu.
- Marlatt, G. & Col. (1999). *Redução de danos – Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Marlatt, G. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, Volume 21, N°6. p. 779-788. USA.

Montero, M. & Freitas, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria: La tensión entre comunidade y sociedade*. Argentina: Paidós.

Montero, M. (2004) *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós. 2004.

Negreiros, J. & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas., *Revista Toxicodependências*. Volume 11, N°2. p. 3-22. Lisboa: IDT.

Nóvoa, A. & Finger, M. (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos.

Nóvoa, A.; Campos, B.; Ponte, J. & Santos, M. (1991). *Ciências da Educação e Mudança*. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciência da Educação.

Ocón, R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: Un enfoque desde el trabajo social*. Valência: Tirant Lo Blanch.

OEDT (2010). *A evolução do fenómeno droga na Europa*. Lisboa: ODET.

Pardal, L & Correia, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.

Pimenta, A. & Rodrigues, M. (2006). Redução de danos: Prostituição e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Volume 12, N°1. p. 49-54. Lisboa: IDT.

Pinto, J. & Silva, A. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamentos.

Pinto, M. & Peixoto, S.(2003) Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal. *Revista Toxicodependências*. Volume 9, N°2. p. 51-60. Lisboa: IDT.

Poiaras, C. (1995) A Legislação Penal de Droga: Contribuição para uma análise do discurso do legislador. *Revista Toxicodependências*. N°3. p. 27-29. Lisboa: IDT

Poiaras, C. (2001). Variações sobre a droga. *Revista Toxicodependências*. Volume 7, N°2. p. 67-75. Lisboa: IDT

Quiivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Santos, B. (1989). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Porto: Edições Afrontamento.

Santos, B. (1993). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.

Saraiva, J. & Miguel, N. (2004) Toxicodependentes sem abrigo – Uma experiência de estabilização e encaminhamento. *Revista Toxicodependências*. Volume 10, N°1. p.3-14. Lisboa: IDT

Sepúlveda, M., Báez, F. & Montenegro, M.(2008). *No en la puerta de mi casa: Implantación no conflictiva de dispositivos de drogodependencias*. Espanha: Grupe Igia.

Vidiella, A. (2003). *La práctica educativa. Cómo enseñar*. Barcelona: Editora Graó.

#### Legislação

Diário da República Decreto-Lei n°183/2001 de 21 de Junho, I Série – A, N° 142 – 21 de Junho de 2001.

#### Webgrafia

[www.idt.pt](http://www.idt.pt) (consultado a 15 de Julho de 2011)

[www.soldoave.pt](http://www.soldoave.pt) (consultado a 20 de Setembro 2011)

## Anexos



Anexo I – Autorização Sol do Ave



## DECLARAÇÃO

A Sol do Ave – Associação para o Desenvolvimento Integrado do Vale do Ave declara que autoriza a mestrande Janete Teixeira Gonçalves a identificar e caracterizar esta entidade e o projecto IN-Ruas no âmbito do seu relatório de estágio com o título "Consumos de drogas, comunidade e mediação: auscultação dos agentes sociais sobre a implementação de uma sala de consumo assistido em Guimarães".

Guimarães, 21 de Outubro de 2011

Dpto. Desenvolvimento Social  
**SOL-DO-AVE**  
Associação para o Desenvolvimento  
Integrado do Vale do Ave  
Mária José Afonso



## Anexo II – Guiões de Entrevistas



## Guião de entrevista – Comunidade Envolverte

(Janete Gonçalves e Rita de Aires, 2010)

A presente entrevista tem como objectivo conhecer as perspectivas da população Vimaranense residente e comerciantes das freguesias de Oliveira do Castelo e S. Sebastião, relativamente ao consumo de drogas. Por outro lado, pretende recolher a opinião dos entrevistados face à equipa de rua existente e à possibilidade da criação de uma sala de consumo assistido na cidade de Guimarães.

1. Toxicodependente – o que lhe ocorre quando ouve esta palavra?
  
2. Como vê a toxicodependência na cidade de Guimarães?
  
3. De que modo se relaciona com toxicodependência no seu dia-a-dia?
  
4. Em Guimarães há uma equipa de rua, cuja lógica de intervenção é a seguinte:
  - há utilizadores de drogas que não conseguem abandonar o consumo ou aderir ao tratamento (marginalidade, exclusão, degradação física e psicológica...)
  - trabalho de proximidade com os utilizadores de drogas
  - diminuir os riscos (controlar os problemas) de quem consome mas também da comunidade
    - troca de seringas (vantagens)
    - alimentação, vestuário (necessidades básicas)
    - encaminhamentos (rastreios, cuidados de saúde, apoio social, tratamento)

Posto isto, qual a sua opinião sobre a equipa de rua?

5. Actualmente, estes UD consomem na rua, em locais públicos, em condições de falta de higiene... São salas de consumo a céu aberto, que colocam riscos aos UD e à população em geral (seringas no chão, riscos de infecção...)

A legislação portuguesa prevê a existência de salas de consumo assistido:

- Estruturas de consumo em condições de higiene e segurança
- Regras específicas e técnicos preparados para atender e auxiliar os UD (apoio médico, social...)

5.1. Qual seria a sua receptividade a, num futuro próximo, ser implantada uma sala de consumo assistido em Guimarães?

5.2. Se fosse na sua rua? E ao lado da sua casa?

5.3. A quem competiria a criação dessa estrutura?

## Guião de entrevista – Entidades e Decisores Locais

(Janete Gonçalves e Rita de Aires, 2010)

A presente entrevista tem como objectivo conhecer as perspectivas de alguns decisores políticos entidades da comunidade Vimaranesense, relativamente ao fenómeno da toxicodependência. Por outro lado, pretende recolher a opinião dos entrevistados face à equipa de rua existente e à possibilidade da criação de uma sala de consumo assistido na cidade de Guimarães.

1. Toxicodependente – a que associa esta palavra?
2. Em que medida o fenómeno da Toxicodependência figura no desempenho das suas funções de (...)?
3. Como é do seu conhecimento, existe em Guimarães uma equipa de rua, que trabalha directamente com UD em locais de consumo, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos.

Que avaliação faz do trabalho desenvolvido no âmbito do conjunto de respostas existentes na cidade de Guimarães?

4. De que forma considera que entidade que representa pode contribuir/apoiar para uma continuidade futura deste tipo de resposta?

[3.Existe em Guimarães uma equipa de rua, que trabalha directamente com UD em locais de consumo, sendo a sua lógica de intervenção: desenvolver um trabalho de proximidade, diminuir os riscos de quem consome mas também da comunidade, troca de material de consumo (seringas e pratas), alimentação e vestuário, bem como encaminhamentos em diversas áreas - rastreios, cuidados de saúde, apoio social, tratamento).

Qual a sua opinião sobre o tipo de respostas dado pela equipa de rua?

4. De que forma considera que entidade que representa pode contribuir/apoiar para uma continuidade futura deste tipo de respostas?] – estas questões devem

substituir as anteriores caso a entidade ou decisor não seja parceiro do projecto InRuas.

5. Actualmente, estes UD consomem na rua, em locais públicos, em condições de falta de higiene. São salas de consumo a céu aberto, que colocam riscos aos UD e à população em geral. A legislação portuguesa prevê a existência de salas de consumo assistido – estruturas de consumo em condições de higiene e segurança e com regras específicas e técnicos preparados para atender e auxiliar os UD.

Em que medida considera que este tipo de respostas constitui parte da solução para os problemas associados à Toxicodependência em Guimarães?

6. Que papel poderia a entidade que representa desempenhar na implementação de uma sala de consumo assistido em Guimarães?

## Guião de entrevista – Utilizadores de drogas

(Janete Gonçalves e Rita de Aires, 2010)

A presente entrevista tem como objectivo auscultar os utilizadores de drogas, utentes da equipa de rua. Pretende-se conhecer a sua auto-imagem e a relação que estabelecem com a comunidade, bem como o impacto sentido relativamente à equipa de rua e a sua opinião sobre a criação de uma sala de consumo assistido em Guimarães.

1. Na sua opinião, o que pensam as pessoas de Guimarães sobre os consumidores de drogas?
  - E sobre si?
  - Acha que corresponde à verdade? Concorda? (Anteriores)
  - Como lida com isso a visão quem têm do “grupo” e de o associarem ao mesmo
  - Papel, relação, lugar (eu – outros)
  
2. Mudou alguma coisa na sua vida desde que começou a vir à equipa? (alimentação, hábitos de consumo, encaminhamentos, sentimento de pertença...)
  
3. A legislação portuguesa prevê a existência de salas de consumo assistido - estruturas de consumo em condições de higiene e segurança e com regras específicas e técnicos preparados para atender e auxiliar os UD. Acha que deveria ser criada uma sala destas em Guimarães?
  - Porquê?
  - Se houvesse esta estrutura, estaria interessado em ser utente? Porquê?
  - Que uso faria dessa sala se ela fosse implementada em Guimarães?

## Guião de entrevista – Entidades e Decisores Nacionais

(Janete Gonçalves e Rita de Aires, 2010)

A presente entrevista tem como objectivo conhecer a posição de entidades nacionais com acção na RRMD relativamente às salas de consumo assistido como uma possível resposta a criar numa cidade como Guimarães.

1. Como entende o facto de, apesar de previstas na lei desde 2001, nenhuma sala de consumo assistido ter sido ainda implementada no nosso país?
  
2. Em que medida, considera que este tipo de resposta, pode constituir parte da solução para os problemas de saúde e ordem públicas associados ao consumo de drogas numa cidade como Guimarães?

(Outras perguntas são efectuadas no seguimento da entrevista)

## Guião de entrevista – Especialista na área das drogas

(Janete Gonçalves e Rita de Aires, 2010)

A presente entrevista tem como objectivo conhecer a posição de um especialista da área das drogas relativamente às salas de consumo assistido como uma possível resposta a criar numa cidade como Guimarães.

1. Como entende o facto de, apesar de previstas na lei desde 2001, nenhuma sala de consumo assistido ter sido ainda implementada no nosso país?
2. Em que medida considera que este tipo de resposta pode constituir parte da solução para os problemas de saúde e ordem públicas associados ao consumo de drogas numa cidade como Guimarães?
3. Tendo em conta a realidade portuguesa e as experiências internacionais, que expectativas e que receios poderemos ter quanto à criação e uma sala de consumo assistido em Portugal?
4. Na sua opinião, as salas de consumo assistido seriam um complemento importante de consolidação do trabalho desenvolvido no âmbito da RRMD?



### Anexo III – Quadros de entrevista



## Quadro de Entrevista Comunidade Envolvente

<b>Questão</b>	<b>Informação que se pretende recolher</b>
6. Toxicodependente – o que lhe ocorre quando ouve esta palavra?	1. Percepção sobre o toxicodependente/ toxicodependência – opiniões, <u>conceitos</u> , <u>preconceitos</u> , até mesmo situações vividas.
7. Como vê a toxicodependência na zona de Guimarães?	2. Qual a <u>percepção do fenómeno na cidade/ zona onde mora</u> : ambiente, segurança...
8. De que modo se relaciona com toxicodependência no seu dia-a-dia?	3. De que forma a toxicodependência tem representação no seu dia-a-dia. <u>Como é que a pessoa vive com isto</u> : relação neutra? Vive incomodado? Dá moeda aos arrumadores? Já/ Nunca se sentiu lesado?
9. (...) Posto isto, qual a sua opinião sobre a equipa de rua?	4. <u>Opinião sobre o trabalho da equipa de rua</u> : acha válido? É importante? Um estímulo ao consumo? Desperdício de dinheiro? Não tem opinião...
10. Qual seria a sua receptividade a, num futuro próximo, ser implantada uma sala de consumo assistido em Guimarães? Se fosse na sua rua? E ao lado da sua casa? A quem competiria a criação dessa estrutura?	5. Até que ponto a pessoa <u>está ou não receptiva à criação de uma sala de consumo assistido</u> na cidade de Guimarães. Auscultar fenómeno NIMBY.

## Quadro de Entrevista Entidades e Decisores Locais ,

<b>Questão</b>	<b>Informação que se pretende recolher</b>
11. Toxicodependente – a que associa esta palavra?	6. Percepção sobre o toxicodependente/ toxicodependência – opiniões, <u>conceitos</u> , <u>preconceitos</u> , até mesmo situações vividas.
12. Em que medida o fenómeno toxicodependência figura no desempenho das suas funções de (...) ?	7. De que forma a toxicodependência tem representação na sua actividade profissional, que tipo de <u>situações</u> enfrenta. O <u>envolvimento da profissão</u> no universo toxicodependência.
13. Que avaliação faz do trabalho desenvolvido no âmbito do conjunto de respostas existentes na cidade de Guimarães? [Equipa de Rua]	8. Avaliação do trabalho desenvolvido pela equipa de rua
14. De que modo considera que a entidade que representa pode contribuir para uma continuidade futura deste tipo de respostas? [Sala de Consumo Assistido]	9. <u>Implicação, futuro apoio, a este tipo de respostas</u> (equipa de rua, entre outras)
15. Em que medida considera que este tipo de respostas constitui parte da solução para os problemas associados à Toxicodependência em Guimarães?	10. <u>Importância/relevância</u> de uma <u>sala de consumo assistido</u> , na cidade de <u>Guimarães</u> .
16. Que papel poderia a entidade que representa desempenhar na implementação de uma sala de consumo assistido em Guimarães?	11. <u>Apoio futuro para a sala de consumo assistido</u> (ao nível da instituição que representa, apoio, aceitação, parceria).



#### Anexo IV – Quadros de análise

	Qual seria a sua receptividade a, num futuro próximo, ser implantada uma sala de consumo assistido em Guimarães?	Se fosse na sua rua? E ao lado da sua casa?	A quem compete?
Nº 1 (moradora S. Sebastião, 53 anos)			
Nº 2 (comerciante reformada S. Sebastião, 68 anos)			
Nº 3 (comerciante S. Sebastião, 53 anos)			
Nº 4 (comerciante S. Sebastião, 42 anos)			
Nº 5 (moradora S. Sebastião, 73 anos)			

SCA – Comunidade envolvente

	Acha que deveria ser criada uma SCA em Guimarães? Porquê?	Se houvesse esta estrutura, estaria interessado em ser utente? Porquê?	Que uso faria dessa sala? Outras respostas
Nº 1 (32 anos, consumidor por via injectada e fumada)	“	“	
Nº 2 (35 anos, consumidor por via fumada)	“	“	“
Nº 3 (56 anos, consumidor por via fumada)	“	“	“
Nº 4 (19 anos, consumidora por via fumada)	“		
Nº 9 (sexo masculino, 42 anos consumidor por via fumada)			

## SCA – Utilizadores de Drogas

Em que medida considera que este tipo de respostas constitui parte da solução para os problemas associados à Toxicodependência em Guimarães?	Preocupações Em que medida colaboraria?
	“
	“

SCA – Decisores Locais