

Mestrado em Sociologia

**“Uma vida normal é o que quero”:
Representações dos técnicos e utentes da
Casa de Vila Nova perante a problemática das
drogas**

Luís Miguel Montenegro Azevedo

M

2021/2022



Luís Miguel Montenegro Azevedo

“Uma vida normal é o que quero”:

**Representações dos técnicos e utentes da
Casa de Vila Nova perante a problemática das
drogas**

Relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientado pela
Professora Doutora Maria Isabel Correia Dias

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2021/2022

Luís Miguel Montenegro Azevedo

“Uma vida normal é o que quero”:

**Representações dos técnicos e utentes da
Casa de Vila Nova perante a problemática das
drogas**

Relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientado pela
Professora Doutora Maria Isabel Correia Dias

Membros do Júri

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Professor Doutor (escreva o nome do/a Professor/a)

Faculdade (nome da faculdade) - Universidade (nome da universidade)

Classificação obtida: (escreva o valor) Valores

Sumário

Declaração de honra.....	7
Agradecimentos.....	8
Resumo.....	9
Abstract	10
Índice de Figuras.....	11
Índice de Gráficos	12
Índice de Tabelas	13
Lista de abreviaturas e siglas	14
Introdução	15
Capítulo I. Enquadramento Teórico	17
1.1. Comportamentos desviantes e <i>outsiders</i>	17
1.2. Carreira desviante.....	22
1.3. Exclusão Social.....	27
1.4. O caso português.....	32
1.5. A utilização de substâncias psicoativas: um percurso histórico.....	34
1.6. A descriminalização de drogas em Portugal.....	40
1.7. A figura do toxicodependente	47
Capítulo II- Trajeto Metodológico	54
2.1. Metodologia de investigação	54
2.2. Objetivos de estágio	58
Capítulo III- Contexto de estágio	59
3.1. Economia Social e IPSS: breve contextualização	59
3.2. A Norte Vida e as suas diferentes valências	63
3.3. Caracterização Sociodemográfica dos utentes.....	67
Capítulo IV. Apresentação e Discussão dos resultados	70
4.1. Sociografia da análise qualitativa	71
4.2. Caracterização dos utentes	75
4.3. Caracterização dos técnicos	78
4.4. Adições e consumos	81
4.4.1. Trajetórias da dependência	82
4.4.2. O olhar dos técnicos sobre adições e consumos.....	86
4.4.3. Os locais de consumo	90

4.5.	Casa de Vila Nova: perspetivas e intervenções	91
4.5.1.	A perspetiva dos técnicos	91
4.5.2.	A perspetiva dos utentes	95
4.6.	Covid-19: limitações e desafios	96
4.7.	Representações pessoais perante toxicodependências.....	101
4.7.1.	Representações dos técnicos	101
4.7.2.	Representações dos utentes	105
	Considerações finais	109
	Referências Bibliográficas.....	113
	Anexos	119

Declaração de honra

Declaro que o presente relatório de estágio é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Porto, 15 julho de 2022

Luís Miguel Montenegro Azevedo

Agradecimentos

A elaboração de uma tese de mestrado apresenta-se como um projeto trabalhoso a vários níveis: não é só um desafio académico e científico, como também um grande desafio emocional. Foram vários os momentos de desânimo e solidão ao longo desta jornada, mas para cada um destes momentos houve sempre alguém por perto para me apoiar, consolidando assim todo um conjunto de vitórias e superações. Desta forma, só me resta agradecer a todos.

Em primeiro lugar, fica o meu agradecimento à instituição que me acolheu para a realização do estágio curricular e, posteriormente, me convidou a juntar-me à equipa: a Norte Vida – Associação para a Promoção da Saúde. Agradeço ao Dr. Filipe, Dra. Sandra, enfermeira Corinne, Dra. Inês e Dra. Raquel, por todo o acompanhamento e disponibilidade demonstrada para qualquer circunstância. Fica, no entanto, um agradecimento especial ao João Teixeira, por ser um excelente mentor e um grande amigo.

Em segundo lugar, fica o agradecimento à minha orientadora, Prof. Doutora Isabel Dias por toda a paciência, disponibilidade, compreensão e acompanhamento durante o meu percurso neste projeto.

À minha namorada Diana não só pelo apoio incondicional, carinho e dedicação nos momentos mais difíceis, mas também por celebrar todas as pequenas vitórias comigo.

Aos meus pais, irmã e avós, por todo o apoio e preocupação, nada disto seria possível sem vocês.

Ao Davide e à Raquel por partilharem comigo todas as conquistas e todas as inquietações, ao longo deste ano. Desejo-vos o melhor.

Um agradecimento especial aos meus amigos Nuno Campante, Giuseppe Willkinson, Daniel Gomes, Tomás Matos, André Miranda, Mateus Esteves, Tiago Condesso, Miguel Marques, Gabriel Lopes, André Simões e Rúben Presa, por terem estado sempre a meu lado durante este percurso. De uma forma ou outra, todos contribuíram nesta jornada.

Resumo

O consumo de substâncias psicoativas é um fenómeno complexo que tem resistido ao passar dos tempos. O consumidor apresenta-se, da mesma forma, como um indivíduo complexo: existe uma diversidade de fatores, muitas vezes interligados entre si, que conduzem e culminam na manutenção destes mesmos hábitos por parte do sujeito. Este fenómeno é ainda uma realidade na cidade do Porto. Desta forma, através do presente relatório de estágio, pretende-se conhecer as perspetivas não só de utentes integrados na Norte Vida – Associação para a Promoção de Saúde, como também dos profissionais, analisando as suas práticas junto desta população e a importância deste tipo de intervenções em contextos citadinos.

O estudo levado a cabo durante o período do estágio levou-nos a identificar diferentes políticas e instrumentos com as quais a associação trabalha, assim como as grandes dificuldades associadas a este tipo de intervenções. Da mesma forma, analisaram-se as diferentes perspetivas dos utentes face ao mundo da toxicodependência e perante este tipo de intervenções. Houve, ainda, um destaque relativamente à situação pandémica, pois esta veio trazer novos desafios e consequências tanto para os profissionais como para os utentes. Assim, e para averiguar estas questões, priorizou-se uma abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas tanto a profissionais com diferentes funções na Norte Vida, como também a utentes com percursos diferenciados.

Numa fase final, verificou-se a importância das políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos, ainda que estas, na opinião dos profissionais, se encontrem desatualizadas. Os técnicos mencionam que nos encontramos numa mudança de paradigma e que têm surgido muitas alterações no que a esta problemática diz respeito. Já no que aos utentes se refere, constata-se que o início dos consumos se dá, especialmente, na adolescência, sendo apontada a falta de um meio familiar coeso e a curiosidade como as duas principais causas.

Palavras-chave: consumos; intervenção; toxicodependência; desvio; exclusão.

Abstract

The consumption of psychoactive substances is a complex phenomenon that keeps resisting different times. The users themselves, in the same way, prove they are complex individuals: there are many reasons that lead individuals towards the pathway to consumption, and these reasons are, many times, interconnected with each other, leading the subject to maintain his habits. This phenomenon is still a reality in the city of Porto. Thus, through the following internship report we aim to understand the perspective not only of the patients integrated in Norte Vida- Associação para a Promoção da Saúde, but also of its workers, while also analyzing their practices and policies on this part of the population and the importance of the intervention in a city context.

The following study done during my internship guided us towards identifying the different policies and instruments with which the association works, and the biggest obstacles while making these interventions. Also, the different perspectives related to the world of drug dependency of the of the patients were taken into account, and also the perspectives towards the different interventions that are put into practice. Moreover, pandemic situation is highlighted, considering it brought with it new obstacles and consequences simultaneously for users and for the professionals. Therefore, and in order to answer these questions, a qualitative approach was prioritized, through the materialization of a group of interviews directed at professionals of various functions of Norte Vida, and also with different patients of various pathways.

In the final phase, we verified the importance of Harm Reduction and Minimization policies, even though in the opinion of professionals these are considered outdated. The professionals mention that we are living a change of paradigm and that many changes are happening relating this problem. When it comes to drug users, we gather that drug use initiation tends to start during adolescence, also noting the lack of a family structure and curiosity as two of the main causes.

Key words: consumption; intervention, drug dependency, deviation; exclusion.

Índice de Figuras

FIGURA 1 – Sexo dos inquiridos	68
FIGURA 2 – Situação atual dos utentes.....	70

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 – Distribuição da faixa etária da amostra	69
---	----

Índice de Tabelas

TABELA 1 – Sociografia dos utentes entrevistados da Casa Vila Nova 72

TABELA 2 – Sociografia dos profissionais entrevistados da Casa Vila Nova 74

Lista de abreviaturas e siglas

CI.....	Contrato de Inserção
EIPSS.....	Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social
EU	União Europeia
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
ICOR.....	Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IPSS.....	Instituições Particulares de Solidariedade Social
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
RMG.....	Rendimento Mínimo Garantido
RSI.....	Rendimento Social de Inserção
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
VIH.....	Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas apresenta-se como um fenómeno complexo, antigo e persistente ao longo da história da humanidade. São diversas as razões que podem levar a que um individuo inicie o seu percurso no consumo, desde a procura do prazer, a curiosidade, alívio do sofrimento, pressão social, entre outros. Assim, entende-se como *droga* toda a substância, natural ou sintética, que seja capaz de modificar certas funções do organismo. Por outro lado, a *dependência de drogas* apresenta-se como um conjunto de fenómenos tanto comportamentais, como cognitivos e fisiológicos, os quais se vão desenvolvendo através do uso continuado de uma dada substância. O forte desejo de consumir, dificuldades em controlar o consumo, priorizar o consumo face a outras responsabilidades e tolerância aumentada apresentam-se como alguns dos sintomas de dependência (Morais e Paixão, 2020).

Uma das grandes problemáticas que enfrentam, nos dias que correm, as políticas da cidade, é, sem dúvida alguma, os consumos problemáticos de substâncias psicotrópicas, sobretudo quando atingem uma dimensão visível no espaço público (Fernandes e Araújo, 2010). Desta forma, a utilização das ferramentas certas para obter um conhecimento mais profundo perante este fenómeno na cidade do Porto apresenta-se como o grande foco do presente relatório de estágio. Como Fernandes e Araújo (2010) referem, nas “(...) sociedades urbanas complexas os consumos problemáticos de drogas podem assumir expressões variadas (...)”, ou seja, encontrar-se relacionadas com grupos sociais muito diferentes, assim como a locais e zonas muito diversificadas no que à sua visibilidade e ao modo como são encaradas pelo social como um “problema” (p.10) diz respeito.

A temática em questão sempre se mostrou do meu interesse e, desta forma, aproveitei a oportunidade para integrar um estágio curricular na área e perceber como o fenómeno se configura e manifesta na cidade do Porto. A Norte Vida – Associação para a Promoção da Saúde mostrou-se disponível para colaborar, sendo que forneceram todas as ferramentas necessárias para o aprofundamento teórico e prático nesta área. Uma vez que a Norte Vida apresenta um conjunto diversificado de valências, as quais foram exploradas no presente relatório, fui inserido no projeto

“Gabinete de Apoio – Casa de Vila Nova”, o qual me foi recomendado para uma maior eficiência na recolha de dados, dada a interação mais direta e constante com utentes que frequentam este espaço. Desta forma, o acesso aos consumos problemáticos foi delimitado ao contacto com um conjunto de indivíduos com comportamentos desviantes, que são abrigados pela Norte Vida, e através dos quais obtive relatos de experiências pessoais, de forma a obter uma visão clara perante este fenómeno. Assim, os tipos de consumo, razões para consumir, a origem social, socioprofissional e de classe, longevidade de consumo, contextos em que consomem, redes de amizade e familiares, estratégias de acesso ao consumo e tipos de apoio são algumas das questões mais pertinentes para elaborar os perfis de consumo dos utentes. O contexto pandémico teve, também, um importante destaque, dada a novidade deste fenómeno e a pouca bibliografia que existe relativamente a esta temática. Isto só foi possível com o apoio dos técnicos da Associação Norte Vida, uma vez que foram eles os responsáveis por criar uma proximidade para com os utentes, de forma que não se sentissem constrangidos perante a minha presença.

Da mesma forma, é essencial conhecer as representações dos técnicos sobre a problemática da adição na cidade do Porto. É importante entender se existe alguma evolução desde os anos 1990, os seus diagnósticos perante o fenómeno, desafios e dificuldades associadas à área, como as populações reagem às toxicodependências e, até, de que forma a pandemia veio alterar o trabalho destes profissionais e constranger as diversas formas de chegar a esta população. Todo este conhecimento foi possível graças ao contacto que estes técnicos têm com a temática em questão, pois tal como refere Silva (2014, p.6): “Os estudos sobre o processo histórico relacionado ao uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos contemporâneos em relação aqueles até ao início do século XX.” Passou-se, portanto, de um uso esporádico e ritualístico limitado a pequenos grupos sociais específicos, para um uso mais generalizado, atingindo grande parte dos países e das classes sociais, caracterizando, desta forma, um modo de vida típico das sociedades capitalistas atuais (MacRae, 2007).

Capítulo I. Enquadramento Teórico

1.1. Comportamentos desviantes e *outsiders*

A Escola de Chicago tem um papel fundamental na consolidação da sociologia da desviância, sendo que, na década de 20, do século XX desenvolveu investigações naturalistas aplicadas aos comportamentos desviantes, assim como à conceção da cidade como lugar com uma ecologia própria. Dissolve-se enquanto escola homogénea durante a década de 30 do mesmo século, deixando, no entanto, uma rica tradição na investigação social que se prolonga até aos dias de hoje. Esta tradição deu origem à etnografia urbana, a utilização de informantes, observação participada e à utilização de documentos muito variados, que, segundo Fernandes (1998), são empregues sem todas as investigações de perfil naturalista relativamente a áreas problemáticas e ensaios metodológicos que explicam e sistematizam métodos qualitativos de terreno.

Tornou-se, também, evidente que havia uma afinidade de interesses, estando os sociólogos desta escola preocupados e, até, curiosos, com a *underlife*, o *underdog* e o desviante de Chicago. Fernandes (1998) explica, portanto, que a caracterização deste “(...) mosaico de espaços interdependentes corresponde a fazer cartografia de novas formas de sociabilidade, pois a cidade gera modos interaccionais específicos.” (p.40). O indivíduo transgressor, a *anti sociabilidade*, os locais com *má fama*, apresentam-se como formas existenciais e sistemas de normas em tensão com os restantes sistemas dominantes. Nels Anderson (1983 cit. por Fernandes, 1998, p.40) chama a estes de “mundos desviantes”, ainda que sejam, acima de tudo, indivíduos e contextos que têm de ser situados “na sua luz própria, que é uma luz humana”.

Todos os grupos sociais, em algum ponto, criam regras e tentam impô-las aos indivíduos pertencentes. Estas regras são cruciais atualmente pois definem situações e comportamentos apropriados, expondo e dicotomizando certas ações como “certas” e outras como “erradas”. Desta forma, quando uma regra é imposta, o indivíduo que a infringiu passa a ser visto como um indivíduo especial, alguém de quem não se pode esperar que viva de acordo com as regras impostas pelo grupo, ou seja, um *outsider* (Becker, 2009).

Esta é, no entanto, uma questão bastante relativa – a pessoa que foi assim rotulada pode apresentar uma opinião diferente quanto a essa questão e não aceitar a regra segundo a qual está a ser julgada ou não considerar os julgadores como competentes para o fazer. Consequentemente, surge um segundo significado para este termo: “(...) aquele que infringe a regra pode pensar que seus juízes são outsiders.” (Becker, 2009, p.15). Verifica-se, portanto, a existência de um vasto número de regras: estas podem ser formalmente promulgadas sob a forma de lei e, assim sendo, a força policial do Estado será utilizada para impô-las. Nalguns outros casos, estas podem surgir sob a forma de acordos informais, fortalecidos com a questão da idade e/ou tradição e as suas sanções são informais e assumem vários formatos. Independentemente de uma regra ter uma origem na lei, na tradição ou até no consenso, a tarefa de impingir-la pode ser tarefa de um corpo especializado, como é o caso da polícia ou um comité de ética; enquanto a imposição pode ser uma tarefa de todos, ou pelo menos do grupo na qual a regra se aplica (Becker, 2009).

O grau em que um indivíduo se torna *outsider*, segundo Becker (2009), também varia. Assim, o autor explica que um indivíduo que, por exemplo, comete uma transgressão no trânsito ou bebe um pouco demais num contexto festivo, acaba por ser tolerado, e a transgressão aceita. No entanto, crimes como assassinato, roubo ou violações levam a perceber o indivíduo como um verdadeiro *outsider*. Da mesma forma, alguns dos indivíduos que chegam a incumprir regras aceitam este facto – um condutor que comete uma infração rodoviária aprova as regras que infringiu. No entanto, e do outro lado da moeda, alguns desviantes - tais como os toxicod dependentes - desenvolvem ideologias completas para explicar o porquê de estarem certos e porque os que os desaprovam e punem é que estão errados (Becker, 2009).

A figura de *outsider*, tal como seria de se esperar, foi objeto de muita especulação, teorização e estudo científico. O que se procurava averiguar, numa fase mais inicial, eram as motivações para a concretização do desvio, tentando encontrar uma explicação para esta transgressão das regras. Desta forma, a pesquisa científica tentou averiguar respostas para estas perguntas: “Ao fazê-lo, aceitou a premissa de

senso comum segundo a qual há algo inerentemente desviante (qualitativamente distinto) em atos que infringem (...) regras sociais.” (Becker, 2009, p. 17). Consequentemente, aceitou também o pressuposto de senso comum de que o comportamento desviante acontece, normalmente, porque alguma característica do indivíduo que o comete torna necessário ou, até, inevitável que ele o cometa. Regra geral, os cientistas não questionam o rótulo de “desviante” quando é aplicado a atos ou indivíduos particulares, numa atitude de aceitação dos valores do grupo que está a formular o julgamento (Becker, 2009).

Segundo Becker (2009), a conceção mais simples e direta de desvio é essencialmente estatística, sendo definido como desviante tudo o que varia excessivamente em relação à média. Da mesma forma, é possível descrever como desvio qualquer situação que difere do que é definido como mais comum. O autor explica, assim, que tendo em conta esta conceção, ser canhoto ou ruivo poderia ser considerado como desviante, já que a maioria das pessoas é destra e morena. A conceção estatística, assim formulada, parece bastante simples – no entanto põe de lado muitas questões de valor que surgem, normalmente, em discussões sobre a própria natureza do desvio. Bastaria, portanto, calcular a distância entre o comportamento do envolvido e a média, mas isto traria à mistura pessoas que não infringiram absolutamente qualquer regra, como os exemplos supramencionados. Assim, a definição estatística de desvio encontra-se demasiado afastada da preocupação sociológica com a violação de regras sociais que inspira toda a teoria e pesquisa científica em torno dos outsiders.

Por outro lado, apresenta-se uma conceção mais complexa e mais comum, que acaba por identificar a questão do desvio como algo patológico, como se de uma doença se tratasse – esta conceção assenta, claramente, numa analogia de carácter médico. Assim, quando se está a funcionar de forma eficiente, sem vivenciar qualquer tipo de desconforto, o organismo é considerado como saudável, porém, quando o contrário acontece, é considerada a existência de uma doença – diz-se que a função em desajuste é patológica. Existe, evidentemente, pouca discordância sobre o que constitui um estado saudável do corpo humano. No entanto, existe menos

concordância, quando se usa a noção de patologia para descrever certos comportamentos definidos como desviantes – as pessoas não encontram tanta concordância numa definição no que constitui um comportamento saudável. É difícil encontrar uma definição que satisfaça os psiquiatras e é ainda mais complicado encontrar uma em que a população geral concorde, tal como concordam para critérios de saúde no organismo. Segundo Becker (2009), a metáfora médica limita o que podemos ver tanto quanto a conceção estatística: “Ela aceita o julgamento leigo de algo como desviante e, pelo uso de analogia, situa sua fonte dentro do indivíduo, impedindo-nos assim de ver o próprio julgamento como parte decisiva do fenómeno” (p.20).

Diversos sociólogos preferem utilizar um modelo de desvio, essencialmente baseado nas noções médicas de saúde, doença e patologia. Para isto, consideram a sociedade (ou apenas uma parte desta), e questionam-se perante a possibilidade de haver nela processos em curso que tendem a destabilizá-la. Tratam, assim, de rotular esses processos como desviante ou, pelo menos, identificam-nos como sintomas de desorganização social. Fazem uma distinção entre aqueles traços da sociedade que promovem a estabilidade (são, portanto, “funcionais”) e os que rompem essa mesma estabilidade (são, portanto, “disfuncionais”). Esta conceção apresenta uma grande vantagem: aponta para áreas de possível perturbação numa sociedade de que as populações poderiam não estar cientes (Becker, 2009).

Existe, ainda, outra conceção sociológica, a qual se apresenta como mais relativista. Assim, constata-se que esta identifica o desvio como a falha em obedecer a regras impostas por um dado grupo. Depois de descrever as regras que um dado grupo impôs aos seus membros, podemos apontar com precisão se uma pessoa as violou ou não, sendo, portanto, nesta conceção, classificada como desviante. Becker (2009) explica que esta conceção é a mais semelhante da sua, mas argumenta que esta não dá peso suficiente às ambiguidades que surgem ao decidir quais regras devem ser tomadas como o padrão de comparação ou de referência relativamente ao qual o comportamento é medido e julgado como desviante. Assim, e segundo o autor, uma sociedade apresenta os mais variados grupos, cada um com as próprias regras, e as

peessoas pertencem a diversos grupos ao mesmo tempo. Desta forma, um indivíduo pode infringir as regras de um grupo, pelo simples facto de respeitar as regras de outro. Os apoiantes desta definição podem referir que, embora possa surgir ambiguidade em relação a certas regras peculiares de um ou outro grupo na sociedade, existem algumas regras que são geralmente aceites por todos, fazendo com que esta dificuldade não surja. Esta é, evidentemente, uma questão a ser resolvida por meio da pesquisa empírica (Becker, 2009).

Um autor que apresenta ideias semelhantes a Becker, sendo também outras das referências no que toca a este campo, é Goffman (2004). O autor começa, então, por explicar que a sociedade estabelece uma forma de categorizar as pessoas. Os ambientes sociais estabelecem, portanto, as categorias de pessoas que têm probabilidade de neles serem encontradas. As próprias rotinas de relações em ambientes pré-estabelecidos permitem que nos relacionemos com outras pessoas sem qualquer tipo de reflexão ou atenção em particular. Desta forma, quando nos confrontamos com um indivíduo que nos é desconhecido, os primeiros aspetos e impressões permitem-nos prever a sua categoria social, atributos e até a sua identidade social. Estas preconcepções tornam-se em expectativas normativas, exigências apresentadas de modo rigoroso, podendo, debaixo de um olhar atento, surgir certos atributos que o tornem diferente dos outros (Goffman, 2004).

Goffman (2004) acredita que este juízo tem uma conotação negativa, podendo, inclusive, fazer com que passemos a encarar o indivíduo como uma pessoa “estragada e diminuída” (p. 6). Este juízo de carácter depreciativo, segundo a teoria do autor, tem o nome de *estigma*. Apresenta, ainda, uma forte relação entre atributo e estereótipo, que pode levar ao descrédito do estigmatizado.

Podemos, então, distinguir três tipos de estigma: o primeiro encontra-se relacionado com deformidades físicas, o segundo com culpas de carácter individual, sendo neste onde se inserem os toxicod dependentes, e, por último, o terceiro, que se refere a estigmas raciais, de nação e religiosos. O autor explica, assim, que as culpas individuais são entendidas como “(...) vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais,

crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de (...) distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo (...)” (Goffman, 2004, p.7). Defende, ainda, que em todos estes exemplos de estigma se encontram as mesmas características sociológicas: um sujeito que poderia, facilmente, ter sido bem recebido na relação cotidiana da sociedade, possui uma característica que parece impor atenção e afastar aqueles que poderiam acolhê-lo, destruindo, ainda, a atenção para outras características mais positivas.

Quando indivíduos “normais” e estigmatizados se encontram, pela primeira vez, na presença uns dos outros, especialmente quando tentam manter uma conversação, ocorre um fenómeno fundamental para análise: “(...) esses momentos serão aqueles em que ambos os lados enfrentarão diretamente as causas e efeitos do estigma.” (Goffman, 2004, p. 15). O estigmatizado poderá aperceber-se, então, que se sente inseguro em relação à forma em como os “normais” o identificarão e receberão, criando um sentimento de incerteza e insegurança quanto ao seu status. Esta incerteza surge não só porque o indivíduo não consegue perceber em qual das várias categorias ele será “colocado”, mas também pela possibilidade de outros o definirem apenas pelo seu estigma.

1.2. Carreira desviante

É, ainda, imperativa uma análise perante a “carreira desviante”, para estabelecer paralelismos com o objeto de estudo, sendo o livro “Outsiders” de Becker (2009) essencial para uma melhor compreensão deste fenómeno. Becker (2009) aponta que o primeiro grande passo na maioria das carreiras desviantes é o cometimento de um ato não apropriado, que infringe um conjunto particular de regras.

Os indivíduos, normalmente, consideram atos desviantes como tendo uma motivação por base: se a pessoa comete um ato desviante, ainda que pela primeira vez, pratica-o de propósito. No entanto, e segundo Becker (2009, p. 36) “(...) quero salientar que muitos atos não apropriados são cometidos por pessoas que não têm intenção alguma de fazê-lo; estes demandam claramente uma explicação diferente.”. Assim, estes atos não intencionais implicam uma ignorância da existência da regra, ou

do simples facto de que esta é aplicável a esse caso ou a essa pessoa em particular. Esta falta de conhecimento pode, no entanto, ter várias explicações: pessoas profundamente enraizadas numa subcultura em particular (religiosa ou étnica) podem não ter noção de que nem todos agem daquela forma e assim cometer uma impropriedade. Outro exemplo remete para a utilização de certas palavras: numa cultura podem ser perfeitamente apropriadas, enquanto noutras apresentam um sentido ofensivo.

Quando se analisam casos de não-conformidade intencional, os indivíduos, normalmente, questionam-se sobre a motivação. Assim, o que é que impulsiona o indivíduo a cometer o ato desviante? Esta questão indica que o carácter da motivação é a distinção básica entre os desviantes e os que se conformam. Por um lado, constata-se uma explicação apoiada em teorias psicológicas, as quais encontram a causa de motivações e atos desviantes naquelas que seriam as primeiras experiências pessoais do indivíduo, produzindo, conseqüentemente, necessidades inconscientes que devem ser satisfeitas para encontrar um equilíbrio. Por outro lado, as teorias sociológicas procuram fontes socialmente estruturadas de “tensão” na sociedade, posições sujeitas a conflito, de forma a que o indivíduo parte numa busca de encontrar uma maneira ilegítima de resolver os problemas a que esta posição lhe sujeita. No entanto, o autor refere que estes pressupostos podem ser inteiramente falsos, não havendo uma razão para se supor que apenas aqueles que finalmente cometem um comportamento desviante têm o impulso para o fazer (Becker, 2009).

É importante questionarmo-nos porque é que indivíduos convencionais não se deixam levar por este tipo de impulsos. Podemos encontrar uma resposta no processo de compromisso pelo qual a pessoa dita “normal” se torna, ao longo da sua vida, mais envolvida em instituições e comportamentos convencionais. Desta forma, o que se constata é que o indivíduo, em consequência de ações que praticou ao longo da sua vida, assim como através da operação de rotinas institucionais, percebe que deve aderir a diversas atitudes comportamentais, pois outras atividades que pretenda integrar no futuro serão afetadas se este não o fizer. Verifica-se, a título de exemplo, e de forma relacionada com a temática em estudo, que o indivíduo “(...) não deve

satisfazer seus interesses por narcóticos (...) porque está em jogo muito mais que a busca de prazer imediato; talvez julgue que o emprego, a família e a reputação na vizinhança dependem de que continue a evitar a tentação.” (Becker, 2009, p. 38)

Regista-se, portanto, que o desenvolvimento normal das pessoas na nossa sociedade, pode ser, de certa forma, encarado como uma série de compromissos, progressivamente crescentes, com normas e instituições convencionais. Desta forma, o indivíduo “normal”, pode sentir em si um impulso desviante, mas é capaz de controlá-lo, visto que terá sempre em conta as múltiplas consequências que ceder a esse impulso lhe traria. Isto torna pertinente a questão de, em casos de não-conformidade intencional, perceber como a pessoa consegue evitar o impacto de compromissos convencionais (Becker, 2009).

Ainda que seja importante ter em conta atos isolados de comportamentos desviantes, alguém que mantém um padrão de desvio durante um longo período tempo é mais importante para esta análise, até porque este indivíduo poderá fazer do desvio um estilo de vida, organizando a sua identidade em torno de padrões de comportamentos desviantes. Segundo Becker (2009), um dos mecanismos que leva a uma passagem da experimentação casual a um padrão mais permanente de atividade desviante é o desenvolvimento de motivos e interesses desviantes. O indivíduo, antes de se envolver na atividade desviante de forma regular, não tem conhecimento suficiente como para entender os prazeres que dela pode obter – obtém, sim, este conhecimento através da interação com desviantes mais experientes. Poderá, inclusive, dizer-se que o que certamente terá surgido de um impulso aleatório de experimentar algo novo se torna num gosto estabelecido, singular, por algo já conhecido e experimentado. O indivíduo aprende, com todo este processo, a fazer parte de uma subcultura inserida e organizada em torno desta atividade desviante em particular (Becker, 2009).

Goffman (2004) apresenta uma postura muito semelhante relativamente a estas subculturas. Explica, portanto, que os indivíduos que sofrem com um estigma semelhante, acabam por se reunir num grupo social específico, e chama a estas de “comunidades desviantes”, exemplificando com os casos de criminosos, prostitutas,

toxicodependentes, entre muitos outros (p.124). Estes indivíduos encontram-se inseridos numa espécie de negação coletiva daquela que é considerada a ordem social. São, portanto, percebidos como incapazes de utilizar as oportunidades disponíveis para o progresso nos vários caminhos pré-estabelecidos pela sociedade, mostrando, de forma evidente, um desrespeito pelos superiores, pela moralidade e pelas normas estabelecidas. Há, no entanto, um fenómeno a destacar: indivíduos excluídos apresentam uma tendência a agrupar-se e desenvolverem práticas de solidariedade. O autor dá o exemplo de redes de ajuda mútua, formadas por ex-reclusos de um mesmo reformatório, ou comunidades residenciais desenvolvidas em torno de uma etnia ou religião, com uma grande concentração de indivíduos estigmatizados.

O passo mais decisivo no processo de construção de um padrão estável de comportamento desviante, segundo Becker (2009), será a experiência de ser apanhado e rotulado, de forma pública, como um indivíduo desviante. Ser apanhado e, conseqüentemente, rotulado, tem grandes conseqüências no que toca à participação social e na imagem do indivíduo, ficando fortemente marcada a sua identidade pública. Pode, até, considerar-se que ser apanhado a cometer um ato impróprio confere um novo status ao indivíduo, pois, aos olhos da sociedade, ele acaba por se revelar como uma pessoa diferente daquilo que supostamente era (Becker, 2009).

Goffman (2004) levanta uma questão muito semelhante a este processo, a que ele chama de “visibilidade”. Explica, portanto, que as conseqüências de uma apresentação compulsória em público poderão ser pequenas em contactos particulares, mas que em cada contacto haverá algumas conseqüências que, através da acumulação, poderão ser imensas. A rotina diária de um indivíduo e todas as pessoas que estão em contacto com ele nessa mesma rotina jogam um papel fundamental – a informação que estes têm, resultado de interações diárias, sobre o indivíduo, apresenta-se como a base para decidir qual o plano de ação a empreender perante o estigma que este demonstrou. Qualquer mudança na forma em que este se apresenta perante os indivíduos pertencentes à sua rotina poderá apresentar resultados fatais.

Quando apanhado e confrontado, o desviante passa a ser tratado conforme o diagnóstico popular que descreve a sua forma de ser, e esse mesmo tratamento e

distinção pode conduzir a um desvio crescente. Desta forma, o toxicod dependente, por exemplo, normalmente visto pela sociedade como um indivíduo sem força de vontade, que procura a satisfação do prazer imediato em vez da satisfação pessoal a longo prazo, é fortemente reprimido pela sociedade. Becker (2009, p. 45) explica que “Como não consegue obter drogas legalmente, tem de obtê-las ilegalmente. Isso impele o mercado para a clandestinidade e empurra o preço das drogas para cima, muito além do legítimo preço de mercado corrente, para um nível que poucos têm condições de pagar com um salário comum. Portanto, o tratamento do desvio do drogado situa-o numa posição em que será provavelmente necessário recorrer a fraude e crime para sustentar o seu hábito.”

A prisão, ao contrário do que provavelmente seria de esperar, pode não levar ao desvio crescente, especialmente se a situação na qual o indivíduo é detido pela primeira vez ocorrer numa altura em que ainda lhe é possível escolher entre diversas linhas de ação. Assim, quando confrontado pela primeira vez com consequências drásticas para os seus atos, o choque pode fazê-lo reconsiderar e aperceber-se de que talvez o caminho desviante não seja o mais adequado para a sua vida, voltando, desta forma, atrás. Se optar por esta opção, poderá ser bem recebido na comunidade convencional; em contrapartida, se der o passo errado, será rejeitado e iniciará um novo ciclo na carreira de desviante (Becker, 2009).

O passo final na carreira desviante passaria, portanto, na integração de um grupo desviante organizado. Quando um indivíduo atravessa todo o processo necessário para se integrar este tipo de grupos, acaba por sentir um forte impacto na forma em como se encara a si próprio – chegando, inclusive, a reconsiderar todas as suas escolhas até então. Os membros destes grupos desviantes apresentam uma característica em comum: o próprio desvio. Isto acaba por criar um sentimento de união, uma necessidade de enfrentar os mesmos problemas, desenvolvendo, para tal, um conjunto de perspetivas de como funciona o mundo e criando atividades e rotinas baseadas nessas mesmas perspetivas. Assim, a pertença a um grupo solidifica a própria identidade desviante (Becker, 2009).

1.3. Exclusão Social

A utilização do conceito de exclusão social apresenta-se como relativamente recente, sendo, no entanto, a sua abordagem muito dificultada pela difusão que vai tendo nos vários discursos que percorrem o nosso dia-a-dia, tais como nos meios políticos e intelectuais. Desta forma, enquanto a noção de exclusão se generaliza e a sua utilização se torna mais abrangente, revela-se, conseqüentemente, mais fluída e, por vezes, equívoca enquanto conceito científico (Rodrigues, *et. al.*, 1999).

Construir uma abordagem que resulte numa definição mais completa e operacionalizável torna-se, então, fundamental. Tendo em conta que a desigualdade se reflete como um princípio inerente a qualquer forma de estruturação social, “(...) torna-se legítimo esperar diferentes capacidades de articulação e de acumulação de recursos (...) por parte dos atores pertencentes a uma dada sociedade.” (Rodrigues, *et. al.*, 1999, p.64). A exclusão surge, portanto, com uma agudização das desigualdades, resultando numa dialética de oposição entre aqueles que mobilizam os seus recursos com o objetivo de uma participação social plena e aqueles que, por falta desses recursos, se encontram incapacitados para o fazer – recursos estes que chegam a ultrapassar toda a esfera económica, atingindo os capitais tanto culturais como sociais destes atores sociais (Rodrigues, *et. al.*, 1999).

A exclusão surge, portanto, de uma forte desarticulação entre as diferentes partes da sociedade e os indivíduos, gerando, desta forma, uma não participação num conjunto mínimo de benefícios que definem um membro de pleno direito dessa sociedade - o que acaba por se opor, evidentemente, à noção de integração social (Capucha, 1998). Configura-se como um fenómeno multidimensional, como um fenómeno social e até como um conjunto de fenómenos sociais interligados que acabam por contribuir para a produção e desenvolvimento da figura do excluído.

Ao nível da exclusão, existem, ainda, outros fenómenos sociais diferenciados: o desemprego, a marginalidade, a discriminação, pobreza, entre outros. É ainda de elevada importância realçar que a exclusão social, apresenta todo um carácter cumulativo, dinâmico e persistente, apresentando, notoriamente, processos tanto de reprodução (através da transmissão familiar), como de evolução (pelo surgimento de

novas formas de exclusão). Tudo isto acaba por garantir uma certa persistência, causando, simultaneamente, diversas consequências de ruturas na coesão social, implicando manifestações de “dualismos” e de fragmentação social (Rodrigues, *et. al.*, 1999, p. 65).

A questão da pobreza merece, também, a nossa atenção: tal como a exclusão social, este fenómeno é multidimensional, mas é importante ter em conta que os recursos para nos inserir na sociedade estão longe de se restringir aos monetários. A análise que Bourdieu (1986) estabeleceu entre recursos monetários e outros tipos de recursos (capital cultural, escolar, social, simbólico) é uma forma bastante útil de encarar a problemática em questão. No entanto, se as próprias conceções de pobreza e exclusão social tendem a centrar as atenções nos indivíduos que as vivenciam, não podemos esquecer que tanto a sua produção como reprodução social apresentam uma importante componente estrutural. Constata-se, portanto, que “(...) se são pobres e/ou excluídos indivíduos concretos, a sua condição de pobreza e/ou de exclusão constrói-se e reproduz-se (...) a partir de fatores estruturais que lhes são exteriores e anteriores, mas que, não obstante, não deixam de os influenciar até ao limiar da determinação social dos seus destinos individuais.” (Diogo, *et. al.*, 2015, p.18).

A forma em como a própria sociedade se organiza, quer em termos políticos como económicos, é determinante neste sentido. Assim, no que toca à dimensão política, o próprio estado assume uma importância particular, como instrumento produtor, angariador e redistribuidor de recursos; mas não podemos esquecer o sistema político e a influência das elites. A forma em como os recursos e serviços de estado são distribuídos chega a ser objeto de intensas lutas políticas, pelo que as elites apresentam aí um papel central e, conseqüentemente, assumem um lugar prioritário na decisão de quem é beneficiado e/ou prejudicado. São, portanto, estas elites que decidem, criando condições para situações de maior (ou até menor) desigualdade de distribuição de rendimentos, sendo, até, potenciadoras ou mitigadoras da pobreza e, até, criando condições para uma maior ou menor participação na sociedade (Diogo, *et. al.*, 2015).

Diversos autores defendem uma evolução do próprio conceito de pobreza, o

que acaba por refletir os diferentes contributos que estes autores trazem, evidenciando, ainda, uma progressiva desmultiplicação do conceito em diversas dimensões que procuram dar uma explicação às novas realidades associadas à pobreza. Assim, neste sentido, foram surgindo diversas dicotomias no que toca ao conceito de pobreza, o que nos demonstra a multiplicidade de significados que pode assumir: “(...) pobreza absoluta/relativa, pobreza objetiva/subjetiva, pobreza tradicional/nova pobreza, pobreza rural/urbana, pobreza temporária/pobreza duradoura.” (Rodrigues *et. al.*, 1999, p. 67).

A pobreza absoluta baseia-se na noção de necessidades básicas, estando em causa várias dimensões relativas à noção de recursos (bens de capital, rendimentos, benefícios relativos ao emprego), enquanto a pobreza relativa se encontra mais voltada para a análise da pobreza face aos padrões existentes numa dada sociedade. Segundo os autores anteriormente referidos (1999), nesta dicotomia encontra-se presente uma relação de complementaridade, e não de antagonismo, ao contrário do que se poderia pensar. Por sua vez, a pobreza objetiva configura-se seguindo um padrão de referência (frequentemente associado à construção de um limiar de pobreza) que tipifica as situações de pobreza, permitindo, desta forma, caracterizar de forma objetiva os mais pobres. No caso da pobreza subjetiva, encontram-se as representações de pobreza, construídas pelos atores e grupos sociais que estão em causa, introduzindo, conseqüentemente, a dimensão da perceção e perspectiva subjetiva da pobreza (Costa, 1984).

Temos, também, o caso da pobreza tradicional, que se encontra associada a uma situação crónica, geralmente situada no chamado “mundo rural”, que acaba por enquadrar um estatuto inferior e mais desvalorizado. A nova pobreza, no entanto, está diretamente relacionada com as reestruturações económicas e tecnológicas, assim como os seus efeitos no sistema produtivo, demonstrados, especialmente, no crescimento do desemprego estrutural e na própria precariedade do emprego. A oposição pobreza rural/pobreza urbana traduz, por sua vez, formas de exclusão espacial bastante diferenciadas: enquanto a primeira remete para uma escassez básica de recursos, consequência da baixa produtividade agrícola e pela falta de atividades

económicas alternativas a segunda reveste formas mais visíveis e extremas de exclusão. A pobreza urbana é transversal a diversos grupos sociais, refletindo problemas associados a rendimentos baixos e desemprego, falta de qualificações e incapacidade para as desenvolver, precariedade de emprego, situações de doença, toxicodependência, alcoolismo e, até, a pressões subjacentes aos próprios processos de urbanização – encontrando-se estas associadas a mecanismos de discriminação e de segregação espacial (Rodrigues *et. al.*, 1999, p.67).

Associada a esta, surge também a pobreza suburbana: o espaço suburbano é afetado por problemas sociais emergentes que, dado o contexto de proximidade ao meio urbano, apresentam semelhanças relativamente às problemáticas vivenciadas neste – tráfico de droga, prostituição, delinquência, etc. Estas zonas suburbanas são fortemente caracterizadas por uma grande dependência face aos centros urbanos, especialmente no que toca ao próprio mercado de trabalho. “A pressão demográfica, associada à estrutura económica, implicam uma forte procura de habitação que tem consequências ao nível do uso dos solos, originando formas de desordenamento territorial, o que se traduz em carências de infraestruturas, com incidências concretas na qualidade de vida e no meio ambiente” (Rodrigues, *et. al.*, 1999, p. 68).

Finalmente, distingue-se pobreza temporária de pobreza duradoura, encontrando-se a primeira relacionada com fluxos de entrada e saída na pobreza, de carácter temporário enquanto a segunda noção remate para a reprodução social e para o processo cíclico e reprodutivo da pobreza, como fora outrora mencionado. Verifica-se, nos dias que correm, a existência de relações contratuais que refletem um forte enfraquecimento dos vínculos que lhes estão subjacentes, aumentando, portanto, o risco de surgirem situações de pobreza temporária. No entanto, uma vez que o trabalho apresenta um carácter de precariedade, o risco de se vivenciar situações mais duradouras de pobreza aumenta exponencialmente. O desemprego, por sua vez, quando se configura como estrutural, contribui, da mesma forma, para potenciar o surgimento e desenvolvimento de uma pobreza duradoura (Rodrigues, *et. al.*, 1999).

Esta análise do conceito de pobreza torna-se pertinente para a questão do

conceito de exclusão social, na medida em que, tal como vimos, a exclusão enquadra muitas das dimensões retratadas na evolução do conceito de pobreza. Concebe-se, portanto, a pobreza como um dos fenómenos integrantes da exclusão social, “(...) sendo aquela mais uma forma do que um resultado desta última, uma vez que a exclusão abrange formas de privação não-material, ultrapassando a falta de recursos económicos.” (Rodrigues, *et. al.*, 1999, p. 69). A ausência, insuficiência ou incapacidade de recorrer a recursos sociais, políticos, culturais e psicológicos é enquadrada, teoricamente, pelo conceito de exclusão social.

É importante referir que, no entanto, estes dois fenómenos divergem entre si – uma das grandes diferenças reporta-se às modalidades de identificação. Lamarque (1995, cit. por Rodrigues, *et. al.*, 1999) refere que é fácil identificar as diferentes situações de pobreza, uma vez que se pode utilizar um *standard* comparativo, em termos de rendimentos e nível de vida. A exclusão, no entanto, é um processo mais complexo em que causas e consequências aparecem muito mais interligadas entre si, não sendo, portanto, um processo tão redutível a situações de carência no que toca recursos patrimoniais. A pobreza apresenta-se, sobretudo, como um processo estático, enquanto a exclusão é um processo mais dinâmico, associado a uma trajetória que conduziu à marginalização. A acumulação de *handicaps*, tais como ruturas familiares, falta de habitação, isolamento social, são alguns dos fatores que conduzem a este fenómeno. A exclusão abrange situações de precariedade e situações de fragilidade, sendo, portanto, um fenómeno marginal. É um fenómeno preocupante, que atinge cada vez mais indivíduos, provenientes dos mais diversos grupos sociais (Rodrigues, *et. al.*, 1999).

A acumulação de *handicaps* supramencionada aumenta a vulnerabilidade de determinadas categorias sociais a situações de pobreza e exclusão social, tornando-as socialmente mais destacadas e evidentes. A identificação destas situações requer um conhecimento das circunstâncias que permitam considerar um grupo como socialmente desfavorecido. É, portanto, fundamental a delimitação da amplitude destas circunstâncias, isto é, saber se se encontram relacionadas com a esfera do trabalho, ou com um conjunto mais amplo de questões sociais, políticas ou culturais

que contribuam para o desenvolvimento de situações de desfavorecimento. Este desfavorecimento traduz-se, portanto, em diversos graus consubstanciados em posições sociais diferenciadas. Uma análise da vulnerabilidade à pobreza e à exclusão social acaba por implicar toda uma dimensão subjetiva, a qual engloba tanto o sentido dado pelas populações consideradas como desfavorecidas às suas vivências como os modos de adaptação destas aos constrangimentos situacionais que as rodeiam (CIES/CESO I&D, 1998).

1.4. O caso português

A pobreza e a exclusão social apresentam-se como traços muito próprios da sociedade portuguesa – o elevado número de indivíduos nesta situação assim o indica. A produção de estatísticas fiáveis sobre esta temática é, apesar disto, recente: começou a ter uma certa regularidade a partir da década de 90 do século XX, instaurando-se fortemente com a instituição do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), parte do inquérito europeu “European Union Statistics on Income and Living Conditions” (EU-SILC). Os dados obtidos são inequívocos: a pobreza, na sua dimensão monetária, apresenta-se como uma realidade para cerca de 20% da população portuguesa; sendo que a exclusão social, por sua vez, abrange, também, um elevadíssimo número de pessoas em Portugal – estes dois fenómenos encontram-se ligados e tendem a afetar os mesmos indivíduos (Diogo, *et. al.*, 2015).

Embora estes sejam fenómenos que não se podem reduzir apenas à sua dimensão monetária, isto é o que acontece, maioritariamente, com os indicadores utilizados para medir estes fenómenos pelos aparelhos estatísticos. Esta ênfase na dimensão monetária da pobreza é, no entanto, compreensível: na origem desta encontra-se a ausência de recursos monetários. Além disso, a sua quantificação permite delimitar, de forma clara, certas populações, estabelecendo comparações entre diversos anos e territórios. Os indicadores estatísticos de base monetária que têm dominado a produção de dados sobre a pobreza conseguem, dentro dos possíveis, responder às necessidades burocráticas e políticas que têm surgido ao longo dos últimos anos (Diogo, *et. al.*, 2015).

Dada a forte existência e continuidade de situações de pobreza em Portugal, foi criada em 1996, a partir da Lei nº19-A/96, de 29 de junho, uma medida pronta a combater este fenómeno: o Rendimento Mínimo Garantido (RMG). A grande inovação nesta medida encontrava-se relacionada com a rutura que estabeleceu com os diversos apoios assistencialistas existentes naquela altura, tendo uma forte relação com a responsabilização, tanto dos beneficiários, como do Estado, para a superação destas situações de pobreza e de exclusão social.

Tornou-se, assim, necessária a concordância, por parte dos beneficiários, em integrar um programa de inserção social em troca de uma prestação contínua, ajustada, claro, à composição do agregado familiar e aos diversos rendimentos do mesmo: isto acabava por garantir um rendimento mínimo às suas necessidades básicas. A medida visava, ainda, criar uma ponte entre diferentes instituições, tanto públicas como privadas, de forma a conceber a criação de condições e recursos para a inserção dos indivíduos e as suas famílias. Esta medida foi extremamente importante, marcando um antes e depois no que toca ao desenvolvimento de novas políticas sociais, assentes no princípio do desenvolvimento de cada cidadão. Segundo Rios (2020), “O RMG não só tinha como objetivo atenuar a pobreza e inserir socialmente pessoas excluídas, mas também reforçar a coesão social ao reforçar a própria cidadania (...) baseando-se (...) num conceito de cidadania que incluía o direito ao trabalho e a um rendimento mínimo, bem como a importância da promoção da igualdade e oportunidades (...)”, contrariando, desta forma, as desigualdades e desinserção social (p. 36).

Em 2003, esta medida via a sua designação a ser alterada para Rendimento Social de Inserção (RSI), tendo em conta a Lei nº13/2003 de 21 de maio, embora se mantivesse o objetivo, à semelhança de qualquer outra política social: “alcançar e promover o bem-estar social” (Caeiro, 2010, p.23, cit. por Rios, 2020). A luta constante para procurar a satisfação das necessidades sociais e a garantia dos direitos sociais essenciais manteve-se como uma constante. Verifica-se, portanto, que apesar da designação se ter alterado, a medida mantém a sua essência – ainda que com algumas regras mais restritivas, especialmente devido à contenção da despesa pública, na

sequência do período de austeridade que se vivenciou no nosso país a partir de 2010.

Ao longo dos últimos anos tem-se assistido a uma maior disponibilização de “(...) mecanismos de controlo fiscal e social, que tendem a transformar a medida de mecanismos de inserção para mecanismos de regulação, de controlo e de moralização dos beneficiários.” (Rios, 2020, p. 37). Aos beneficiários são impostas, portanto, certas obrigações, que caso não sejam cumpridas representam o fim do apoio. A autonomização dos beneficiários de RSI, segundo Rios (2020), pode ser mais facilmente alcançada através do desenvolvimento de ações e atividades que integram o Contrato de Inserção (CI). Isto torna-se relevante, sobretudo, para aumentar competências tanto sociais, como pessoais e profissionais dos beneficiários – o que poderá trazer diversas melhorias, aos indivíduos, a longo prazo. As medidas de ativação são introduzidas com este propósito, sendo que a autonomização do utente será o resultado esperado e consequente do CI, o que acaba por lhe possibilitar de receber rendimentos próprios, bastante superiores aos valores definidos do RSI (Rios, 2020).

É fundamental, para que a intervenção dê resultado, que haja um trabalho único e especializado para cada beneficiário, de acordo com as suas necessidades, o que acaba por implicar uma avaliação das suas incapacidades e dificuldades, por parte dos técnicos responsáveis, de forma a definir o trajeto mais adequado para cada um. Esta avaliação será fundamental para o desenvolvimento do trabalho de assistência social, que deverá identificar as dificuldades económicas e de organização que determinado beneficiário apresenta. Existe, evidentemente, uma notória concentração de trabalho naqueles que apresentam recursos insuficientes, mas também há muito trabalho desenvolvido em torno daqueles que trabalham e que, apesar disso, não apresentam recursos suficientes para a sua sobrevivência, havendo, então, uma necessidade de reajustar e adaptar políticas, encontrando estratégias diferenciadas que se adequem a estas circunstâncias (Rios, 2020).

1.5. A utilização de substâncias psicoativas: um percurso histórico

O consumo de substâncias pelo ser humano foi percorrendo um trajeto pautado por diferentes focos de interesse, moldando-se, também, a diferentes contextos socioculturais – a cada época corresponderam diferentes substâncias e diversas formas de as consumir, sendo que se percorreu um processo longo para se chegar ao ponto em que nos encontramos neste momento.

O consumo de substâncias com poder psicoativo esteve sempre presente na sociedade humana. Este consumo foi, durante longos anos, um instrumento pelo qual se procurava estabelecer contacto com entidades divinas, funcionando como um elo entre a realidade e a *vida prometida* (Nunes e Jóluskin, 2007). Entretanto foram surgindo outros fins para o consumo de drogas – passaram séculos nos quais as drogas foram usadas para fins recreativos, terapêuticos, religiosos e culturais. Os gregos utilizavam, muitas vezes, ópio para tratar os doentes e o vinho, por sua vez, encontra-se associado a vários rituais judaicos e cristãos. A continuidade da utilização destas substâncias encontra-se fortemente relacionada com a transmissão cultural e com a reprodução social, nas quais o meio familiar se apresenta como basilar. São exemplo disto, em Portugal, as típicas “sopas de vinho”, assim como, noutros países, o consumo de alucinógenos por parte de certas culturas, como ritual de passagem para a vida adulta (Silva, 2011).

A primeira definição de droga comumente aceite foi apresentada na Antiga Grécia: já Platão mencionava as *phármaka* como algo que se situava entre as coisas que poderiam ser, por um lado, benéficas, e, por outro, prejudiciais. “Referia Paracelso que apenas a dose podia fazer essa diferença entre remédio e veneno. Então, uma droga não podia ser catalogada como benigna ou danosa.” (Nunes e Jóluskin, 2007, p. 233). O que se podia afirmar, naquele então, com certeza, era que o efeito da droga dependia da dose administrada, da pureza das substâncias, das condições e razões do seu uso e, ainda, as normas culturais que regiam o este uso. Desta forma, Hipócrates e Galeno, dois fundadores da medicina científica, definiram que droga seria toda a substância que teria a capacidade de vencer o corpo humano, caso não fosse vencida, em primeiro lugar, por este (Nunes e Jóluskin, 2007).

A referência a substâncias que eram fonte de prazer e, ao mesmo tempo, se

apresentavam como recursos de aplicação médica provém, também, da Antiguidade. Tal como vimos, na Antiga Grécia, o ópio era aconselhado desde o século X a.C., mas os exemplos não se ficam por aqui: em 5000 a.C. os sumérios deixaram “(...) o registo de um ideograma do qual constava o ópio como representante da alegria e do regozijo.” (Angel, *et. al.*, 2002, cit. por Nunes, Jólluskin, 2007, p.34). Por sua vez, egípcios, em torno de 1550 a.C., conheciam as propriedades terapêuticas do ópio, utilizando não só esta substância, como também o cânhamo para esquecerem preocupações e aumentar o apetite. A cocaína já se conhece desde 600 a.C., visto que algumas escavações e estudos arqueológicos levados a cabo na América do Sul relatam a descoberta de folhas de cocaína no interior dos sarcófagos onde se encontravam múmias de índios sul-americanos (Nunes e Jólluskin, 2007).

Na Idade Média, por sua vez, a utilização de substâncias psicoativas encontrava-se enquadrada em diversos rituais, contextualizados e regulados, principalmente, pela religião e moral – havendo, desta forma, substâncias divinas ou diabólicas. Mais tarde, o seu uso passou para o domínio e alçada da medicina e da farmacologia, havendo, portanto, uma distinção entre substâncias benéficas e nocivas (Silva, 2011). Nesta época, a farmacologia ocidental era pobre, limitando-se praticamente aos “jardins des simples”, cultivados nos mosteiros; ainda que algumas ordens religiosas tenham começado a produzir cerveja. Algumas das substâncias retiradas das plantas eram associadas a exorcismos ou práticas demoníacas, tal como vimos anteriormente: a mandrágora era conhecida como anestésico e, ao mesmo tempo, como afrodisíaco; enquanto o nenúfar era conhecido pelas propriedades sedativas e antiafrodisíacas (Nunes e Jólluskin, 2007)

O mercantilismo expansionista, iniciado nesta época, assim como o posterior movimento dos Descobrimentos, levaram a que se comesçassem a evidenciar novas mudanças. Graças às viagens realizadas em torno à descoberta do mundo, novos produtos e costumes começaram a invadir a Europa: passaram a conhecer-se novas plantas cujos efeitos apanharam de surpresa os europeus. “Do chá ao tabaco, passando por outras espécies botânicas, foram sendo conhecidas substâncias como o ópio, que chamou a atenção do vice-rei português, o qual sugeriu ao monarca a

produção da substância com fins lucrativos.” (Nunes e Jóluskin, 2007, p. 234). Garcia da Orta, em pleno século XVI, referiu o banguê, à base de folhas e de resina de cânhamo, como possuidor de efeitos desinibidores, assim como potenciais usos terapêuticos do ópio no âmbito das diarreias, fraqueza gástrica e, inclusive, na ejaculação precoce (Nunes e Jóluskin, 2007).

É, ainda, fulcral mencionar que, se inicialmente, nos séculos XVII e XVIII, o consumo de drogas era visto como um privilégio de poucos, mais tarde constatar-se-ia um preocupante crescimento do número de consumidores. Foi a China, quem inicialmente manifestou uma crescente preocupação endêmica e de consumo em relação ao ópio, o qual era importado pela Inglaterra da Índia. A China reagiu contra a Inglaterra, o que ficou historicamente conhecido como a Guerra do Ópio, ou Guerra Anglo-Chinesa. Da mesma forma, e devido a fatores como a colonização a partir dos Estados Unidos da América (E.U.A.) e a industrialização, muitos trabalhadores do oeste asiático acabariam por emigrar para os E.U.A., alastrando, assim, o consumo neste país (Silva, 2011).

No século XIX foi sintetizada, pela primeira vez, a cocaína. Movido por questões científicas, Freud começou a estudar as propriedades desta substância, o que culminou com a publicação de “Uber Coca” em 1884, causando, desta forma, um aumento da prescrição de cocaína para o tratamento da ansiedade e da depressão. A cocaína acabaria por se tornar uma moda, entrando, inclusive, na composição de certas bebidas, tais como o Vin Mariani, um tônico que consistia numa mistura de vinho e cocaína; e a Coca-Cola, inventada em 1886 por John Pemberton, um farmacêutico que utilizou como ingredientes ativos a noz de cola e a cocaína (Nunes e Jóluskin, 2007).

Evidentemente, sentiu-se, de seguida, um período de um enorme incremento do uso da cocaína, do ópio e dos respetivos alcaloides, especialmente entre pessoas de classes mais altas, mais abastadas e cultas. O ópio começava a superar o próprio consumo do álcool, acabando por preocupar a Grã-Bretanha de finais do século XIX, pelos efeitos nefastos que se começavam a sentir entre as populações. Por sua vez, o cânhamo era utilizado com fins terapêuticos, chegando a ter direito a um selo de aprovação real (Nunes e Jóluskin, 2007). O desenvolvimento da problemática e da

questão moral em torno da toxicodependência deveu-se, em grande parte, à estigmatização das minorias, responsabilizando-se, desta forma, os chineses pelo consumo de ópio e os afro-americanos pelo consumo de cocaína (Silva, 2011).

A Guerra da Sucessão também trouxe graves consequências no que ao abuso de substâncias se refere. A morfina foi amplamente usada entre os feridos desta guerra, nos E.U.A., entre 1861 e 1865, vindo a originar o que então se chamava de “doença do exército” (Nunes e Jóluskin, 2007). A classe conservadora norte-americana, a qual jogava um papel importante no jogo político, começou a intervir criticamente e moralmente no que toca a este tipo de consumos, sobretudo de forma recriminatória (Silva, 2011). A heroína, por sua vez, surgiu no mercado como uma droga muito mais potente que a morfina, “(...) los laboratorios Bayer dejaron de ser una pequeña fábrica de tintes en una ciudad de provincias para constituirse en gigante farmacéutico mundial gracias a la aspirina y la heroína, que se anunciaron juntas durante décadas.” (Escohotado, 2006, p. 26).

Em 1909 dá-se a primeira conferência internacional relacionada com a questão da toxicodependência, tendo-se realizado em Xangai, por iniciativa dos E.U.A., contando com a participação de catorze países. Constata-se que se afirmaram duas grandes posições: os E.U.A. e China a favor do proibicionismo, enquanto outros países optaram por uma posição mais liberal, com intenção de salvaguardar interesses comerciais. Em 1912, em Haia, por sua vez, dá-se outra conferência, a qual culminou no *Harrison Act* – diploma norte-americano, de política jurídico-repressiva na área das drogas. Vários países adotaram este diploma, consolidando, assim, o proibicionismo. “A criação, e as diligências encetadas, pela então denominada Sociedade das Nações (hoje Organização das Nações Unidas – O.N.U.), após a I Guerra Mundial, enfatizaram a internacionalização do proibicionismo do consumo de drogas e da sua produção, o que levou ao fomento da produção e comércio ilegal.” (Silva, 2011, p. 7).

Na década de 1930 as anfetaminas começavam a ser comercializadas, sendo fortemente divulgadas no decorrer da II Guerra Mundial. Ainda, na década de quarenta, Hoffman descobriu a dietilamida do ácido lisérgico, mais conhecido como LSD, acabando por experienciar, inadvertidamente, o efeito da substância. O

movimento hippie, na década de sessenta, também jogou um papel fulcral na expansão das drogas: deu lugar ao uso generalizado e endémico das drogas que foram atravessando as diversas classes e estratos sociais, entrando rapidamente no mundo dos mais jovens (Nunes e Jólluskin, 2007). Ainda nesta década, foram realizadas outras convenções, a maioria no âmbito da O.N.U., sendo, precisamente, em 1972, com o Protocolo de Genebra que se mudou de paradigma: o toxicodependente passou de criminoso para consumidor doente. Desta forma, começaram a ter-se em conta algumas variáveis multidisciplinares, tais como o tratamento, e não apenas a punição: estes foram os primeiros passos para a descriminalização. “Os estados signatários comprometeram-se a criar condições para a saída da droga, a problematização social e a medicalização do doente.” (Sommer, 2004, cit. por Silva, 2011, p.7).

Durante a década de 1980 deu-se o grande impulso no que toca à produção de substâncias sintéticas, conhecidas, também, como drogas de desenho. Desta forma e durante este período, iniciou-se uma época de novas drogas, na qual diversos laboratórios ilegais produziram psicofármacos a um ritmo cada vez mais acelerado. Constata-se, portanto, que estas novas substâncias constituem, nos dias que correm, um grupo muito alargado e diverso de drogas laboratorialmente produzidas e quimicamente manipuláveis. A isto junta-se uma contrapartida: no âmbito da produção de drogas sintéticas, o mais simples erro pode levar a drogas com propriedades completamente desconhecidas e efeitos imprevisíveis para o consumidor. Apura-se que, cada vez mais, são produzidas substâncias às quais se acede rapidamente e a um custo muito baixo. Na década de 1990 verificou-se um alargamento, notoriamente abrupto, da faixa de idade dos diversos consumidores: iniciavam-se cada vez mais cedo, seguindo um percurso bastante similar ao dos adultos, cuja iniciação tivera lugar nas décadas de 70 e 80 do século XX. A droga saía, desta forma, dos salões e dos clubes elitistas para invadir as ruas das cidades e os bairros de operários (Poiars, 1999).

O consumo de substâncias, tal como vimos, progride ao longo das décadas, assumindo diferentes contextos e características: desde fontes de prazer, inspiração, cura, misticidade, entre outras. As drogas foram acompanhando o Homem ao longo

dos tempos, tornando-se num problema que agita e alarma as sociedades contemporâneas. A solução não é unânime: enquanto alguns países proíbem, outros optam por políticas menos radicais, abordando a questão da descriminalização. De acordo com Escohotado (2004) “(...) distintas drogas, no ha afectado (más bien potenciado) su naturaleza genérica de bien económico, sujeto a pautas comerciales comunes.” (p.882).

São diversos fatores que tornam as sociedades atuais mais propensas ao agravamento desta problemática. Após longas lutas pelos direitos civis, duas guerras mundiais e uma enorme tensão no pós-guerra, instalara-se uma sociedade fortemente apoiada pelo consumismo, numa era delimitada por enormes metrópoles, nas quais vigoram satisfações “(...) cada vez más estereotipadas para compensar la progressiva deshumanización del medio.” (Escohotado, 2004, p. 886). Não é, portanto, por um mero acaso que vivenciamos numa época de extremas adições: não apenas às drogas, como também às compras, videojogos, Internet e ao próprio trabalho, num registo de comportamento muito extremos, problemáticos e, normalmente, acompanhados por uma sensação de perda do autocontrolo (Nunes e Jólluskin, 2007).

1.6. A descriminalização de drogas em Portugal

O uso de substâncias com poder psicoativo tem vindo a sofrer, ao longo das últimas décadas, enormes alterações no que toca à aceitação social, o que chega a provocar, conseqüentemente, alterações culturais e geográficas. No entanto, foi apenas a partir do século XIX que as tentativas de regulação do consumo passaram a ser mais dominantes. As principais posições no que a esta temática se refere, quer seja a nível mundial ou ao nível do nosso país, acabam por se resumir a duas grandes tendências: uma que pretende terminar com o consumo das drogas, optando, desta forma, por modelos de regulação que criminalizam tanto a produção, como o comércio e o consumo de substâncias ilícitas; enquanto do outro lado da moeda, temos uma perspectiva que prioriza a descriminalização do consumo, incluindo, numa fase posterior, a sua legalização. Esta perspectiva encontra-se fortemente relacionada com a noção de que os danos sociais, conseqüentes da criminalização, são muito mais

nefastos do que os danos causados pelo próprio consumo. É importante, também, realçar a perspetiva de que o consumo de drogas prejudica essencialmente o consumidor – o que confronta a própria noção de ato criminoso, uma vez que não se prejudica uma terceira pessoa ou um bem (Silva, 2011).

Portugal juntou-se à “Guerra às Drogas” nos anos 1970, ainda que, durante aquele período, esta questão não se apresentasse como um problema social relevante no país e não houvesse, aos olhos da lei, uma distinção clara entre a utilização de substâncias e a venda das mesmas. A utopia de uma sociedade livre de drogas, nomeadamente em Portugal, e inclusive noutros países, foi fortemente sustentada por discursos conservadores, aliados à esfera da lei e à esfera da saúde, os quais, operando como meios de controlo social, convergiram numa perceção relativamente ao uso de substâncias como um desvio em relação à norma, quer na questão legal, quer na questão da própria saúde da população (Rego, *et. al.*, 2021).

A partir da década de 1980, na Europa, verifica-se que um número bastante significativo de países constata que a política de “tolerância zero” - da condenação do uso de drogas - não alcança os resultados esperados, quer seja na repressão da produção, quer seja na circulação das mesmas. Esta perceção fez com que diversos países-membros da União Europeia tentassem encontrar um equilíbrio entre repressão e proteção, tentando manter, dentro dos possíveis, um controlo sobre o tráfico de drogas, mas descriminalizando as drogas e os seus consumidores. O objetivo é, então, alterado: passa a haver uma dissuasão do consumidor, com um maior foco na proteção do seu bem-estar e do bem-estar da sociedade em geral. Constata-se, portanto, que existe um abrandamento de políticas repressivas, caminhando, assim, a União Europeia, no sentido do alargamento da política de redução de danos, tal como se pode verificar no relatório “European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.” (Martins, 2013).

A questão da redução de riscos tem vindo a desafiar o proibicionismo a escala global e tem-se estabelecido como um motor da própria transformação social. “The liberation of the drug use phenomenon from the War on Drugs paradigm seems to be at the core of the *double HR* - harm reduction and human rights (...) in particular in its

strong version, which fully recognizes the right to use drugs, as opposed to its *weak version*, that advocates mainly health rights.” (Rego, *et. al.*, 2021, p.3). Constata-se que na União Europeia, em dez anos, as medidas de redução de danos se tornam dez vezes mais comuns, enquanto os programas de substituição opiácea e os programas de troca de seringas se tornaram uma prática transversal a praticamente todos os países membros (Martins, 2013).

No que toca à questão social, a ideia de legalização é um tema um pouco controverso e, até, pouco aceite. As pessoas acreditam que se deve demonstrar, de forma jurídica, que o consumo de drogas é algo errado (Silva, 2011). Apesar disso, as críticas ao paradigma da “Guerra às drogas” têm demonstrado a importância do modelo da descriminalização – “(...) aquele paradigma defensor, a criminalização, encheu as prisões com consumidores de substâncias com poder psicoactivo, ilícitas, e no decorrer de um século, não demonstrou eficácia na redução/extinção do consumo, determinando um aumento dos danos sociais relacionados.” (Agra, 1993, Quintas, 2006 cit. por Silva, 2011, p.45). A descriminalização torna-se, também, mais coerente com o modelo de abordagem vigente relativo ao fenómeno do consumo de drogas, o qual se apresenta agora como um modelo biopsicossocial, no qual as intervenções devem ser diferenciadas (Silva, 2011).

Passando agora o foco de análise para a questão portuguesa, constata-se que o nosso país tem sido apontado como a única nação que, efetivamente, descriminalizou as drogas. Portugal opta, desta forma, pela política de descriminalização das drogas no ano de 2000, após estudo realizado pela Comissão pela Estratégia Nacional de Combate à Droga, a qual considerou esta opção como a medida mais viável, ainda que ela contrariaria os tratados internacionais de que Portugal é signatário. Desta forma, a Comissão, em 1998, aponta que o objetivo não se limitaria a “reduzir o abuso e o uso de drogas”, mas antes incentivar a busca voluntária pelos usuários e pelo seu tratamento como “medida alternativa a sentenças de prisão” (Martins, 2013, p. 337). É importante salientar que em Portugal, o uso e posse de drogas continuam a ser proibidos, não havendo, no entanto, mais aprisionamento para o indivíduo dependente – no lugar de sanções criminais, aplicam-se, sim, medidas administrativas

como multas ou encaminhamento para tratamento. É, ainda, importante ressaltar que descriminalização e legalização são noções distintas, sendo que nem Portugal, nem nenhum outro país da União Europeia procedeu à legalização das drogas, porque legalizar implica “que não há nenhuma proibição de qualquer espécie na lei relativa à produção, venda, posse, ou uso da droga” (OEDT, 2005, cit. por Martins, 2013, p. 337).

A Lei n. 30/2000, aprovada em 19 de outubro de 2000 (promulgada em 14 de novembro de 2000 com entrada em vigor em 1º de julho de 2001) está relacionada com a política de descriminalização de drogas (artigo 1º). Encontra-se voltada para os diversos consumidores, quer sejam eventuais ou crônicos, tendo em conta a sua própria proteção, quer seja do ponto de vista social, quer seja do ponto de vista da saúde. É importante, ainda, destacar que na legislação atual, o consumo, aquisição e detenção de plantas ou substâncias indicadas nas tabelas são tratados como uma “contraordenação” – ao contrário do que acontecia com o anterior Decreto-Lei n.15/93, no qual o consumidor era passível de punição com pena de prisão até três meses ou multa até trinta dias. A Lei 30/2000 prevê, também, que a aquisição e consequente retenção para o consumo individual não poderá exceder a quantidade considerada como necessária para o consumo individual durante o período de dez dias (Martins, 2013).

Com a entrada em vigor da Lei n. 30/2000 surge uma série de inovações, de entre as quais o processo de identificação do utilizador de drogas, cuja ocorrência será encaminhada para uma comissão responsável por avaliar a condição de uso das substâncias; e ainda, na competência para o processamento, aplicação e execução das sanções, tudo isto sob a responsabilidade de uma comissão denominada de “Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência”, a qual se encontra composta por um jurista e por mais dois membros que poderão ser escolhidos das mais diversas áreas da saúde e das ciências sociais, desde que demonstrem competência nesta área. Esta comissão encontra-se encarregada de definir as “(...) condições de consumo, o grau de dependência da droga e as condições económicas do consumidor (artigo 10), sendo facultado ao usuário fazer-se acompanhar do seu terapeuta, bem como solicitar exames médicos para a formulação do juízo a ser emitido pela comissão.” (Martins,

2013, p. 339).

Gleen Greenwald, constitucionalista norte-americano, indica o sucesso que Portugal vem obtendo no que toca à descriminalização das drogas e quanto à política de dissuasão, quando comparado com os demais países da União Europeia. Assim, o autor analisa os dados estatísticos de Portugal e aponta, entre demais indicadores, que o consumo de droga entre a população mais jovem tem vindo a diminuir, da mesma forma que a mortalidade decresceu de forma acentuada no período de 1999 a 2006, e aponta, ainda, a diminuição de doenças relacionadas com a utilização inadequada de substâncias (Dependências, 2009). Ainda que o consumo continua proibido, no lugar de prisão há multa, tal como verificamos anteriormente – situação esta que se apresenta diferente em outros países da UE, onde as sanções obrigam à instituição de processos penais.

Constata-se, também, que no nosso país, o crescimento de pessoas em programas de substituição, de 1999 a 2003, apresenta um notável acréscimo de 147%, como veremos a seguir. Segundo dados da revista *Dependências* (2009), verifica-se que a “(...) prevalência do consumo desceu de 14,1% para 10,6% (face a 2001) na faixa etária 13-15 anos, e de 27,6 para 21,6% nos 16-18 anos” (p. 8). A prevalência apresenta outro dado significativo a analisar: para estes dois grupos críticos da juventude, as taxas de prevalência declinaram em praticamente todas as substâncias desde a descriminalização. É importante apontar que no que toca a taxas de uso, pós-descriminalização, Portugal apresenta as taxas mais baixas da União Europeia (UE), especialmente quando comparadas com outros países onde se mantém em vigor a criminalização da droga.

Para alguns grupos de faixas etárias mais velhas (19-24 anos), registou-se um ligeiro aumento no uso de droga, especialmente de 2001 a 2006, incluindo uma pequena ascensão no uso de substâncias psicoativas para a faixa etária 15-24 e, ainda, um aumento substancial no mesmo grupo de idade para substâncias ilícitas em geral. “Para outras faixas etárias de cidadãos mais velhos, os aumentos em taxas de prevalência ao longo da vida para drogas variaram geralmente de ligeiro a suave. Tal aumento em taxas de prevalência da vida para a população geral é virtualmente

inevitável em cada nação, não obstante a política de drogas e não obstante se há mesmo um aumento real no uso da droga.” (Dependências, 2009, p.12)

João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), explica que este resultado era esperado, muito devido ao efeito do coorte - na amostra, de um estudo para outro, pessoas mais envelhecidas que nunca experimentaram drogas são substituídas por uma geração nova, de entre a qual uma percentagem significativa já teve experiências desse género. Quando são avaliados, portanto, os efeitos a longo prazo da política de drogas e da própria abordagem ao tratamento, os especialistas portugueses da política de drogas consideram os grupos de idade adolescente e os pós-adolescentes (15-24) como os mais significativos. O comportamento dos grupos etários mais novos é, normalmente, considerado pelos decisores políticos em todo o mundo como sendo o mais moldável, e as tendências que aparecem durante este período de anos são os mais potentes precursores para mudanças comportamentais a longo prazo. Um estudo de 2008 sobre tendências do consumo de drogas em 17 nações de cinco continentes diferentes encontrou, de forma semelhante, que os últimos anos da adolescência são fulcrais para determinar o uso futuro, ao longo da vida, de drogas (Dependências, 2009).

João Goulão aponta que antes da descriminalização os dependentes de drogas tinham um certo receio em procurar serviços de tratamento, especialmente por medo de represálias, mas tendo em conta o novo enquadramento jurídico, existe uma remoção da conduta do consumidor da esfera da lei criminosa: “O número de pessoas em tratamento de substituição subiu de 6.040 em 1999 para 14.877 em 2003, um aumento de 147%... O número de vagas em unidades de desintoxicação, comunidades terapêuticas, CAT e outros dispositivos também aumentou (...)” (Dependências, 2009, p. 13).

Já é sabido que antes do processo da descriminalização, Portugal enfrentava uma situação bastante alarmante no que ao uso de drogas se refere - sobretudo com a heroína injetável e as consequências do uso inadequado dos utensílios para a consumir, o que fez com que houvesse um aumento considerável nos casos de infeções pelo HIV, hepatites e SIDA. Ainda na década de 1990, houve um aumento

significativo de detenções relacionadas com delitos associados a drogas e ao uso de heroína. Segundo a revista Dependências (2009), mais de 60 por cento das detenções relacionadas com drogas eram devido a uso ou posse e “Em quase cada categoria de droga, e para o uso da droga total, as taxas de prevalência ao longo da vida na era da pré-descriminalização dos anos 90 eram mais elevadas do que as taxas do pós-descriminalização.” (p. 13). Os indicadores de tráfico de droga sofreram, também, um forte declínio desde 2001.

Laqueur (2014) apresenta uma análise bastante detalhada, das últimas décadas, no que aos números de apreensões, prisões e, até, preços das substâncias e o que as oscilações destes valores nos podem indicar quanto ao mercado da droga no nosso país. As apreensões de grandes quantidades de droga jogam um papel muito importante no que ao mercado de droga europeu se refere, uma vez que Portugal se apresenta como um ponto central para o transporte e tráfico internacional.

É indicado, pelo autor, que os números de apreensões a heroína registadas pela polícia diminuíram de forma significativa ao longo da década de 90, apresentando uma queda abrupta na viragem de século, e mantendo-se estável desde 2002. Por sua vez, e em contraste, o número de apreensões de haxixe e cocaína tem vindo a crescer ao longo das últimas duas décadas – no entanto, todos estes valores apresentam oscilações muito variadas. Laqueur (2014) exemplifica, indicando que “There was (...) a large increase in the hashish seizures between 2003 and 2005, then a decline followed by an even larger increase in 2007 and 2008. The quantity of cocaine seized also increased substantially in 2005 and in 2006, the year in which the UNODC estimated Portugal was responsible for 35 percent of all cocaine seizures in Europe” (p. 760).

Além disso, e em teoria, é esperado que uma maior pressão por parte da lei, aumenta, também, o risco do traficante, pelo que haveria um aumento dos perigos de vender drogas. Estes perigos seriam traduzidos, ao comprador, sob a forma de um aumento do preço das substâncias. No entanto, na prática, esta ligação entre preços e a pressão da lei é cada vez menos evidente. Existem muitos outros fatores que devem ser tidos em conta, tais como a pureza da substância e a raridade da droga em relação à localização geográfica, pelo que a tarefa de analisar preços se torna menos precisa.

No entanto, e segundo Laqueur (2014), no contexto português, os preços caíram a pique, especialmente no caso da heroína, segundo dados divulgados pela polícia. Já no que toca ao haxixe, o preço manteve-se relativamente estável.

Constata-se, de uma forma geral, que os medos espalhados por opositores à descriminalização portuguesa não se concretizaram, enquanto muitos dos benefícios previstos por apoiantes desta mudança de paradigma se cumpriram. A dependência de drogas, o uso e diversas patologias associadas continuam a subir exponencialmente em muitos países da União Europeia, enquanto estiveram bastante contidos, ou inclusive, foram melhorados, em Portugal desde 2001.

1.7. A figura do toxicodependente

Fernandes (2006), no seu artigo “O medo à cidade”, apresenta uma abordagem perante a forma em como a temática das zonas urbanas degradadas e o aumento da criminalidade tem adquirido uma centralidade no que à difusão e divulgação de imagens mediáticas perante a vida urbana se refere. Desta forma, esta mesma difusão provoca efeitos no que toca às experiências individuais na vivência da cidade - nomeadamente nos significados atribuídos por diferentes agentes sociais relativamente a certos fenómenos – assim como ao nível das políticas levadas a cabo para intervir nos diferentes problemas sociais.

Após uma análise de diversos títulos de imprensa, por parte deste autor, relativamente a situações problemáticas em diferentes zonas urbanas (tendência que tem aumentado desde os anos 80 do século XX), verifica-se que há um grande elemento comum a todas estas: “(...) a ameaça constituída pelas populações que habitam os espaços desqualificados nos grandes palcos urbanos.” (Fernandes, 2006, p. 100). Estes elementos são, nos dias que correm, centrais na narrativa que viemos a construir perante a grande cidade, sendo que o aumento exponencial destas imagens acaba por constituir e desenvolver um clima mais propício a transformar situações semelhantes em um caso “de polícia” do que a procurar realizar uma intervenção com serenidade e fundamento nos diversos fatores que têm vindo a agravar as desigualdades nestas áreas urbanas.

O medo à cidade não se apresenta como uma ideia nova – remete fundamentalmente para o psicológico dos diversos agentes sociais, para um contexto particular de vida, que tem vindo, desde a Revolução Industrial, a tornar-se no habitat que acolhe grande parte dos indivíduos nos países ocidentais. “O medo à cidade tem sido relacionado de um modo consistente com a percepção de sinais de desordem no espaço urbano por parte dos seus frequentadores.” (Fernandes, 2006, p.100), sendo estes sinais tanto físicos (edifícios abandonados, vandalizados, iluminação danificada) como sociais (alcoolismo público, toxicodependentes na rua, vandalismo).

Em Portugal a questão da insegurança, do crime e da ordem pública vai ganhando uma importante dimensão no debate coletivo na década de 90, marcada pela crença num aumento da criminalidade, pela perda de confiança nas instâncias de controlo social e pela emergência da insegurança como um problema social (Fernandes, 2006). Após uma investigação sobre a expressão do sentimento de insegurança no Porto, Machado e Manita (1999), mostram que este é intenso na vivência dos cidadãos portuenses, focado na preocupação com o crime violento e associado, sobretudo, a uma percepção do aumento da criminalidade, o que resulta na adoção de estratégias defensivas. É comumente referido o *problema da droga* como a sua principal justificação e a figura do toxicodependente como o seu agente (Machado e Manita, 1999).

A partir da década de 1980 do século passado, assistiu-se em Portugal a uma progressiva atenção à figura do toxicodependente, atingindo no final dessa década, e durante boa parte da década seguinte, um enorme protagonismo na comunicação social – como mencionado anteriormente. Da mesma forma, a paisagem urbana das grandes cidades dos países do capitalismo avançado enfrentava um agravamento dos sinais de desordem, sendo que Portugal não foi exceção. O “mundo da droga” foi, portanto, apresentado como uma situação nova e altamente preocupante da realidade portuguesa.

Os fluxos migratórios gerados pela mundialização do mercado laboral e pelo cada vez mais acentuado desequilíbrio na distribuição da riqueza, têm reconfigurado a estrutura populacional nas grandes cidades, A emigração ilegal apresenta um papel

fulcral na alimentação de certos segmentos da economia, criando um fator de instabilização do ambiente urbano, muitas vezes provocada pelas condições em que se é obrigado a sobreviver: “(...) errância pela urbe, mendicidade, múltiplas situações de desabrigo.” (Fernandes, 2006, p.101). O fenómeno da droga vem contribuir para esta crise paisagística, trazendo a jogo duas figuras da desordem, fortemente associadas ao sentimento de insegurança: o toxicodependente de rua, cuja modalidade mais típica é a do arrumador de carros e, por sua vez, os “bairros das drogas”, os quais concentrariam o mercado de substâncias ilegais e toda a criminalidade e ilegalidade em seu torno (Fernandes, 2006 p.102).

Esta crise urbana, altamente amplificada e até distorcida pelos meios de comunicação social (como veremos a seguir), colocava em causa toda a eficácia da gestão política das cidades. O *broken windows*, como Fernandes (2006) refere, é o nome pelo qual tem sido designado um certo estilo de política de cidade que apresenta uma prioridade no que toca à eliminação de todos os sinais visíveis de desordem, dando uma preocupação muito inferior a todos os fatores que criam condições propícias para que estes mesmos sinais surjam. Corresponde, sobretudo, a “(...) uma atitude que visa libertar os espaços frequentados da urbe de tudo e de todos quantos possam ser lidos como elementos de desordem.” (Fernandes, 2006, p.12). No Porto, esta ação acabou por se encontrar especialmente focada em torno dos “arrumadores” e dos “bairros das drogas”, estes dois fatores que correspondem a uma grande parte do tecido urbano. Perante a visibilidade direta dos arrumadores e a visibilidade mediática dos “bairros da droga” e a constatação do mal-estar provocado no cidadão comum, averiguada através do sentimento de insegurança, a Câmara Municipal do Porto decide começar a empreender ações focalizadas sobre estes dois objetos (Fernandes, 2006, p. 12).

A representação e divulgação, por parte dos meios de comunicação, apresentou um papel fulcral na construção coletiva da imagem do “mundo da droga”, sendo que esta recaía, predominantemente, numa representação com grande intensidade dramática, revelando, muitas vezes, uma cidade “(...) ali mesmo a nossos pés mas que insistíamos em não ver” (Fernandes, 2011, p.21). Desta forma, o “mundo

da droga”, seria colocado no primeiro lugar dos inquéritos sobre os maiores problemas que Portugal enfrentava. Esta representação, rapidamente tomou conta de outros meios: Fernando Negrão, na altura presidente do IDT, chega a referir que “Por norma, ao falar-se de drogas e respetivos consumos, ocorre-nos a imagem do toxicodependente, degradado que se arrasta visível e solitário pelas ruas das nossas cidades ou dos nossos bairros.” (Fernandes e Carvalho, 2003 cit. por Fernandes, 2011, p.21). Ao longo dos anos 90 era este o discurso dominante acerca do toxicodependente.

Através de uma análise da imprensa diária publicada entre outubro de 1992 e março de 1993, concluiu-se que o consumidor é, na maior parte das vezes, uma figura anónima, uma vítima da droga, um “(...) indivíduo referenciado pela sua ligação ao delito que lhe assegura o dinheiro para a substância. E «um gatuno», um «ratoneiro», um «arguido»” (Fernandes, 2011, p.22). Da mesma forma, numa outra análise levada a cabo por Melo, Castanheira, Contreiras e Ponte (1997), evidenciou-se a centralidade tanto por parte da GNR como do Ministério da Justiça enquanto voz ativa, ou seja, aquele que fala diretamente na notícia, revelando, conseqüentemente, o modo em como a temática das drogas se liga imediatamente, na representação mediática, à criminalidade. Por sua vez, as vozes passivas, a quem a notícia se refere, eram 19% das vezes de adultos com cadastro e 18% toxicodependentes. Ora a figura do toxicodependente, por sua vez, é apresentada 26% das vezes como doente, 24% como delinquente, 19% como marginal e apenas 14% das vezes como uma vítima.

Antes de entender e analisar a figura do toxicodependente, uma definição do conceito de *toxicodependência*, de um ponto de vista científico e distante do mediatismo, torna-se essencial para uma compreensão deste ensaio. Desta forma, o conceito de toxicodependência surge a partir do termo dependência, o qual sofreu diversas redefinições ao longo dos últimos 30 anos. Nos anos 60, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou a alteração dos termos “hábito” e “adição” por “dependência”, definindo-a, de seguida, como “(...) um estado físico e por vezes psíquico, caracterizando-se por modificações comportamentais que compreendem sempre uma compulsão na administração da droga de forma contínua ou periódica.”

(Valentim, 1997 cit. por Alves, 2009, p.49). Por sua vez, cerca de duas décadas depois, a OMS passou a utilizar o conceito de síndrome de dependência, o qual se encontra subdividido em dependência fisiológica e psicológica. Esta terminologia apresenta-se como um legado fundamental para aquela que é hoje a definição de toxicodependência, especialmente para o conceito de dependência psicológica (Alves, 2009).

Entende-se, então, por toxicodependência, aquele que é o uso repetido de uma dada substância, assim como o envolvimento de forma compulsiva num comportamento que, de uma forma ou outra, modifica o meio interno, produzindo um reforço imediato, empurrando o indivíduo para o seu consumo, causando, desta forma, que sejam experimentados os seus efeitos psíquicos, mas também para evitar o desconforto sentido pela abstenção (Muisener, 1994). Para concretizar este conceito, alguns critérios devem ser seguidos: tem que existir dependência psicológica de, pelo menos, uma substância, associada a um comportamento de abastecimento contínuo da mesma; existir uma incapacidade de interrupção autónoma e permanente relativa à utilização da substância e, finalmente, constatar-se uma deterioração tanto física como psíquica em resultado do consumo contínuo da substância (Alves, 2009).

É, no entanto, essencial referir que a dependência pode ser gradual, existindo, assim, quatro etapas de utilização de substância, o que acaba por explicar o porquê de apenas uma percentagem reduzida de indivíduos que experimenta ficar “agarrado”: a experimentação, o uso social, o uso operacional e a dependência (Muisener, 1994). A primeira destas remete à descoberta, por parte do indivíduo, na maioria dos casos jovem, do potencial das substâncias para criar uma mudança no seu estado emocional. O uso social, por sua vez, remete para a fase em que o indivíduo, conhecendo as sensações que a substância apresenta em si, consome especialmente em situações de carácter social, havendo, também, uma identificação do contexto com a maior frequência de uso, mostrando que este uso pode ser uma “(...) forma adaptativa e normativa: as drogas são sociotransmissoras.” (Morel, 2001, cit. por Alves, 2009, p.50). No entanto, a sua rotina não é, ainda, alterada: o indivíduo utiliza as substâncias em contextos específicos como festas, por exemplo.

Ao falar-se de uso operacional, referimo-nos, especificamente, à entrada naquele que é o abuso de substâncias, passando os indivíduos a agir com as drogas, de forma normalizada, da mesma forma que agem no seu estado afetivo interno. Já existe, neste patamar, um maior compromisso para com as drogas. Finalmente, quando a droga é utilizada para que o indivíduo se sinta normal, já falamos de dependência. Nesta fase, o uso da substância é o pilar da vida do dependente, existindo, conseqüentemente, uma busca compulsiva para obter a mesma, gerando um vício – ausência de controlo face a este comportamento (Alves, 2009).

Desta forma, podem ser definidos três tipos diferentes de consumidores: em primeiro lugar o “consumidor ocasional ou experimentador”, tendo o indivíduo contacto esporádico entre diversas substâncias – não existe qualquer tipo de dependência, sendo possível manter a rotina de forma adequada; o “consumidor habitual”, quando se verifica uma dependência de carácter psicológico que leva a que o indivíduo procure usar uma determinada substância em certos contextos – existe um hábito determinado pela ocorrência de certas circunstâncias tais como festas, fins de semana; e, finalmente, o “toxicodependente”, ou seja, o indivíduo que se encontra dependente – a droga torna-se o centro dos seus interesses e da sua vida. “O indivíduo vive com e para a droga” (Alves, 2009, p.50).

Segundo Fernandes (2011), a primeira tarefa do investigador perante esta figura do “toxicodependente” passa por, simplesmente, encará-lo como tal, procedendo à análise fenomenológica da sua realidade, nos palcos concretos nos quais vive e com as significações que atribui às diferentes formas de agir. A tarefa, segundo o autor, não é fácil: “(...) as imagens que constantemente se propagam sobre o tema bloqueiam o olhar, e quando vemos alguém que corresponde a essas imagens não é a pessoa aquilo que vemos, mas a concretização de tais imagens prévias. O exercício de redescobrir as pessoas para lá (...) dos estereótipos é a vocação da etnografia – o método é simples, a tarefa árdua.” (Fernandes, 2011, p.23).

O estereótipo que se vai fixando, sem cessar, desde que o “agarrado” irrompeu na cena pública, di-lo próximo do indivíduo em situação de enorme precariedade, juntamente com a mendicidade e a errância. De facto, estes elementos são

constatáveis em muitos dos atores que apresentam a rua como o seu contexto de vida principal. Assim sendo, apresentam-se também como uma figura de ameaça, alguém abrigado por contextos de exclusão e criminalidade. A sua droga de eleição, a heroína, apresenta, nos dias que correm, uma imagem fortemente associada a estes atributos previamente explorados, sendo que o ator juvenil que simplesmente procura estados psicoativos nos contextos festivos rejeita, por essa mesma razão, a heroína. No entanto, não deveremos de cair no erro da generalização, tomando a parte pelo todo, “(...) isto é, tomando o toxicodependente de rua como a matriz para dizer as relações com as substâncias psicoativas ilegais.” (Fernandes, 2011, p.23). Não é, de todo, complicado encontrar indivíduos que procuram quem venda heroína cujo visual não recaia sobre o previamente explorado. A heroína, por outro lado, não se encontra completamente ausente nas condutas psicotrópicas de indivíduos dos consumos “não problemáticos” (Cruz, 2010, cit. por Fernandes, 2011).

Outro grande elemento do estereótipo diz respeito à temporalidade: o toxicodependente viveria num presente constante, com “(...) o tempo contraído entre a acalmia a seguir ao consumo e a necessidade de conseguir o próximo.” (Fernandes, 2011, p.24). Desta forma, tudo se desenrolaria a curto prazo, sabotando as próprias capacidades de planeamento, criando, portanto, a ideia comum de que o adicto não é fiável, pois adia, de forma sucessiva, os compromissos que assume. As condições contextuais da vida de um toxicodependente favorecem uma temporalidade em que a capacidade e possibilidade de planeamento dependem pouco da vontade do indivíduo. O tempo do toxicodependente apresenta grandes oscilações, desde esperas (quer seja pelo *dealer*, pelo carro para a vaga livre), ora por períodos calmos após a utilização de substâncias, ora por períodos de pressas e grande *stress* (a urgência de conseguir os últimos cêntimos para adquirir a substância, a pressa de trocar dinheiro para o dealer, etc.). “O «agarrado», sobretudo quando recorre à atividade de arrumação de automóveis para fazer face à necessidade de financiamento dos consumos, é visto como uma nova modalidade de pedinte, vindo juntar a sua presença na rua à de outras figuras (...) da pobreza urbana.” (Fernandes, 2011, p.25).

A figura, previamente mencionada, do arrumador de automóveis, a qual era

praticamente inexistente até ao final dos anos 1980, vai ganhando uma presença cada vez maior ao longo das décadas seguintes, vindo a ser identificada como um elemento inquietante para o cidadão comum. O arrumador tem uma característica muito única: torna a droga visível no centro da cidade, até porque o seu modo de atuar e de existência é vista como uma consequência direta da ruína para aquele que conduz. Acredita-se que uma grande maioria dos arrumadores são “agarrados”, o que se demonstra como um enorme reducionismo da complexidade deste ator social. Apresenta-se, no entanto, como um resultado do acumular de experiências pessoais negativas, comuns na vida de marginalização social. A droga apenas torna estes atores visíveis, “(...) devolvendo-os à cidade donde estavam meticulosamente afastados por um desenvolvimento que projetava as vítimas da desigualdade para fora da visibilidade do centro.” (Fernandes, 2006, p. 107). Aos poucos, foram retornando ao centro, forçados pela ressaca e criando um sentimento de insegurança na população da cidade; perguntas como “quantos são?”, “por onde andam” e “como tirá-los daqui?”, foram ganhando força ao longo dos anos.

Tendo sido sistematizados os principais aspetos teóricos que guiaram este estágio, torna-se agora relevante compreender como foram pensados e aplicados os elementos metodológicos, com vista à caracterização dos perfis dos consumidores de substâncias psicoativas, inseridos na Associação Norte Vida, resultante da confrontação da teoria com a realidade empírica com a qual tive contacto durante o período de estágio.

Capítulo II- Trajeto Metodológico

No presente capítulo segue-se a apresentação da metodologia de investigação considerada mais ajustada para o propósito de investigação, assim como uma explanação dos objetivos do relatório do estágio.

2.1. Metodologia de investigação

Segundo Almeida e Pinto (1975), a teoria apresenta uma função no comando dos procedimentos de investigação, articulando e dando uma grande significância às

suas diferentes etapas, isto, claro, com o objetivo de produzir e obter conhecimento. Todas as fases dos processos de investigação encontram-se unidas a conteúdos de carácter teórico, que “(...) lhes conferem sentido, abrem perspectivas e condicionam a delimitação das potencialidades explicativas dos fenómenos estudados.” (Alves, 2009, p. 62).

Através da realização do presente relatório de estágio, e tal como foi mencionado anteriormente, pretende-se analisar as representações e intervenções sobre a toxicodependência na cidade do Porto, a partir da intervenção de uma associação. Desta forma, foi realizada uma breve caracterização sociodemográfica dos consumidores da cidade, e das diferentes práticas de consumo; sendo necessário, para isto, compreender a perspectiva dos sujeitos perante a sua vida e dos demais inseridos nas suas redes. Assim, e tendo em conta as especificidades do objeto de estudo e a profundidade com que se pretendia analisá-lo, optou-se pela abordagem metodológica qualitativa.

Esta abordagem apresenta-se como adequada para este projeto, até porque, além de permitir uma melhor compreensão das representações e significados do problema, apresenta, também, uma estrutura altamente flexível. Segundo Esteves (1998, p.2), “As técnicas qualitativas são particularmente justificadas nesta conjuntura social e científica como meios mais adequados (...) ao estudo da produção e circulação de sentido, mormente quando estão em estudo problemas emergentes em populações escondidas.” Constata-se, então, que com uma abordagem qualitativa é possível captar e analisar de forma detalhada a complexidade do fenómeno do “mundo das drogas” e perceber as diferentes representações sociais que lhe são atribuídas, tornando-se a tarefa mais fácil e intuitiva dada a interação direta com sujeitos que participam neste fenómeno: “(...) the researcher seeks to establish the meaning of a phenomenon from the views of participants. This means identifying a culture-sharing group and studying how it develops shared patterns of behavior over time (...)” (Cresswell, 2014, p. 48).

Cresswell (2014) destaca, ainda, a compreensão em profundidade de um dado fenómeno, possibilitando, assim, o entendimento deste a partir de uma análise de

diversas dimensões. Ainda relativamente à abordagem desta pesquisa, a influência da perspectiva construtivista é evidente ao longo do presente relatório, pois tal como Creswell (2014) refere, esta é caracterizada pela compreensão da complexidade dos significados subjetivos dos sujeitos, apresentando uma perspectiva indutiva, o que remete, novamente, para a abordagem qualitativa.

As metodologias qualitativas, no que concerne em termos históricos, tiveram os seus primórdios com os trabalhos da Escola de Chicago na década de 1920 e 1930, situando “(...) os seus fundamentos epistemológicos, sobretudo no Interacionismo Simbólico formulado por Mead.” (Alves, 2009, p.62). Já no que toca a uma perspectiva fenomenológica tenta-se entrar, como referido anteriormente, no mundo aos olhos dos sujeitos, de forma a compreender e analisar os significados construídos e atribuídos em torno de diversos acontecimentos do seu dia a dia. Assim, Alves (2009) explica que “é considerado um paradigma interpretativo, sendo o objeto de análise formulado em termos de ação que abrange o comportamento físico e ainda os significados que lhe atribuem o ator, e aqueles que interagem com ele” (p. 62). A análise dos mais diversos dados através do método qualitativo garante ao investigador uma maior perceção dos processos que envolvem linguagem, ação e interação no contexto em causa, podendo, assim, constatar a realidade em plena e constante transformação.

Desta forma, pode-se afirmar que este relatório de estágio apresenta como fase inicial, de carácter exploratório, a compreensão do contexto e objeto de estudo, tendo uma especial atenção ao contexto da descoberta, o que permitiu refletir sobre elementos que não tinham sido analisados. O método da fenomenologia tornou-se, portanto, imprescindível para a realização deste estudo, o qual consiste na análise e exploração de um dado fenómeno, visando, sempre, descrever o significado através das diferentes experiências e interpretações dos indivíduos (Cresswell, 1994). Assim, para o efeito, foram utilizadas como técnicas principais a entrevista semiestruturada, a análise de conteúdo das entrevistas e a análise documental de informação recolhida na fase exploratória do estudo.

Numa primeira fase foram realizadas algumas observações exploratórias no

contexto de estágio. Paralelamente, através da revisão de literatura, foi possível levantar algumas questões imprescindíveis para a fase da discussão da problemática. Tendo em conta as características dos utentes que procuram ajuda ou são ajudados pela Norte Vida, a observação direta não participante revelou-se como uma escolha adequada para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo. Assim, evitou-se, numa fase inicial, uma interação com os grupos em estudo, de forma que não surgissem alterações nos seus comportamentos. No entanto, Santos (1994, p.7) alerta que “em determinadas situações (...) é impossível proceder-se a uma observação sem que (...) se introduzam alterações nos acontecimentos, deixando estes de serem naturais.” Portanto, é importante ter em conta que só se devem fazer este tipo de observações quando o papel do observador não introduzir grandes alterações no processo ou, pelo menos, que essas mesmas alterações sejam, de certa forma, controláveis. Assim, e com o material recolhido nesta fase mais inicial, conseguiu-se esboçar todo o contexto teórico e estruturar o método a usar para abordar este fenómeno em profundidade. A construção de guiões de entrevista semiestruturada ocorreu na fase subsequente de operacionalização das opções metodológicas.

As entrevistas semiestruturadas foram, num primeiro momento, aplicadas aos utentes, permitindo a criação de um contexto narrativo, que os transformou em principais protagonistas das suas próprias histórias. Criar, deste modo, um espaço para que o entrevistado se sentisse confortável para falar acerca das suas experiências, tanto de momentos positivos como negativos, tornou-se essencial através deste tipo de entrevista.

Por outro lado, no que às entrevistas realizadas aos técnicos da Norte Vida se refere, optou-se por utilizar a técnica da entrevista semiestruturada, centrada no problema. Desta forma, há uma maior atenção na direção da própria entrevista, relativamente à problemática em estudo, valorizando, sempre, os diferentes pontos de vista dos vários técnicos entrevistados durante o percurso nesta associação.

A amostragem foi realizada por conveniência, tendo em conta o grande contacto que o autor manteve com os profissionais da instituição de estágio, como com os utentes que estão integrados na Norte Vida – Associação para a Promoção de

Saúde. Assim, e no total, foram realizadas oito entrevistas, quatro a técnicos de diferentes departamentos e funções na Casa de Vila Nova, enquanto as outras quatro entrevistas foram realizadas a utentes com percursos de vida muito diferenciados. Antes de se iniciar a entrevista propriamente dita, foram assinados os respetivos consentimentos informados, cumprindo, desta forma, todos os princípios éticos necessários para a realização deste estudo, e salvaguardando, também, o anonimato de todos os participantes. As entrevistas foram realizadas presencialmente, à exceção de três que foram realizadas online, dada a incompatibilidade de horários com os técnicos. Todas as entrevistas foram gravadas com o prévio consentimento informado por parte dos participantes.

Após a sua realização, as entrevistas foram integralmente transcritas e analisadas através de uma análise de conteúdo qualitativa/temática. Foram construídas grelhas de codificação que permitiram, simultaneamente, uma análise temática/interpretativa.

2.2. Objetivos de estágio

A problemática das drogas apresenta-se, simultaneamente, como um problema social e um problema sociológico. Se, por um lado, se apresenta como um problema social, uma vez que constitui um desvio comportamental face às expectativas socialmente criadas, causando, muitas vezes, uma resposta institucional; por outro, apresenta-se como um problema sociológico, dada a complexidade de compreensão do fenómeno (Henriques, 2013). Segundo Alves (2009, p. 48), “o consumo de drogas (...) é considerado um comportamento de desvio perante os restantes membros da sociedade, criando representações acerca do toxicómano: delinquente, doente, desviantes, anómico.”. Desta forma, este fenómeno é visto pela sociedade como uma prática negativa, criando um sentimento de rejeição pois apresenta-se, como mencionado previamente, como um distúrbio para o laço social e para os valores e normas socialmente estabelecidos.

Ao longo das últimas décadas, têm sido delineados novos contornos com uma grande pertinência científica, que devem ser tidos em conta no mundo das respostas

institucionais a este problema social. Assim sendo, revelou-se de elevada importância a compreensão, durante o estágio, das políticas e respostas institucionais que se encontram relacionadas com este fenómeno, tal como as características de carácter técnico e profissional onde as supramencionadas políticas se concretizam.

Desta forma, existem três objetivos pilares no desenvolvimento do presente relatório de estágio, cada um com os seus objetivos específicos:

- 1) Pretendeu-se conhecer a intervenção que a Associação em estudo faz junto da população-alvo.
 - a. Compreender como a Norte Vida funciona diametralmente, ou seja, os seus diversos departamentos, serviços e projetos.
 - b. Destacar e analisar a importância da intervenção que esta Associação faz no âmbito da cidade.

- 2) Desenvolvimento de um diagnóstico dos indivíduos que procuram apoio nesta associação.
 - a. Realização de uma breve caracterização sociodemográfica, identificando perfis de consumidores e utentes.
 - b. Entender e analisar as razões que levam os indivíduos a utilizar substâncias.

- 3) Conhecer as representações dos técnicos sobre a problemática das drogas na cidade do Porto.
 - a. Analisar diagnósticos e perspetivas destes técnicos.
 - b. Explorar perspetivas futuras de indivíduos que estejam a recuperar de uma dependência.

Capítulo III- Contexto de estágio

3.1. Economia Social e IPSS: breve contextualização

A evolução da Economia Social em Portugal encontra-se fortemente associada com a história do nosso país. Estes aspetos marcantes encontram-se, sobretudo, relacionados com a Igreja Católica, a longa tradição de mutualidade e autoajuda do

país, o controlo político e, finalmente, o desenvolvimento, nas décadas mais recentes, de elementos importantes que contribuiriam para um Estado de bem-estar moderno e uma delegação, cada vez maior, do Estado nas organizações não lucrativas (Gavino, 2014).

No século XII surgem as primeiras organizações que hoje seriam incluídas na economia social, ligadas à Igreja, ou pelo menos inspiradas nos valores cristãos. Tendo em conta a forte ligação da Igreja Católica à história do nosso país, torna-se notória a sua influência na Economia Social, especialmente no que toca à criação de diversas instituições regidas pelos princípios de solidariedade social, mutualismo e cooperação. As Misericórdias surgem, então, no século XV, com o objetivo de dar uma resposta rápida ao forte crescimento da pobreza em Portugal, sendo criadas com o objetivo principal de prestar auxílio às mulheres e crianças, tendo em conta que a maioria dos homens passava pouco tempo nos seus respetivos lares, pois exerciam funções relacionadas sobretudo com o mar (Gavino, 2014).

O nascimento das organizações da Economia Social surge, por sua vez, no século XIX, com a expansão das mutualidades, ainda que as suas raízes se encontram nas confrarias e celeiros comuns, organizados segundo o princípio da solidariedade profissional. As mutualidades surgiram, portanto, nos setores da saúde e da educação e nas atividades culturais, estando fortemente ligadas a movimentos socialistas e operários. Surge também, por volta desta altura, o movimento cooperativo, o qual teve a sua Lei Basilar a 2 de julho de 1867, acabando por desencadear, desta forma, o desenvolvimento do cooperativismo em Portugal (Gavino, 2014).

As organizações de Economia Social foram influenciadas e condicionadas pelas políticas dos governos, o que se tornou mais notório quando ocorreu a implantação da República em 1910, fortemente baseada nos princípios do liberalismo democrático. Por sua vez, em 1974 com o golpe de Estado e instauração da democracia surge toda uma nova perspetiva perante o social, o económico e o político. Desta forma, no final da década de 70 é assegurada, pelo Estado, a criação de um Serviço Nacional de Saúde. “O desenvolvimento do setor deu-se através de uma coligação pública/privada lucrativa, sendo o sistema público de previdência complementado mais pelo setor

lucrativo do que pelas mutualidades, o que, em parte, determinou a sua estagnação.” (Gavino, 2014, p. 22).

O ambiente socioeconómico foi, de uma forma geral, favorável ao crescimento da Economia Social, havendo um aumento do número de cooperativas e surgindo, ainda, novos ramos. A Constituição reconheceu, em 1976, a sua importância, sendo em 1980 publicado o Código Cooperativo – constata-se que nesta altura surge uma enorme expansão e desenvolvimento de movimentos associativos. Neste contexto é que surgem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), até aquela altura chamadas de Instituições de Assistência, que sofrem um crescimento como nunca visto. Estas IPSS podem ser definidas por instituições sem fins lucrativos, que apresentam como princípio orientador da sua ação a solidariedade, tendo como objetivo o benefício dos seus membros ou, inclusive, de terceiros (Martins, 2006).

Segundo o 1º artigo do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (EIPSS) aprovado pelo Decreto-Lei nº199/83, consideram-se Instituições Particulares de Solidariedade Social todas aquelas constituídas por iniciativa particular, sem fins lucrativos, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico para prosseguir, entre outros, apresentados objetivos tais como: o apoio a crianças e jovens, o apoio à família, o apoio à integração social e comunitária, a proteção de cidadãos na velhice e invalidez e em todas as demais situações de falta ou diminuição de meios de subsistência, a promoção e proteção da saúde, etc.

Por sua vez, e segundo o 2º artigo do EIPSS, as instituições podem revestir a forma de associações de solidariedade social, associações de voluntários de ação social, associações de socorros mútuos, fundações de solidariedade social e irmandades de misericórdia. Por sua vez, estas instituições podem, ainda, agrupar-se em Uniões, Federações e Confederações. O artigo 3º explica, ainda, que no âmbito da legislação aplicável, as instituições escolhem livremente as suas áreas de ação, prosseguindo autonomamente com a sua ação. Já no que toca às disposições estatutárias, as instituições podem estabelecer livremente a sua organização interna.

A Economia Social tem vindo a desempenhar um papel fundamental no apoio a todas as vítimas de exclusão social – segundo dados da Conta Satélite da Economia Social (INE, 2016 cit. por Portilho, 2019), constata-se que em 2013 existiam, no nosso país, mais de 61 mil organizações de Economia Social, de entre as quais mais de 5 mil apresentavam o estatuto de IPSS. Ainda, segundo dados da Agência Lusa, regista-se que em Portugal existem mais IPSS do que em qualquer outro país do mundo, sendo que a maior parte destas surge por iniciativa dos cidadãos.

As IPSS atuam, portanto, com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições da população social em geral, promovendo, no entanto, a inclusão social dos mais desfavorecidos. Assim, e tendo em conta este objetivo mais geral, as IPSS desenvolvem um conjunto de atividades que tentam dar resposta às diferentes carências existentes na área de intervenção. Surgem, desta forma, um conjunto de respostas sociais, que ambicionam produzir um aglomerado de bens e serviços destinados às populações alvo – a maioria de atividades destas organizações advém da prestação de serviços, nomeadamente relacionados com a área dos serviços sociais (Portilho, 2019).

As IPSS, apesar da sua ação autónoma, apresentam uma relação de dependência com o Estado. Segundo Portilho (2019), isto acontece porque estas associações apresentam a particularidade de repartirem funções com o Estado, o que acaba por as distinguir das congéneres europeias. De igual forma, o Estado acaba por participar na grande maioria das despesas, sendo as restantes pagas ou pelos próprios utentes ou pelos seus familiares.

Desta forma, através do 4º artigo, podemos verificar que o Estado aceita, apoia e valoriza o contributo das instituições naquela que será a efetivação dos direitos sociais, sendo que este contributo e o apoio que será prestado pelo Estado se concretiza em formas de cooperação a estabelecer mediante acordos. As instituições podem encarregar-se, ainda, através de acordos, da gestão de instalações e equipamentos pertencentes ao Estado e/ou autarquias locais. Finalmente, o apoio do Estado e a respetiva tutela não podem constituir limitações ao direito de livre atuação por parte das instituições – é legalmente reconhecido que estas instituições

apresentam um papel significativo na sociedade, tendo o Estado obrigação de lhes prestar apoio para que estas consigam alargar a sua intervenção e melhorem a qualidade dos serviços prestados (Portilho, 2019).

É, ainda, de igual importância ressaltar que tanto as IPSS como o Estado apresentam deveres a cumprir. Assim, e de acordo com Hespanha et al (2000, cit. por Portilho, 2019, p.9), as IPSS devem comprometer-se a “(...) assegurar o bom funcionamento de equipamentos e serviços; a priorizar grupos económicos com escassos recursos; a garantir condições de bem-estar aos utentes; a prestar serviços adequados e eficientes; (...) a fornecer informações à Segurança Social sobre os serviços que lhe permitam avaliá-los e a facilitar a fiscalização da mesma.” A Segurança Social, por sua vez, deve prestar apoio técnico para que ocorra um bom funcionamento dos diversos serviços, fornecer apoios financeiros nos prazos estabelecidos, avaliar o tipo de serviços prestados e estimular todo o processo de cooperação.

3.2. A Norte Vida e as suas diferentes valências

Neste ponto dá-se a conhecer a instituição que acolheu o presente estágio. Para o efeito, recorreu-se a fontes secundárias e documentais, mas também se recorreu aos registos efetuados pelo autor no Diário de campo durante a fase exploratório deste estudo.

A Norte Vida – Associação para a Promoção da Saúde apresenta-se como uma IPSS. Esta instituição foi criada em 1991 por iniciativa do Governador Civil do Porto e do Núcleo Distrital do Projeto Vida, apresentando, desta forma, três objetivos genéricos: “Apoio a jovens, à família e ao desenvolvimento comunitário; A promoção da saúde designadamente através do desenvolvimento de projetos e da criação de serviços de prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas toxicodependentes; A Educação e a formação profissional dos cidadãos.” (Norte Vida, 2022).

A instituição apresenta várias valências e diferentes projetos, mas houve um maior foco, ao longo do relatório de estágio, no Gabinete de Apoio – Casa de Vila Nova. Esta valência da Norte Vida apresenta-se como o local onde se realizou o estágio para efeitos de relatório de estágio, acabando por surgir a oportunidade de a integrar em

termos profissionais, sendo, portanto, a que foi alvo de maior exploração e investigação, tal como mencionado anteriormente. Este Gabinete de Apoio é, atualmente, financiado pelo IDT, dirigindo a sua ação, sobretudo, para cidadãos consumidores que não demonstrem motivação suficiente para interromper consumos, havendo, conseqüentemente, uma incapacidade de adesão a programas mais estruturados e continuados. Tendo em conta as complexas conseqüências sociais e sanitárias associadas aos consumidores de drogas de rua, constata-se que, cada vez mais, a organização e implementação de medidas previstas no Plano Nacional de Redução de Risco e Minimização de Danos, são fulcrais nos tempos que correm – criam condições propícias à aproximação física e relacional com estes consumidores.

“Os utentes têm as suas necessidades satisfeitas, para prevenir e minimizar riscos. Assim, constata-se a existência de material como: prata, «caneco» de vidro e kits, os quais fazem parte do programa: «Programa de Troca de Seringas (PTS) - Diz NÃO a uma seringa em segunda mão». Estes kits têm como base um sistema de troca onde trazem seringas usadas e levam, em retorno, kits novos.” (Diário de campo, 06/12/2021).

Todo o processo de acolhimento, triagem e orientação apresenta-se como essencial no percurso evolutivo do utente, na medida em que facilita o desenvolvimento de medidas de reabilitação ativa e reinserção social. A existência de uma cantina social, assim como um Centro de Acolhimento Temporário, são alguns dos pontos a destacar relativamente a esta valência:

“Diferentes utentes aguardam pela refeição, ou para levar, ou para comer no próprio espaço. Verifica-se, também, a existência de um sistema de faltas: uma lista, na qual estão os nomes dos utentes, para almoçar ou levantar comida (...) Utentes têm dormitórios, sendo que alguns deles residem na Casa de Vila Nova. Constata-se uma interação amigável e próxima entre os utentes: alguns destes utentes ficam fora a conviver, a ouvir música e jogar sueca. Verifica-se a existência de uma enfermaria, sendo que a vacinação contra a COVID-19 foi realizada neste mesmo local.” (Diário de campo, 07/12/2021).

O Gabinete de Apoio encontra-se, fundamentalmente, orientado para ir ao encontro à população toxicodependente que sente necessidade de apoio, mas que, por razões próprias, não pode ou não quer recorrer à rede de serviços públicos de apoio a esta comunidades marginalizadas (Norte Vida, 2022).

A Norte Vida apresenta, também, uma Área de Dia, a qual se apresenta como uma

resposta social localizada no Bairro de Aldoar na cidade do Porto, integrando um conjunto de ações com o objetivo de responder às necessidades de inserção social de diversos indivíduos que se encontram em situação de exclusão, não se limitando apenas a utentes consumidores, mas também a ex-reclusos, toxicodependentes, prostitutas, beneficiários de RSI, entre outros, os quais se apresentam como alguns dos grupos sociais mais marginalizados que atendem a este serviço. Durante o meu período de estágio, verificou-se que a maior parte dos utentes residentes na Casa de Vila Nova passavam, neste local, grandes períodos do seu dia, de forma a evitar que permanecessem na rua impedindo, desta forma, contactos de riscos, devido à situação pandémica que atravessamos.

“Por volta das 09h30 da manhã, cerca de 12 utentes, integrados em Centro de Acolhimento Temporário, deslocam-se para a Área de Dia, almoçando lá e regressam no final do dia.” (Diário de campo, 7/12/2021)

Para integrar esta comunidade, é necessária uma solicitação voluntária do interessado, sendo, claro, obrigatório respeitar as regras gerais do programa e aceitar que, em caso de abandono, os serviços de encaminhamento serão notificados. A admissão pressupõe, ainda, a definição de um projeto de intervenção adequado à necessidade individual do utente e à resposta instalada, ambas presentes no Contrato Terapêutico (Norte Vida, 2022).

A Comunidade Terapêutica do Meilão, fundada em 1999 e situada no concelho da Maia, por sua vez, apresenta uma proposta um pouco diferente quando comparada com o que foi explorado até agora. Constata-se, portanto, que surgiu com o propósito de oferecer uma resposta especializada, em que se procura orientar e ajudar toxicodependentes a viver, novamente, sem drogas. Destina-se a casos que implicam cortes radicais e prolongados com o que seria o meio habitual do consumidor. É desenvolvido, com o utente, um intenso trabalho tanto a nível individual como coletivo, tentando obter uma melhor compreensão da dinâmica ideal para cada caso, juntando-lhe o desenvolvimento de uma maior capacidade de integração no grupo e na própria sociedade (Norte Vida, 2022).

“Constata-se a existência de apenas indivíduos do sexo masculino, numa abordagem completamente diferente à Casa de Vila Nova, pois apresenta, também, objetivos diferentes (...)

existe uma abordagem à terapia dos 12 passos. Converso com utentes, os quais me explicaram todo o processo do espaço, assim como os pontos negativos, criticando, fortemente, o processo da reinserção social.” (Diário de campo, 20/01/2022).

A equipa de Intervenção Direta desenvolve a sua ação nas ruas da zona Ocidental da cidade do Porto, junto da população toxicodependente e/ou prostitutas. O grande foco da sua intervenção fora, durante muitos anos, o bairro do Aleixo, mas tendo em conta que as torres foram demolidas, houve uma total reconfiguração do espaço, assistindo-se a uma percentagem muito reduzida daquilo que se assistia. Verifica-se, portanto, que o núcleo duro da intervenção se centra na Pasteleira.

“Intervenção direta com utentes de rua (...) Cerca de vinte consumidores a usar substâncias junto a muro de jardim de infância. Trocaram seringas, pediram preservativos e comida. São instruídos a não deixar material de consumo no chão, coisa que cumprem (...) No Viaduto da Boavista constata-se a existência de oito tendas, sendo uma delas destinada apenas a consumo.” (Diário de campo, 23/03/2022)

A equipa segue os princípios da Redução de Riscos e Minimização de Danos, fortemente associados ao comportamento aditivo e às práticas sexuais de alto risco. Apoiando-se no princípio do pragmatismo e da compatibilidade com a própria lógica de saúde pública, a intervenção desta equipa apresenta uma maior incidência no que toca às consequências do comportamento aditivo, quando comparado com a questão do uso de drogas propriamente dito (Norte Vida, 2022).

O projeto Rotas com Vida é suportado num gabinete de apoio móvel, orientando-se, sobretudo, para a prestação de cuidados indiferenciados a consumidores de drogas, os quais se encontram em condições semelhantes às expostas anteriormente – rutura familiar, profissional e social. Desta forma, o apoio prestado pelo projeto, traduz-se, sobretudo, em respostas assistenciais imediatas, tendo como principal população alvo os consumidores nos bairros sociais da parte Ocidental da Cidade do Porto. Constata-se, portanto, que serviços tais como a avaliação psicossocial e médica, a troca de material asséptico (tal como anteriormente), o acompanhamento médico e psicossocial, o encaminhamento para estruturas e serviços que garantam cuidados contínuos, cuidados de enfermagem, entre outros, são algumas das formas de apoio prestadas pelo projeto (Norte Vida, 2022).

Por sua vez, a Equipa de Rua Oriental, contrariamente ao que temos explorado até

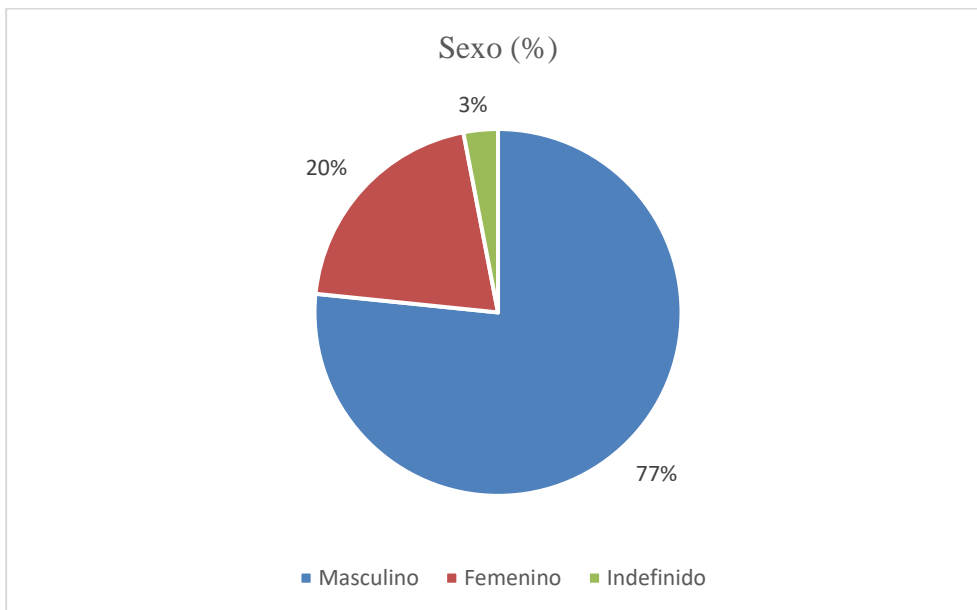
agora, apresenta como objetivo fundamental o trabalho com crianças em situação de risco social grave, residentes nos bairros de Contumil e do Lagarteiro. Desta forma, e ao longo dos últimos anos, a equipa tem centrado a sua intervenção e ação junto de famílias, assim como no desenvolvimento de atividades educativas dirigidas a crianças e adolescentes que fazem dos espaços públicos e da própria rua como o seu espaço de aprendizagem e de vida.

Finalmente, o Serviço de Atendimento e Acompanhamento Social apresenta um maior foco na população de Paranhos, dinamizando uma intervenção social para a melhoria das condições de vida da população desta freguesia (Norte Vida, 2022). É importante sublinhar, ainda, a existência de uma colaboração com a Escola Profissional de Tecnologia Psicossocial do Porto, criada por um contrato-programa de 03/09/92, tendo-se observado estagiários desta a cumprirem funções no Gabinete de Apoio – Casa de Vila Nova.

3.3. Caracterização Sociodemográfica dos utentes

O presente capítulo desenvolve-se em torno dos pressupostos teóricos da análise quantitativa, ainda que de forma breve, onde serão abordadas as características sociodemográficas dos utentes da Norte Vida. Para efeitos de análise, foi disponibilizada, por parte da Casa de Vila Nova, a base de dados dos utentes, a qual abrange um total de 2075 utentes, tendo várias informações ao dispor. No entanto, e tendo em conta a questão da salvaguarda do anonimato, nem todas as informações são disponibilizadas pelo utente, o que acaba por condicionar a análise quantitativa de seguida apresentada.

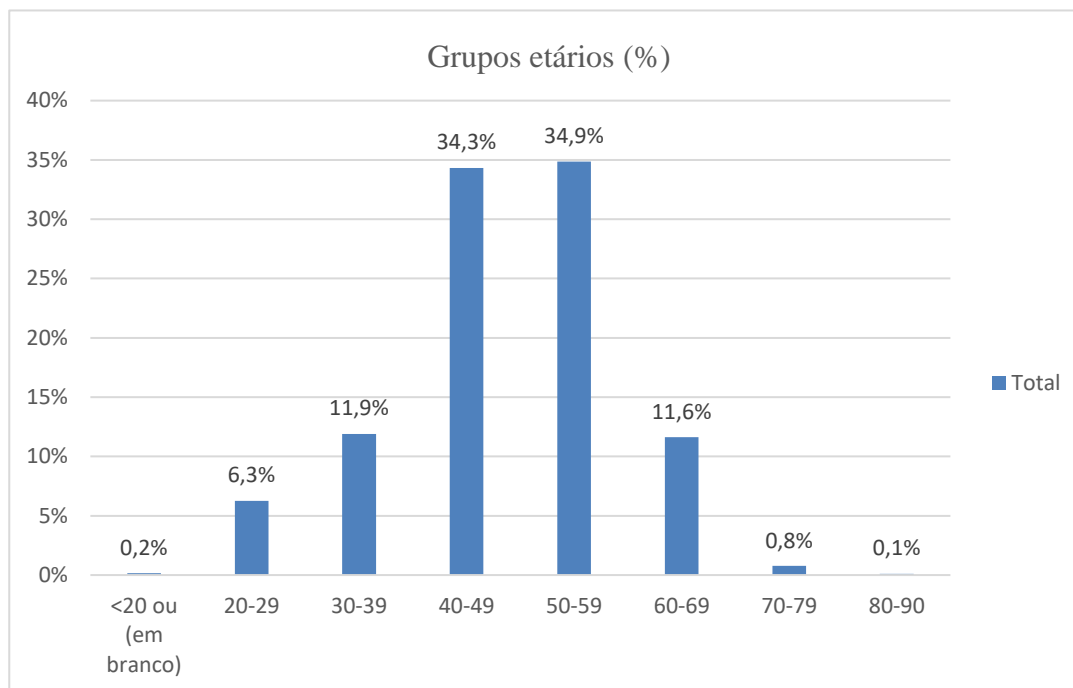
Figura 1 – Sexo dos inquiridos



Fonte: Casa de Vila Nova

Tendo em conta a totalidade de 2075 utentes, podemos retirar da análise da figura 1 algumas conclusões. É possível verificar que dos 2075 utentes em análise, 77% correspondem a indivíduos do sexo masculino, o que representa uma grande porção dos utentes, enquanto 20% dos utentes são do sexo feminino. É, ainda, fulcral fazer uma breve menção aos 3% correspondentes a “Indefinido”, visto que estes valores correspondem a indivíduos que não autorizaram a divulgação desta informação na base de dados, pelo que o anonimato ficou salvaguardado.

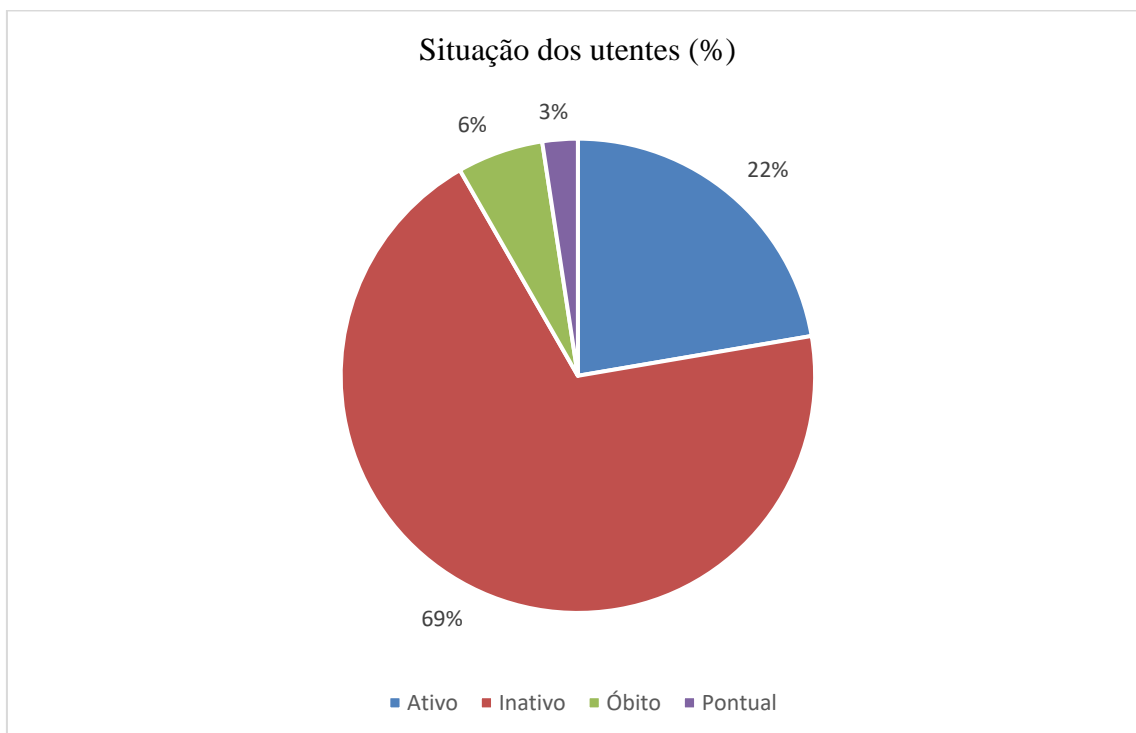
Gráfico 1 – Distribuição da faixa etária da amostra



Fonte: Casa de Vila Nova

Por sua vez, analisou-se a idade de 1824 utentes, ou seja, de todos aqueles que disponibilizaram essa informação. Através da análise do gráfico 1, é possível constatar que a idade mais representativa corresponde aos indivíduos com idade compreendida entre os 50 e 59 anos de idade (34,9%), seguida, muito de perto, dos indivíduos na faixa etária entre os 40 e 49 anos de idade (34,3%). Os indivíduos na faixa etária entre 60 e 69 anos correspondem, também, a uma porção significativa da amostra (11,6%), tal como os indivíduos com idades compreendidas entre 30 e 39 anos (11,9%) e os indivíduos entre os 20 e 29 anos (6,3%). Finalmente, e de forma menos significativa, constata-se que cerca de 0,8% dos utentes têm idades compreendidas entre os 70 e 79 anos, 0,2% têm menos de 20 anos e apenas 0,1% apresentam idades compreendidas entre os 80 e 90 anos. É, ainda, importante mencionar que a mediana das idades corresponde a 49 anos, enquanto a média corresponde a 48,1 anos.

Figura 2 – Situação atual dos utentes



Fonte: Casa de Vila Nova

Finalmente, é possível distinguir quatro situações diferentes nas quais os utentes se podem encontrar: “Ativo”, “Inativo”, “Óbito” e “Pontual”. Assim, de entre os 2075 utentes assinalados na base de dados, podemos verificar que a maioria (69%) se encontra, neste momento, “Inativa”, ou seja, não usufrui dos serviços e apoios prestados pela Norte Vida há, pelo menos, um ano. Isto pode ter várias explicações: o utente pode ter sido encaminhado para outra instituição, pode já não precisar de apoios ou pode, inclusive, ter sido expulso. Por outro lado, 22% dos utentes ainda se encontram “Ativos”, usufruindo, portanto, de algum dos serviços da Norte Vida regularmente. Por sua vez, constata-se que 6% dos utentes já faleceram e, finalmente, 3% recebem apoio “Pontual”, nomeadamente através do serviço de rastreio da enfermagem.

Capítulo IV. Apresentação e Discussão dos resultados

No presente capítulo realiza-se uma análise dos dados obtidos conforme o anteriormente descrito na metodologia. Desta forma, cruzar-se-á o

enquadramento teórico com os dados obtidos pelas entrevistas.

4.1. Sociografia da análise qualitativa

No âmbito do relatório de estágio, e tendo em conta as diferentes disponibilidades para contexto de entrevista, foram selecionados utentes com percursos de vida diferenciados, após uma recomendação dos diferentes técnicos responsáveis por estes. A amostra participante nestas entrevistas é composta por dois homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 41 e 61 anos de idade. É, ainda, importante destacar que todos os entrevistados estavam em situação de desemprego. Relativamente ao estado civil, constata-se que três dos entrevistados são solteiros e apenas um divorciado, verificando-se, ainda, que dois deles têm filhos, enquanto outros dois não. Finalmente, dois dos utentes entrevistados têm várias patologias associadas, enquanto outros dois referem não ter conhecimento de qualquer patologia.

Tabela 1 – Sociografia dos utentes entrevistados da Casa Vila Nova

Caracterização sociodemográfica	Número
Sexo	
<i>Masculino</i>	2
<i>Feminino</i>	2
Escalões etários	
<i>Menos de 50 anos</i>	2
<i>50-60 anos</i>	1
<i>61 ou mais anos</i>	1
Estado Civil	
<i>Solteiro</i>	3
<i>Divorciado</i>	1
Filhos	
<i>Sim</i>	2
<i>Não</i>	2
Patologia	
<i>Sim</i>	2
<i>Não</i>	2

Fonte: Autor

Já no que toca às entrevistas realizadas aos técnicos, foram selecionados profissionais de serviços e funções diferenciadas, tendo-se entrevistado pessoas a executar funções de técnico-monitor, de enfermagem, de assistente social e o coordenador da Casa Vila Nova. Desta forma a amostra participante nestas entrevistas foi, novamente, composta por dois homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 30 e os 48 anos. Por sua vez, e relativamente ao estado civil de cada um dos técnicos, constata-se que um deles é solteiro, dois encontram-se casados e um em união de facto, sendo que dois dos entrevistados têm filhos e outros dois não. Já no que toca à formação, constata-se que cada um deles apresenta trajetos bastante diferenciados, o que já foi intencional no processo de seleção dos

entrevistados. Verifica-se, também, que as suas áreas disciplinares de formação são a sociologia, psicologia, enfermagem e serviço social.

Os anos de serviço de cada um deles são bastante variados, sendo que um técnico apresenta 7 anos de trabalho na Norte Vida, enquanto os demais apresentam entre 10 a 20 anos de serviço - um destes apresenta, efetivamente, 20 anos de trabalho nesta associação. Finalmente, podemos verificar que de entre os quatro entrevistados, dois deles realizam outros ofícios e/ou funções fora da Norte Vida, enquanto os outros dois focam o seu trabalho apenas nesta associação.

Tabela 2 – Sociografia dos profissionais entrevistados da Casa Vila Nova

Caracterização sociodemográfica	Número
Sexo	
<i>Masculino</i>	2
<i>Feminino</i>	2
Escalões etários	
<i>30 – 40 anos</i>	3
<i>40 – 50 anos</i>	1
Estado Civil	
<i>Solteiro</i>	1
<i>Casado</i>	2
<i>União de facto</i>	1
Filhos	
<i>Sim</i>	2
<i>Não</i>	2
Formação	
<i>Sociologia</i>	1
<i>Psicologia</i>	1
<i>Enfermagem</i>	1
<i>Serviço Social</i>	1
Anos de serviço	
<i>Menos de 10</i>	1
<i>10 – 20 anos</i>	3

Fonte: Autor

4.2. Caracterização dos utentes

No âmbito do relatório de estágio, e tal como abordado anteriormente, foram realizadas quatro entrevistas a utentes, os quais estão inseridos na Casa Vila Nova em contexto de Centro de Acolhimento Temporário. Através da análise destas entrevistas, é possível observar-se que apresentam todas histórias de vida muito diferenciadas, ainda que partilhem todos um contexto social próximo neste momento. Se, por um lado, existem utentes que relatam uma infância feliz e livre de preocupações, outros descrevem uma infância mais marcada por situações traumáticas e experiências marcantes:

“(...) Tive uma infância muito feliz, apesar do meu pai se ter divorciado da minha mãe quando eu tinha 10 anos. Até aos 10 anos fui uma criança muito feliz. Tudo mudou porque comecei a ter um padrasto em casa, que eu nunca aceitei e houve um choque.” (Entrevistado 1)

“(...) A minha mãe era alcoólica e a gente fazia muita fúria. Uma vez, ela estava a pôr os cornos ao meu pai, que eles ainda eram casados, mas ele estava a viver em França. Somos todos franceses. A gente veio para Portugal quando eu tinha 12 anos, em 92, e a minha mãe, veio para cá sozinha e começou-se a portar mal. Ela, uma vez, estava a pôr os cornos ao meu pai no carro. O carro era Renault cinza, com tejadilho e eu de lá de cima do prédio mandei-lhe dois tijolos e parti o vidro todo do carro com ela lá dentro. (...)” (Entrevistado 2)

“A minha infância foi uma maravilha. Nunca fui privado de nada, sempre me deram tudo dentro dos possíveis que me podiam dar. Não éramos abastados, havia necessidades, mas eram necessidades médias, digamos. (...) A minha adolescência foi mais uma fase da minha vida que foi muito louca, muito boa. Nasci com um dom de jogar futebol, portanto fui uma pessoa relativamente famosa e isso dava-me uma lente muito mais... Aquele ego, sempre lá em cima, até a nível de mulheres e namoradas (risos). Tudo era muito bom, sem dúvida.” (Entrevistado 3)

“Sempre fui muito acarinhado e mimado. Eu era filho único, ainda para mais.” (Entrevistado 4)

É interessante ter em conta as relações familiares dos utentes, e tentar perceber se os entrevistados ainda mantêm contacto com a família, apesar das circunstâncias que marcaram as suas vidas. Assim, todos os entrevistados, à exceção de um, explicam que não têm agregado familiar e que estão, de momento, sozinhos. No entanto, quando questionados se mantêm contacto com algum familiar e com quem têm uma melhor relação, as respostas foram, mais uma vez, diferenciadas:

“Com a minha irmã, sem dúvida alguma. (...) A gente dá-se toda muito bem, mas é com ela que falo mais. Falamos muitas vezes por chamada e videochamada, sim.” (Entrevistado 1)

“(...) Nunca tive boa relação com a família (...) Há quinze anos que não os vejo e estão no Porto...” (Entrevistado 2)

“Tinha a minha mãe.... Vivía sempre com os meus pais, primeiro morreu o meu pai aos 64 anos e depois a minha mãe, aos 87.” (Entrevistado 4)

Tendo em conta a temática em estudo, foi-lhes perguntado se a família estava ciente dos seus consumos, assim como a reação quando descobriram. Constata-se, portanto, que as famílias dos entrevistados estão todas cientes dos seus consumos, sendo que a reação destas foi similar em todos os casos:

“Já foi há muitos anos... Eu tinha 13 anos. Aceitaram muito mal. Não aceitaram, de todo (...) ao princípio mudou tudo um bocadinho. Depois com o tempo eles foram-se habituando. Foram aceitando aos poucos, sim.” (Entrevistado 1)

“Descobriram quando eu fui presa. Ninguém sabia. Cortaram totalmente, nunca me perdoaram. Foi drástico. Tinha 17 anos ou 18 e aos 20 entrei para a cadeia.” (Entrevistado 2)

“Foi uma bomba, pá (risos). Foi uma bomba muito grande. Eles não imaginavam sequer que eu era consumidor, porque eu tive sempre cuidado de evitar que as pessoas tivessem conhecimento disso, não é? E pronto, andei durante vários anos com esse tabu, digamos, até a bomba rebentar. (Entrevistado 3)

Quando questionados acerca das amizades que mantinham na altura, todos os entrevistados referem ter sido amizades bastante saudáveis, sendo que alguns deles mantiveram contacto até ao dia de hoje. As atividades que faziam juntos eram bastante comuns ao que se espera numa criança/adolescente, sendo que nenhum dos utentes refere ter sido uma criança problemática:

“Pá, jogávamos à bola. Tínhamos outros divertimentos, snooker, eu gosto muito de bilhar. Jogávamos à sueca, aqueles joguinhos, aquelas coisinhas. E depois, claro, as meninas, íamos às meninas. Depois andar de mota, antes de ter mota tinha bicicleta, quer dizer, nunca tive grandes necessidades naquelas coisinhas que a gente gosta de ter quando é adolescente e quando é jovem. Os meus pais deram-me sempre o que podiam.” (Entrevistado 3)

Da mesma forma, alguns entrevistados referem manter contacto com os amigos, como é o caso do E2, apesar dos rumos diferentes que seguiram:

“Sim, com os meus amigos sim. Foram-me visitar à cadeia, foram os únicos. A minha família é que não. Ainda conseguiram levar o meu irmão mais novo, um dia! Quando saí, fizeram todos força para eu fazer uma cura, também. Trancaram-me em casa, só que eu não consegui. Éramos todos muito unidos (...) Ainda hoje em dia falo com eles todos, no Facebook. Querem que os vá visitar e tudo.” (Entrevistado 2)

Já no que toca às condições económicas de cada um deles durante este período das suas vidas, observa-se que os entrevistados vivenciaram situações bastante diferenciadas. Assim, no que a esta problemática se refere, alguns deles afirmam ter passado uma infância livre de preocupações, como é o caso do E2, enquanto outros afirmam ter atravessado momentos difíceis, como se pode constatar com o E3:

“(...) o meu pai mandava uma quantia boa todos os meses. A minha mãe é que era alcoólica e estragava o dinheiro todo, mas eu nunca senti falta do dinheiro porque eu não fumava tabaco, não bebia (...)” (Entrevistado 2)

“Sim, na altura sim. A minha mãe era doméstica e o meu pai trabalhava num armazém de vinhos. De resto, pronto. Não chegava para tudo. Ganhava 40 contos por mês, ou qualquer coisa assim. Na altura era contos, era pouco dinheiro. A minha mãe não tinha reforma, não tinha nada...” (Entrevistado 3)

O nível académico de cada um dos entrevistados é outro ponto pertinente a destacar, sendo relevante para a análise dos seus percursos de vida. A maioria dos entrevistados refere, por motivos bastante dissemelhantes, ter abandonado os estudos. Da mesma forma, todos consideram ter sido bons alunos, admitindo que, apesar disso, faltavam muito às aulas:

“Sim, saí com catorze anos, a minha mãe pôs-me na rua. Não me quis matricular mais e era ilegal, até aos 16 tinha que estudar e andar na escola. Então, prossegui os estudos sozinha. Falsifiquei a assinatura dela, para me inscrever e estava na casa de uma amiga e ia para a escola na mesma. Fiz até ao oitavo (...) depois ainda estudei à noite, porque arranjei um trabalho no café e trabalhava até às duas da manhã. Depois, quando pude, meti o trabalho de lado e comecei a estudar à noite. Fiz as unidades em casa e assim. Não cheguei a completar o nono, falta-me uma unidade (risos). Fiz na cadeia o resto, mas falta-me uma unidade.” (Entrevistado 2)

“Era bom aluno, sim, só que era assim, eu esquecia-me dos livros pá (risos). Era o futebol, pá. Punha os livros em cima da baliza, jogava futebol, não ia às aulas e depois esquecia-me dos livros, mas quando chegava ao exame eu passava.” (Entrevistado 3)

Finalmente, os utentes foram questionados relativamente às suas relações amorosas, incluindo quantas tiveram e se havia consumos de algumas das partes. Tal como se verificou anteriormente, três dos entrevistados estão, de momento, solteiros, enquanto apenas um se encontra divorciado. Cabe destacar que o E4 pediu para não responder a perguntas relativamente a esta problemática, tendo em conta que perdeu uma companheira quando esta ainda tinha 20 anos. Constata-se, mais uma vez, que o percurso amoroso dos entrevistados é bastante diferenciado:

“(…) Um era atleta de futebol, era o capitão da equipa, saudável, nem tabaco nem nada! Só que era bruto, tive três anos e meio com ele. O segundo, já foi consumidor, já o conheci nos consumos. Foi isso o que me levou a consumir, porque queria estar com ele e só naquele ambiente é que podia estar com ele, então comecei a entrar no ambiente. Ele não queria, mas eu insistia!” (Entrevistado 2)

“(…) É como eu te disse, eu era famoso, sabes como é a fama, manda muito também. Eu era daquele género, conhecia uma rapariga, andava um mês ou dois com ela, queria aquelas coisinhas que a gente já sabe, não é? Quando conseguia aquelas coisinhas, vai-te embora, eu vou arranjar outra. Era assim, consecutivamente, até chegar à minha ex-mulher. A minha ex-mulher sempre me disse que não era como as outras, e pronto, estava ali a mulher da minha vida.” (Entrevistado 3)

4.3. Caracterização dos técnicos

Foram realizadas, igualmente, quatro entrevistas a técnicos com funções diferenciadas na Casa de Vila Nova. Através da análise às respostas obtidas em contexto de entrevista, observa-se que os técnicos acabaram por integrar esta área, especialmente motivados por um interesse na mesma, sendo que para alguns, juntou-se-lhe o sentimento de descoberta:

“Eu, no secundário, já estudei animação sociocultural. Depois trabalhei com crianças, logo ao início da minha carreira profissional, mas, entretanto, apareceu a oportunidade – a Norte Vida

chama-me para fazer o trabalho de intervenção nesta área. Eu fui, estava dentro da área que me tinha proposto.” (Entrevistado 5)

“Eu tinha acabado o curso há pouco tempo, trabalhava em pré-hospitalar como socorrista (...) estava a trabalhar há pouco a nível hospitalar e continuei à procura de mais qualquer coisa, até ao dia em que me colocaram a questão se eu queria vir abrir uma equipa na área dos sem abrigo e nas toxicodependências, que eu nem sabia o que era (risos). Eu sou de Viseu (...) lá a problemática de há uns anos atrás não é o que é hoje, nem é nada que se compare com o Porto ainda hoje, e, portanto, para mim foi pelo desafio. Então despedi-me e vim arriscar tudo para uma cidade completamente desconhecida e para uma área completamente desconhecida.” (Entrevistado 6)

“Eu fiz o meu estágio curricular aqui, depois fiz estágio profissional e acabei por ficar cá. Porque é que escolhi a área da toxicodependência e dependência? Por uma questão pessoal (...) mesmo a escolha da minha formação foi uma questão pessoal, inicialmente até um bocadinho de autoconhecimento e conhecimento daquilo que me rodeava. Interesse, especificamente, na toxicodependência por causa da minha família e depois acabei por aprender a gostar muito desta área como profissional e acabei por ficar.” (Entrevistado 7)

“Na altura? Na altura, enfim, foi o destino. Era uma associação que trabalhava na área que eu gostava de trabalhar, cruzou-se a oportunidade e, portanto, eu aproveitei-a. Não tinha a ver com a associação propriamente dita, mas sim com a área.” (Entrevistado 8)

Os entrevistados cumprem funções diversificadas dentro da Casa Vila Nova, o que já foi uma escolha propositada no momento da sua seleção. Assim, e tal como se referiu na sociografia da análise qualitativa, foram entrevistados um técnico monitor, uma enfermeira, uma assistente social e um psicólogo, que é, ao mesmo tempo, coordenador desta valência da Norte Vida:

“Portanto, são funções de técnico monitor, que passam pela monitorização do quotidiano de utentes em situação de sem abrigo e em risco de toxicodependências, normalmente. Nós recebemo-los, estamos ligados a uma casa de apoio que tem, também, centro de alojamento para receber até 17 utentes e um sistema de gabinete de apoio em ambulatório. Nós tanto damos conta do gabinete de apoio que recebe os utentes que todos os dias vão à casa fazer os diferentes serviços como a enfermagem, serviços de apoio alimentar, higiene e outros apoios sociais, como paralelamente funciona o centro de acolhimento onde eles podem ficar a dormir, com o contrato com a casa onde delineiam um percurso social para tentar sair da situação de abandono e sem abrigo. Nós estamos ligados às atividades quotidianas, desde a alimentação,

assegurar a higiene, a estabilidade emocional, a resolução de conflitos, numa equipa que se quer multidisciplinar.” (Entrevistado 5)

“(…) eu sou contratada como enfermeira responsável pelo Serviço de Saúde da Casa de Vila Nova e Gabinete de Apoio. Além disso, sou coordenadora do programa de substituição opiácea do baixo limiar da Casa Vila Nova e do Gabinete de Apoio. Sou representante da Norte Vida no «Porto, cidade sem SIDA», sou coordenadora do programa de rastreio comunitário que a Norte Vida integra há cerca de dez anos em conjunto com o CAT e outras associações na área da rede de rastreio e há pouco tempo acumulei a função de coordenadora na equipa Rotas com Vida. Depois, além disso tudo (risos), é um bocadinho do que for preciso. A parte da saúde, como tu sabes, é um grosso da Casa Vila Nova e ocupa muito espaço e muito tempo a todos os profissionais e mistura-se muito com as outras áreas de atuação. Ao fim de cabo, elas estão todas interligadas porque a saúde é isso mesmo, é o conjunto delas todas (...) Mas mete-se a mão a tudo, se for preciso ir à tua cozinha servir sopa também se vai (risos), é saúde, eles precisam de comer, está tudo ligado.” (Entrevistado 6)

“Eu acho que o meu trabalho, como assistente social, é concretizar os direitos das pessoas. Aquilo que nós temos na lei, tudo o que é possível as pessoas terem direito. Nós somos o canal que concretiza esse direito, portanto, nós chegamos às pessoas (...) e conseguimos concretizar os direitos delas. É esse o nosso trabalho, um trabalho de mediação, realmente fazer chegar os direitos das pessoas às pessoas.” (Entrevistado 7)

“As minhas funções atuais na Norte Vida têm muito a ver com a coordenação de serviços e com o desenvolvimento de novas respostas e implementação destas novas respostas sociais, assim como representação.” (Entrevistado 8)

Quando questionados relativamente às principais dificuldades e desafios associados à sua área de atuação, a resposta foi praticamente igual em todos os casos prende-se, sobretudo, com as fracas condições económicas associadas a este tipo de instituições. Foram, também, apontadas outras dificuldades tais como a falta de uma política de Redução de Riscos e Minimização de Danos que esteja devidamente atualizada, a estigmatização e a adequação das respostas às populações:

“Há desafios ligados, sobretudo, com o financiamento. Estas são instituições sempre muito aquém das possibilidades económicas, precisamente por serem deste setor independente do Estado. Isto reflete-se muito tanto em infraestruturas, como nos próprios bens materiais e recursos disponíveis (...) Por outro lado, há um preconceito e estigmatização destas situações, que no resto da saúde já se encontra amiúdo alguma estigmatização da doença e aqui com a

toxicodependência os próprios profissionais de saúde das instituições, como hospitais, a quem recorremos com eles, não estão sensibilizados para a área (...)” (Entrevistado 5)

“(...) Os desafios passam muito pela conjuntura atual do que é a Redução de Riscos e do que é trabalhar na área em Portugal atualmente. A panóplia de patologia associada, de dificuldades sociais e de exclusão são enormes e, portanto, o desafio aqui passa por tentar encaixar os nossos utentes em respostas que a comunidade tem para eles. É um desafio e tem-se mostrado um desafio nos últimos anos acompanhar com os serviços que existem atualmente a evolução do que é a toxicodependência e os comportamentos aditivos no Porto e em Portugal também, porque os nossos serviços ainda estão muito traçados e desenhados para o que eram os comportamentos aditivos há 20 anos atrás (...)” (Entrevistado 6)

Finalmente, tentou-se perceber se os técnicos entrevistados cumprem outras funções na própria instituição ou, até, se exercem alguma outra atividade profissional. As respostas foram, mais uma vez, diferenciadas:

“Já exerci outras: já trabalhei noutras equipas, com funções idênticas, mas em equipas de intervenção na rua (...)” (Entrevistado 5)

“Além da Norte Vida, sou enfermeira noutra instituição, (...) responsável de rastreio da equipa da SAOM, portanto faço consulta também. Para além disso, sou formadora, faço formação para diversas entidades na área da saúde e da gestão hospitalar, também na área da Redução de Riscos. Além de formadora e dar as aulas e construir os conteúdos, faço também a construção dos cursos em algumas entidades. Além disso, sou também responsável pelo serviço clínico e viatura clínica de um serviço de reabilitação, no setor privado. Tirando os domicílios, com os meus velhinhos, que é uma coisa mais pequena (risos).” (Entrevistado 6)

“Exerci no passado, neste momento sou só assistente social na Casa de Vila Nova, mas já exercício sim, numa área completamente diferente – na parte dos números. Sempre trabalhei com mais contabilidade, secretariado. Fiz bastantes anos de voluntariado, sim, nas ruas, com equipas que trabalhavam diretamente com os sem-abrigo, mas neste momento estou só aqui.” (Entrevistado 7)

“Exerço funções de psicólogo numa outra organização e de formador num instituto.” (Entrevistado 8)

4.4. Adições e consumos

No presente capítulo serão analisadas as perspetivas tanto dos utentes como dos técnicos, no que toca à problemática das adições e consumos. Desta forma, se por um lado, temos uma exposição do percurso pessoal dos utentes - explorando dimensões tais como os primórdios de consumo, preferências, estratégias de consumo e de obtenção de substâncias, por outro temos uma análise de um ponto de vista profissional por parte dos técnicos, analisando os seus diagnósticos e representações perante esta problemática.

4.4.1. Trajetórias da dependência

Inicialmente começou por se perguntar aos entrevistados se fumam tabaco e se consomem álcool, assim como a idade com que começaram a fazê-lo e porquê. Constata-se, portanto, que todos os utentes fumam tabaco e apenas dois destes consomem álcool. As respostas demonstram que as idades em que começaram a fumar tabaco se situam entre os 9 e os 14 anos de idade, apontando a curiosidade e a facilidade de obtenção de tabaco – por consequência de pais fumadores – como as principais causas para o início deste percurso:

“Comecei a fumar tinha 11 anos. Era muito fácil para mim arranjar tabaco, a minha mãe tinha tabaco no café e pronto, era a partir daí que o tinha. O álcool foi praticamente igual, também comecei a beber com 11 anos.” (Entrevistado 1)

Já no que toca à iniciação no “mundo das drogas” e ao primeiro contacto com substâncias, os percursos são semelhantes. Os utentes referem que começaram por fumar canábis e haxixe, pouco depois de terem começado a fumar tabaco, passando, de seguida, para substâncias como heroína e cocaína:

“O primeiro contacto tinha eu 12 anos, comecei a fumar «charros». Depois com 13 anos caí na heroína. Foram essas duas, inicialmente.” (Entrevistado 1)

“(…) Eu tive a iniciação de consumo nas drogas leves... Para mim nem há drogas leves nem pesadas, tudo é droga. Umas numa forma, outras doutra, mas tudo é droga, Haxixe, canábis e tal, tinha eu os meus 17 anos, o meu charuto, aquelas coisinhas, pronto, com os amigos. Antes de me casar, com 21, sei lá, 21 para cima, comecei então a experimentar as outras. A heroína, cocaína e assim. Foi por aí, os meus primeiros contactos com substâncias.” (Entrevistado 3)

“14 anos (...) foi canábis. Vieram os retornados, foi na altura do 25 de abril precisamente, os soldados traziam isso. Traziam sacos grandes de erva, de «liamba», como lhe chamavam. E eu não tinha de pagar, era de borla.” **(Entrevistado 4)**

Os consumos não se limitaram, tal como verificado anteriormente, a canábis e haxixe, sendo que, quando questionados, os utentes referem já ter consumido, pelo menos uma vez, várias outras substâncias:

“Cocaína, heroína, haxixe, erva, ecstasy, LSD, speed, MDMA, tudo...” **(Entrevistado 1)**

“Já experimentei tudo o que possas imaginar. De tudo um pouco.” **(Entrevistado 4)**

No que a consumos atuais se refere, é interessante ressaltar que os entrevistados consomem, maioritariamente, cocaína e haxixe, muito devido ao programa de substituição opiácea, como veremos a seguir. Constata-se, também, uma diversidade de respostas quando questionados se se consideram dependentes, uma vez que, segundo os entrevistados, a droga atualmente não corresponde ao que se comprava anteriormente, o que faz com que consumam menos:

“Cocaína, se puder dar uma passa todos os dias eu dou. Hoje em dia, aquilo está tudo estragado, dá ressaca. Antigamente não dava ressaca. Eu larguei a heroína, troquei por metadona, por causa da ressaca, para não ressacar mais. Não quero ser dependente de droga. A cocaína nunca foi assim, agora está a ser, sente-se uma ligeira ressaca no corpo, se não se consumir. Se eu puder dar a minha passa todos os dias, fico bem, se não conseguir...”
(Entrevistado 2)

“(...) Não estou abstinente, por assim dizer, mentir seria se dissesse que estava. Estava-me a enganar a mim e a si. Faço uns consumos periódicos, de pouco montante, porque a situação não me dá para mais. Na cocaína. Não largo porque não deixo de gostar, não dependo.”
(Entrevistado 3)

“Só coca, de longe a longe, esporadicamente (...) A droga já não é o que era. A gente fuma e parece que fica doente, ao contrário. Fuma e parece que fica com sono. A droga agora está toda estragada, é mais entulho do que outra coisa.” **(Entrevistado 4)**

Verifica-se, também, uma preferência pelo consumo acompanhado, nem que seja apenas por uma pessoa. Os locais escolhidos para consumo passam,

normalmente, por casas abandonadas, locais não tão expostos aos olhos da comunidade:

“Prefiro sempre consumir acompanhada. (...) Vamos para casas abandonadas, sítios que não haja muitas pessoas a passar, descampados. Agora não tenho casa, estou aqui, mas senão consumo em casa.” (Entrevistado 1)

É comumente referido pelos utentes que o principal motivo pelo qual começaram a consumir foi a falta de um contexto familiar coeso. A própria curiosidade joga, também, um papel fundamental neste processo:

“Falta de meio familiar, foi o que me faltou muito...” (Entrevistado 2)

“Facilidades monetárias e a minha parte de pesquisa, do querer saber mais, da curiosidade.” (Entrevistado 3)

Os entrevistados encaram de forma diferente o sentimento de “dependência”, embora refiram os sintomas de ressaca como o principal momento em que se aperceberam que estariam, de facto, dependentes do uso de uma certa substância:

“(...) Um dia não me levantei da cama para fumar, para ir comprar a quantidade, e senti uma ressaca enorme, não me conseguia mexer, vomitava e tudo. Tive de telefonar a um amigo meu para me vir buscar, foi horrível.” (Entrevistado 2)

“Foi quando comecei a ressacar de heroína. No princípio deram-me heroína, eu não sabia o que era. Nem a própria polícia sabia o que era aquilo, veja lá. Aos 17 anos comecei a ressacar de heroína. Parecia haxixe, plasticina até. Foi precisamente durante um período de seca de haxixe que introduziram a heroína. Pararam com o haxixe, havia algum, mas pararam para introduzir no mercado a heroína e agarrar o pessoal. Mas a heroína na altura era boa, atenção, não é como agora. Nada presta agora.” (Entrevistado 4)

As estratégias de obtenção de fundos para adquirir substâncias são, mais uma vez, bastante diferenciadas. Se alguns dos entrevistados apenas esperam pela entrada de rendimentos para adquirir substâncias, outros já recorreram a roubos, prostituição e tráfico para o conseguir. Dois dos entrevistados explicam já ter tido problemas com a justiça por situações relacionadas com tráfico e pequeno furto, enquanto os outros dois referem situações de pouca importância:

“Agora? Peço emprestado a um cigano, que me empresta dinheiro. Por exemplo, empresta-me 10€, eu tenho que pagar 15€. Mas já recorri a tráfico, prostituição e roubo. Sim, já roubei. (...) Já estive presa 3 vezes por tráfico. Fui expulsa de Luxemburgo à pala disso, deram-me uma pena de 10 anos, cumpri 7, mas estou proibida de voltar a Luxemburgo (...)” **(Entrevistado 1)**

“Era vender. Tinha a porta aberta, eu pagava sempre aquilo que devia. Pedia emprestado, mas estava de porta aberta e sossegada, pagava sempre o que devia! Quando vim para o Porto fazia-me à vida. Vendia o corpo, vendi durante seis anos.” **(Entrevistado 2)**

“(...) tantas estratégias, tantas mentiras, tantas manipulações. Eu nunca vi, durante a minha vida, em qualquer classe humana, pessoa como o toxicodependente para atingir os seus fins. Não se olha a meios para atingir fins. (...) Já tive problemas, já. Por roubos a sucatas, essas banhadas.” **(Entrevistado 3)**

“Estratégias? Não tenho. É quando recebo algum dinheiro ou quê, do rendimento ou assim. Também não ando a pedir, nem a guardar carros, nem nada disso, não estou para isso.” **(Entrevistado 4)**

No que a conciliar a vida pessoal com o consumo de substâncias se refere, as respostas passam, essencialmente, por dois tipos de perspetiva. Se, por um lado, temos utentes que admitem que conseguem separar a vida pessoal do consumo de substâncias, como é o caso da E2 e o E3, outros referem que os consumos já afetaram a vida pessoal ao ponto de fazerem parte desta:

“É minha vida... Desde que me conheço sempre consumi drogas. Por isso, já não concilio, já faz parte da minha vida. Se não consumir há algo que me falta, estás a entender?” **(Entrevistado 1)**

“Atualmente? Não faz grande diferença (...) Mas antigamente, pá, adormecia a pensar nessa substância e acordava a pensar como é que ia alimentar o vício com essa substância. Portanto, eu vivia em função da droga. E digo eu, mas não devo estar enganado ao dizer que os outros não devem ser diferentes do pensar que eu tenho: vivemos em função da droga, só.” **(Entrevistado 3)**

Finalmente, e para terminar a perspetiva dos utentes perante as adições e consumos, os entrevistados foram questionados relativamente ao dinheiro que, normalmente, despendem na compra de substâncias. No que diz respeito a esta problemática, as respostas foram muito diferenciadas. Constata-se, por exemplo, que a E1 e a E2 fazem uma gestão do dinheiro que vão recebendo e, desta forma, vão

consumindo periodicamente, enquanto o E3 compra uma maior quantidade de substâncias de uma só vez e fica, de seguida, sem consumir durante uns tempos:

“(...) Por exemplo, se receber o rendimento hoje, compro logo 50€ e depois vou comprando aos 20€, até acabar, para gerir mais ou menos.” (Entrevistado 1)

“Hoje em dia? Se for 5 euros por dia, faça as contas. Isto é, se os tiver, se não os tiver, nem isso.” (Entrevistado 2)

“(...) Uma estimativa, se tiver um bocadinho de dinheiro, eu faço uma “festinha”, como diz o outro. Depois passo uma semana ou duas, sem fazer festas nenhuma. Portanto, vamos supor que essa “festinha” me custa 50 ou 100 euros, depois passo uma ou duas semanas sem gastar um único tostão. Fazendo uma estimativa, sei lá, num mês gasto cerca de 150 euros.” (Entrevistado 3)

4.4.2. O olhar dos técnicos sobre adições e consumos

A perspetiva dos técnicos perante a problemática das adições e consumos é fundamental para estabelecer um paralelismo com a perspetivas dos utentes entrevistados. Desta forma, será possível obter-se uma perspetiva mais científica e clara perante o que foi referido anteriormente. Constata-se, portanto, que os técnicos têm noções semelhantes perante a adição e toxicodependência, sendo esta noção ligeiramente moldada pela área de intervenção e função de cada um deles, como se pode evidenciar através da E6, por exemplo, quem, como se referiu anteriormente, é enfermeira na Casa Vila Nova:

“Para mim é um problema de saúde, mais do que tudo e mais do que todas as definições de um ou outro autor, ou de uma outra ideia pré-concebida que se tem sobre os comportamentos de adição, essencialmente é um problema de saúde.” (Entrevistado 6)

Já o E5, por sua vez, apresenta uma perspetiva mais voltada para o social, explicando que o contexto social exerce um papel muito importante na questão dos consumos, argumentando que os meios desfavorecidos e pobres apresentam condições mais favoráveis para que estes tipos de situações ocorram:

“(...) eu acho que ela é vista como um problema e não podemos fugir a essa visão de que é um problema. Atira para a marginalização imensas pessoas, ainda que no meu ponto de vista ela

tem muito mais que ver com condições sociais do que com condições biológicas. Eu acho que a dependência e toxicodependência têm diferentes tonalidades, em diferentes níveis de classe social e cultural, portanto, ela não se circunscreve apenas ao efeito da substância, senão seria igual a toda a gente. (...) Para além disso, acho que muda muito, dentro das próprias sociedades atuais: há diferenças claramente ligadas aos recursos e ao meio ambiente em que se nasce e ao tipo de contexto social em que se está. Reflete-se bastante no nosso trabalho perceber que a grande maioria vem de meios desfavorecidos, pobres, culturalmente enfraquecidos e é daí que vem a grande maioria, fazendo um recorte do que se está a passar ali.” (Entrevistado 5)

Tendo em conta os vários anos de trabalho nesta área, foi pedido aos técnicos, um breve diagnóstico perante a problemática das drogas na cidade do Porto. Verificase, portanto, que o E6, E7 e E8 apresentam perspetivas semelhante, apesar de terem funções bastante diferenciadas, argumentando, assim, que nos encontramos num momento de mudança, muito devido à redução do consumo da heroína e ao aumento do consumo da cocaína, das novas drogas sintéticas, e por parte das camadas mais jovens:

“(...) Tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, e surgido cada vez mais dificuldades, quer seja numa área ou noutra, mas é uma problemática que tem estado em constante mudança ao longo dos anos, quer pelo “boom” da heroína e depois pela redução do consumo da heroína e passar mais ao consumo de cocaína, quer nos últimos anos pelo surgimento de novas drogas, novos comportamentos de adição, não só ligados ao consumo das drogas químicas. Depois, também, o consumo ainda não tão bem caracterizado daquilo que são as drogas legais, como o álcool que começa a ter uma caracterização mais formal, mas conjugado com outros comportamentos de adição, nomeadamente a medicação não prescrita, terapêutica não prescrita. As novas drogas sintéticas, o THC, o haxixe, como quiserem chamar a camada mais jovem (...)” (Entrevistado 6)

“(...) O que é que me preocupa? O aumento de drogas nas escolas, o aumento de consumo abusivo em que é aceitável, mesmo dentro de casa é aceitável. Os pais fazem consumos, os filhos conseqüentemente começam a fazer consumos e é preocupante, porque acredito que daqui a uns anos, aquilo que vivemos na rua hoje, no nosso trabalho, vai ser um bocadinho diferente por causa desta questão de as drogas serem corriqueiras dentro da escola, dentro do contexto familiar. Isto é o que mais me preocupa, isto é o que eu acho que vai ser a grande alteração daqui a uns anos. Neste momento é muito difícil de caracterizar porque estamos num período de alteração (...)” (Entrevistado 7)

“(…) não tem havido um aumento de novos consumidores, o que nós temos conseguido é que o número se tem mantido mais ou menos igual, nos últimos 15 anos, o que nós percebemos é que eles não têm aumentado, mas também não têm morrido e, portanto, nós temos conseguido fazer com que as pessoas vivam mais. Depois a outra coisa curiosa, é que à medida que o consumo de heroína foi descendo, aumentou o de cocaína e, portanto, hoje em dia, o grande consumo (...) é o consumo de cocaína fumada e não o de heroína injetada, como foi há 20 anos atrás.” (Entrevistado 8)

Da mesma forma, os técnicos consideram que houve uma evolução bastante positiva, quando comparado com o que se vivenciava na década de 1990 e início dos anos 2000. Os programas de substituição opiácea e de troca de seringas trouxeram, de facto, grandes mudanças tanto no que toca aos números referentes ao consumo de heroína, como no número de utentes que contraem doenças infecciosas devido a estes consumos, como veremos a seguir. No entanto, voltam a alertar relativamente ao facto da população consumidora ter vindo a sofrer alterações, assim como a idade desta e o tipo de consumos:

“Houve efetivamente uma evolução, e agora posso dividir essa evolução numa boa evolução e numa má evolução (...) nos anos 80 e início dos 90 eram bastante diferentes e foi quando surgiram os primeiros programas de metadona, de troca de seringas e efetivamente, ao longo dos anos, temos vistos que é decrescente o consumo de heroína, é decrescente o número de utentes que contraem doença infecciosa devido aos consumos, muito graças aos programas que foram instituídos, e isso vem da evolução da prática, e da evolução das equipas no terreno e da própria implementação de programas governamentais que apoiaram e permitiram que este consumo de heroína, as mortes associadas e as patologias associadas fossem diminuindo ao longo do tempo. Em contrapartida, há uma evolução crescente (...) do que são os consumos e do que são as práticas de adição, quer pelo surgimento de novas drogas, quer pelo deteriorar da componente mais social.” (Entrevistado 6)

“Uma diferença (...) no tipo de população, na idade da população, no tipo de consumos. Há uns anos atrás, não vias tantas benzodiazepinas (...) estas misturas, as pessoas consumiam (...) muito mais puro. Era heroína efetivamente, era cocaína efetivamente. Existem muitas misturas, muitas drogas psicadélicas, mesmo em contexto de jovens, em contexto de discoteca. Verifica-se, então, que mesmo o tipo de consumo se alterou muito, portanto, é tudo completamente diferente” (Entrevistado 7)

A questão dos estereótipos e da forma como a comunidade em geral percebe as toxicodependências e o trabalho de associações como a Norte Vida, foi outro dos pontos de foco desta parte da entrevista. Verifica-se, assim, que as perspetivas dos técnicos são, novamente, semelhantes, descrevendo que existe uma maior sensibilização e aceitação por parte das populações, mas que há um longo percurso a percorrer, uma vez que a estigmatização e discriminação se encontra, ainda, muito presente, até por parte de profissionais de saúde:

“Acho que a sensibilização é maior, não é um trabalho todo jogado fora, mas ainda há muito a fazer. Depois depende, há focos de maior ou menor aceitação, dependendo de onde os projetos querem entrar, pode ser mais ou menos difícil. Isto também aconteceu na Norte Vida, com a entrada das equipas de rua em alguns bairros, normalmente não aceitavam e hoje em dia já aceitam. Portanto, do ponto de vista prático, do que aconteceu, na Norte Vida com as equipas de rua, eu pude testemunhar essa evolução da aceitação, e penso que o resto da cidade andarà mais ou menos no mesmo compasso (...)” (Entrevistado 5)

“É uma pena que ao fim de tantos anos nós continuemos a falar sobre preconceito e estigma. É uma pena existir sempre aquele leiteiro de «toxicodependente» e pá, depois temos a população com menos formação e é «Aquele drogado». É uma pena que ainda exista isto, é uma pena ainda ter de ir a serviços e ouvir este tipo de discurso. Mesmo os próprios profissionais de saúde, é assustador: «É este utente, é toxicodependente, não sabemos se ele tem SIDA, eu vou calçar duas luvas.» Como assim calçar duas luvas? Isso nem sequer faz sentido. Estamos a falar de profissionais de saúde, como é que ainda estamos neste ponto. Claro que sim, há estigma, há preconceito, há falta de conhecimento. (...)” (Entrevistado 7)

Da mesma forma, é importante tentar estabelecer um paralelismo entre estes estereótipos e a forma em como os utentes os percebem e encaram. Constata-se, mais uma vez, que todos os técnicos estão de acordo, referindo que, de facto, os utentes percebem estes estereótipos e até os interiorizam:

“(...) Acho que os sentem, que os incorporam, que os reproduzem. É uma coisa que se sabe, que se sente e que se vê, durante muitos anos de trabalho, assiste-se a muitas situações destas. Por exemplo, e mais concretamente, quando chegas aos serviços externos se precisares de o acompanhar a serviços do Estado ou serviços de outro género, há uma subalternização muito patente no utente, que chega sempre ao outro e aos serviços institucionalizados, um pouco mais formais, de uma forma muito subalterna, já se colocando na posição que os outros o querem

colocar. Portanto, é muito recíproca esta estigmatização, que também se incorpora nos próprios que, depois, também, acreditam nela.” (Entrevistado 5)

4.4.3. Os locais de consumo

Passando, agora, para a questão dos locais de consumo escolhidos por este tipo de população na cidade do Porto, é evidenciado o que a bibliografia nos tem vindo a documentar ao longo dos últimos anos. Luís Fernandes (1998) refere-se a estes espaços como *territórios psicotrópicos*. Explica que estes espaços são atratores de indivíduos que demonstram um interesse em torno das drogas, “(...) com um programa comportamental orientado para os aspectos instrumentais ligados a um estilo de vida em que elas têm um papel importante; tem como característica comunicacional a interação mínima e estrutura-se como característica comunicacional a interação mínima (...)” (Fernandes, 1998, p.167). É, normalmente, um território acessível a estranhos, um espaço convivial para o toxicodependente, estando controlado por grupos mais do que por indivíduos, sendo o elo final da “maquinaria” da distribuição das drogas. Verifica-se, portanto, que a zona do Pinheiro Torres, o Bairro da Sé, a zona industrial do Porto e o Bairro do Cerco são os locais preferenciais para o consumidor problemático:

“(...) Temos o viaduto da Renault, a zona do Pinheiro Torres, das tendas, que já ouviste falar. Ainda temos alguns utentes, resistentes, no Aleixo, temos a Rua Escura, é um mundo a descobrir. Curiosamente, na zona industrial do Porto temos, também, muito consumo de drogas, associado, também, ao trabalho sexual. Acho que neste momento, sim, são os pontos com consumo à cara aberta (...)” (Entrevistado 7)

O E8 reforça, no entanto, que se existem outros tipos de consumidor que não o “problemático”, explicando que há outros consumos, mais associados às camadas jovens, em contextos mais festivos:

“Os locais de consumo mais usuais são os locais que orbitam as zonas de tráfico. Portanto, na cidade do Porto, aqui na zona Ocidental, está colado ao Pinheiro Torres e à Pasteleira, na zona Centro está colado à Rua Escura, ao Bairro da Sé, e na zona Oriental está colado ao Bairro de Cerco, que curiosamente são os três locais de tráfico que existem. Mas isto mais uma vez, estamos a falar do consumidor problemático, porque se formos falar de meter umas pastilhas

de MDMA se calhar vou-te dizer que é ali no Via Rápida ou nas Galerias de Paris (risos).”
(Entrevistado 8)

Os técnicos encontram-se de acordo, também, no que toca à questão de os utentes integrados na Casa Vila Nova partilharem estas zonas de consumo, muito devido aos contactos, proximidade e segurança que vão construindo e adquirindo ao longo dos anos:

“Acho que sim, são pontos de encontro para todos e para os nossos não é exceção. Criam-se lugares de alguma segurança, o que pode parecer contraditório porque são lugares muito inseguros, mas criam segurança para os próprios até porque o resto da cidade não está ali e com becos da cidade onde não estão ali os outros que não são toxicodependentes, o que cria ambiente de familiaridade.” **(Entrevistado 5)**

“Sim, por vários motivos. Pela proximidade, mas também pelo tráfico. São zonas onde eles conseguem comprar, e não só comprar, são zonas onde acabam por conhecer mais as dinâmicas daquela zona. Eles sabem onde podem comprar, onde podem dormir, onde podem comer (...).” **(Entrevistado 6)**

4.5. Casa de Vila Nova: perspetivas e intervenções

No presente capítulo, e dando resposta ao objetivo 1, haverá um maior foco no contexto de estágio, analisando-se o funcionamento da Casa de Vila Nova, tendo em conta, para isto, tanto a perspetiva dos utentes previamente entrevistados como dos técnicos. Analisar-se-ão, num primeiro momento, as principais políticas associadas a este tipo de intervenção, as perspetivas dos técnicos perante estas, assim como os desafios na gestão dos utentes e da própria Casa de Vila Nova. Num segundo momento, serão expostos os percursos, opiniões e objetivos dos utentes em relação a esta e até outras associações.

4.5.1. A perspetiva dos técnicos

Da análise das entrevistas efetuadas aos técnicos, verifica-se que a principal política aplicada nesta área de atuação mais direta e interventiva corresponde à Redução de Riscos e Minimização de Danos. A intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos surge enquanto resposta para a pandemia do Vírus da

Imunodeficiência Humana (VIH), em meados da década de 1980. O consumo de substâncias psicoativas encontrava-se fortemente associado à disseminação do VIH, o que, evidentemente, viria a tornar a população consumidora mais vulnerável ao risco de contrair a doença. Foi-se respondendo, em todo o mundo, à forte expansão do consumo de substâncias psicoativas com intervenções inovadoras, tais como o programa de distribuição de seringas ou a criação de dispositivos com programas de substituição em baixo limiar de exigências, nos bairros fortemente associados ao consumo e ao tráfico. Verifica-se, portanto, que a Redução de Riscos e Minimização de Danos se impôs, inicialmente “(...) como uma prática, como resposta sócio-sanitária, e só depois começou a ser estudada enquanto disciplina, como intervenção suportada por um edifício teórico, num trajeto epistemológico não essencialmente diferente do que sucedeu noutros países europeus.” (SICAD, 2016, p.13). É fulcral destacar que Portugal foi desenvolvendo um caminho que se foi consolidando, apresentando, na atualidade, uma experiência e conhecimento nesta área que são reconhecidos a nível internacional:

“A base para a maior parte dos projetos de intervenção direta na rua é a Redução de Riscos e Minimização de Danos, que pode ou não avançar para limiares de exigência, e que depois é pensado em torno do utente. Os projetos são sempre pensados em torno do próprio utente, que deve ser o próprio a querer ingressar num projeto de substituição, onde depois pode evoluir do baixo limiar de exigência, para lugares médios e altos de exigência de compromissos para com as infraestruturas, portanto com o CAT, mas aí já passa para outro tipo de projetos que não competem tanto à Casa Vila Nova. No que compete à Casa Vila Nova e equipas de rua, como são de intervenção direta no terreno e primeira intervenção, é a Redução de Riscos e Minimização de Danos que enquadra tudo.” (Entrevistado 5)

Assim, tentou-se perceber o que cada um pensa sobre estas e o que acham que deveria de ser melhorado. As respostas foram variadas, mas constata-se um grande foco na desatualização destas políticas, sendo que muitas das respostas trazidas por estas não correspondem à realidade que se vive. Além dessa questão, o financiamento é trazido à conversa:

“(...) Eu acho que a Redução de Riscos e Minimização de Danos e o pensamento em torno do utente é o caminho, não tenho nenhuma sugestão a fazer para andar para trás. Eu não faria

nenhuma correção à teoria, o que eu acho é que pode haver um desfasamento entre o que está teoricamente pensado e como é que se intervém em termos profissionais (...)” **(Entrevistado 5)**

“A atualização do que é a teoria para o que é a prática, para a população que temos atualmente, e a questão do financiamento porque permitiria ter uma equipa maior, mais diversificada, com mais tempo para intervenção, melhoraria toda a intervenção que é feita.”
(Entrevistado 6)

“Naturalmente, por exemplo, e mesmo ao nível da saúde, o que tu notas é que nós temos respostas muito viradas para o passado. Repara que, neste momento, o kit de consumo não tem cachimbo de consumo, apesar de há bocado te estar a dizer que grande parte dos consumidores consomem cocaína fumada. O kit ainda está desatualizado.” **(Entrevistado 8)**

Relativamente à gestão da Casa Vila Nova, analisou-se, de forma breve, quais são os grandes desafios de gestão dos utentes. Tendo em conta que estão, de momento, 17 utentes em Centro de Acolhimento Temporário, enquanto muitos outros usufruem de outros serviços fornecidos pela Casa, a tarefa de os gerir pode tornar-se complicada, sendo necessário mantê-los estáveis a vários níveis. O E5 confirma precisamente isso:

“(…) Quem trabalha numa casa como a Vila Nova percebe que o ambiente é crítico, sempre no limite. Mas lá está, esse é o desafio, é tentar fazer com que se mantenham alguns equilíbrios (...) são de facto, pessoas carregadas de histórias muito complicadas, com muita amargura também, com violência incorporada que se transforma em violência, lidam com o imprevisto e frustração das formas menos socialmente aceites e nós temos de saber não estigmatizar e não pô-los pior, porque para isso saíamos de cena porque eles mal já estão. Aí claro, é a atividade profissional de cada um e a forma como está para esse trabalho que pode, ou não, fazer a diferença. Em geral, eu acho que das pessoas e as equipas com quem trabalhei, pode haver os problemas que houver, mas há boas intenções e motivações da maioria para tentar ser melhor e tentar perceber esses princípios, mas são utentes difíceis, claro.” **(Entrevistado 5)**

Por sua vez, e numa perspetiva mais voltada para a saúde, a E6 menciona que o grande desafio é pensar nos utentes a longo prazo, adequar respostas para que os utentes tenham as suas necessidades satisfeitas:

“(…) Eu olho para os nossos utentes da Vila Nova e, claro que eles não estão todos nas mesmas circunstâncias, mas olho para eles e conhecendo o processo clínico da grande maioria deles, não vou negar que há uma percentagem alta de utentes que eu olho e penso: “O que vou fazer com

este utente a longo prazo?”. Isto porque eu sei que eles vão ficar doentes, eu sei que eles vão ficar mais deteriorados, eu sei que eles vão ter outras necessidades e eu não sei qual é a resposta que lhes vou dar. Não sei para onde os posso encaminhar, ou o que é que posso fazer para que a resposta seja adequada. Eu tenho muitos abstinentes de heroína há 20 anos que continuam comigo. Eu tenho utentes abstinentes de heroína e cocaína há muitos anos que continuam na Vila Nova, utentes diários. E nós perguntamo-nos porquê, se a Casa de Vila Nova é uma estrutura de Redução de Riscos, porque é que continuamos a ter estes utentes diariamente a ir à Casa Vila Nova. E é exatamente por isso: por não saber para onde, qual a resposta, o que é que se pode dar de melhor a estes utentes, que após tantos anos continuam a viver de forma tão excluída.” (Entrevistado 6)

A E7 menciona que a grande dificuldade, na sua perspetiva, passa pelos utentes quebrarem a sua rotina e aceitarem dirigir-se a diversos serviços, tais como consultas, segurança social, loja do cidadão, entre outros:

“A adesão dos utentes. A maior parte dos utentes está dentro do ciclo deles, não sai dali... Eu consumo, vou arranjar dinheiro para consumir, volto a consumir.... É uma rotina, sempre igual e às vezes é muito difícil nós conseguirmos que eles quebrem esta rotina para fazer, simplesmente e por exemplo, o cartão de cidadão, ou ir a uma consulta para integrar um programa de saúde. O mais difícil é trabalhar a adesão dos utentes.” (Entrevistado 7)

Finalmente, para se cruzar com o que se analisou relativamente aos utentes, foi questionado aos técnicos quais as drogas de eleição dos utentes integrados em Centro de Acolhimento Temporário, assim como os principais métodos de subsistência. Confirma-se, exatamente, que as drogas de eleição são a cocaína, o THC e o haxixe, juntamente com o álcool - a heroína deixou de ser dominante devido aos programas de substituição opiácea. Por sua vez, no que toca aos métodos de subsistência, verifica-se que a mendicidade, o pequeno crime e a prostituição são as formas mais comuns de obtenção de fundos:

“Cocaína, THC e o haxixe, portanto. O álcool também, mas em percentagens mais comuns, portanto de eleição, serão cocaína, THC, o álcool e as benzodiazepinas ali perto (...) Mendicidade, pedir a moedinha, o arrumar carros. Se formos para a componente mais feminina, algum trabalho sexual e nalguns homens também, mas na nossa população daqui da Vila Nova é mais residual, mas ainda existe algum trabalho sexual por parte das mulheres.” (Entrevistado 5)

4.5.2. A perspetiva dos utentes

Neste subcapítulo, tal como mencionado previamente, serão analisadas as perspetivas dos utentes perante os serviços prestados pela Norte Vida, assim como o seu percurso e objetivos ao integrar esta associação. Desta forma, começou-se por perguntar se já integraram outras associações e/ou instituições. Constata-se, portanto, que todos já integraram outras associações, tendo, até, ingressado em centros terapêuticos:

“Sim. Já estive na «Reto», na «Remar» e no Luxemburgo fiz uma desintoxicação num centro terapêutico. Desisti de todas.” (Entrevistado 1)

“Já estive em muitas, fui expulsa de todas (risos) (...) Eu era muito revoltada na altura, revoltava-me com os técnicos, respondia e tinha razão e não me calava. (...) Sou muito revoltada. Agora sou muito diferente, mudei muito.” (Entrevistado 2)

Podemos verificar que, no que toca a objetivos a concretizar, os utentes diferem muito entre si. Se por um lado temos utentes que integraram a Casa de Vila Nova para poupar dinheiro, arranjar trabalho ou porque não têm mais ninguém nas suas vidas, outros tencionam, a longo prazo, deixar os consumos. Constata-se, portanto, que a E1 é um destes casos, quem demonstra uma grande vontade de interromper os consumos, de se organizar e arranjar um emprego:

“Estou aqui com o objetivo de parar com a metadona, parar os consumos, que era bom se conseguisse e arranjar trabalho. Já tenho feito um grande esforço para o conseguir, tenho algumas propostas.” (Entrevistado 1)

Por sua vez, a E2 refere que está na Casa Vila Nova com o objetivo de poupar dinheiro:

“Quero ver se ponho uns dentes. Ver se poupo dinheiro da renda e meto uns dentes. Depois quando estiver mais em alta, vou para uma casinha.” (Entrevistado 2)

Finalmente, o E3 e o E4 apresentam um trajeto semelhante entre eles. Os utentes encontravam-se numa grave situação de desproteção, encontrando-se, inclusive, a viver na rua, não tendo ninguém em quem se apoiar:

“Eu vim para aqui, pá, porque tive um acidente e parti o fémur. Então precisava de ajuda, não é? Após ser operado, eu estava a viver lá fora, na rua, e procurei ajuda, na Vila Nova. Os técnicos daqui abordaram-me, as equipas de rua e pronto, encaminharam-me. Entretanto, chegou o meu dia de ser acolhido aqui. É como se diz, há males que vêm por bem, e este foi um mal que me fez muito bem e tenho aproveitado tudo o que de bom há aqui (...)” (Entrevistado 3)

“Não tenho nada, vim aqui parar. Fiquei sem nada, nem ninguém. Tinha um apartamento, tive de o vender. O rendimento mínimo não dava para eu pagar as despesas. Tive de o vender, fiquei sem dinheiro nenhum e olhe, fui viver para debaixo de uma ponte, olhe, seis anos que estive debaixo de uma ponte. Depois aqui é que me deram uma mão, vim para aqui parar.” (Entrevistado 4)

No que toca aos serviços prestados pela Norte Vida, os utentes demonstram-se bastante satisfeitos, havendo, porém, algumas críticas, por parte de alguns, à questão dos horários e à qualidade das instalações. Da mesma forma, todos referem ter uma boa relação com os técnicos da Casa Vila Nova e com os demais utentes:

“É a melhor associação que eu conheço, a Casa Vila Nova. É onde eu volto sempre, é a sexta vez que estou cá (risos) (...) A hora de entrada, é a única coisa. Em vez das 19h, podia ser à meia-noite (risos). É verdade, eu nos Albergues podia entrar até às 22h, no Joaquim Urbano meia-noite! Acho que aqui poderia ser também. Acho que 19h é muito cedo.” (Entrevistado 2)

“Para mim está tudo bem aqui, tirando certos atritos aí com certas pessoas (...) Se fosse eu que mandasse? Mudava, sim senhor. Mudava, por exemplo, as instalações, o refeitório não tem condições para a gente estar. Mais conforto. Os horários, por exemplo. Mas isso até é relativo, por um lado estamos mais seguros, mais presos. Por um lado, até é bom.” (Entrevistado 4)

4.6. Covid-19: limitações e desafios

Como é do conhecimento geral, no dia 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia causada por um novo corona vírus, o SARS-CoV-2. Há uma forte disseminação da doença, quer seja pela sua diversidade genética, facilidade de contágio e baixa sensibilidade a variações climáticas. Foram, conseqüentemente, recomendadas certas medidas de distanciamento social e quarentena pela OMS, e rapidamente adotadas por vários países. Desta forma, os países procuraram adaptar-

se a estas medidas para reduzir a propagação desta doença, e os serviços de saúde passaram a trabalhar arduamente de forma a conseguir lidar com o crescente número de casos e de óbitos. Em dezembro de 2020, constata-se que o Reino Unido se torna o primeiro país ocidental a iniciar a imunização da população contra este vírus (Nomiyama, *et. al.*, 2021).

Dado o facto deste fenómeno ser relativamente recente e trazer novas consequências que eram anteriormente impensáveis, considerei pertinente tentar perceber de que forma afetou a gestão da Casa Vila Nova, assim como afetou os próprios utentes lá integrados. O próprio contexto de estágio foi várias vezes interrompido dadas as medidas que foram sendo implementadas no final de 2021. Neste capítulo serão exploradas, num primeiro momento, as dificuldades e constrangimentos que surgiram no lado dos técnicos e profissionais da Casa de Vila Nova, passando-se, de seguida, a uma breve análise relativamente aos utentes.

Desta forma, quando questionados perante as principais dificuldades trazidas pela pandemia, as respostas foram ligeiramente variadas. Se, por um lado, os técnicos referem que a grande dificuldade passou por questões financeiras e gestão de recursos humanos, outros apontam o isolamento dos utentes e a reorganização do funcionamento da Casa como os maiores desafios. Os E5 e E6 apontam precisamente isso:

“(...) Nós trabalhamos com pessoas, deveríamos tê-las perto de nós, e a nossa intervenção só é eficaz quando os vemos várias vezes, quando eles vão lá várias vezes e ainda assim... Quem trabalha nesta área sabe o quão errantes eles são e desaparecem e quando deste lado da estrutura é que se diz que eles vão ter de “desaparecer”, salvo a expressão, fica tudo muito complicado. Portanto, eles sentem que foram afastados, os períodos para se dirigirem à Casa eram muito curtos, tinha de ser feito tudo com muitas regras, as quais são difíceis de fazer cumprir com estes utentes, eles já perderam algumas das regras principais, quanto mais regras novas de estar em sociedade, tudo isso foi muito complicado (...) Mas principalmente para quem estava de fora, para quem vinha às estruturas diariamente e passou a ter de fazer uma visita rápida de manhã para vir buscar o que precisa e vai embora, enfim, a ironia está no toda a sociedade dizer “fiquem em casa” e estas pessoas não têm casa (...)” (Entrevistado 5)

“ (...) A nível da gestão, em si, foi muito complicado: as equipas já são pequenas, a maior parte do pessoal ficou ou a dar apoio aos filhos ou ficaram em isolamento (...) metade das equipas ficaram em teletrabalho (...), mas a dada altura, quando nos demos conta, continuamos a ter 200 utentes à espera de uma resposta e passas a ter 2 ou 3 técnicos numa Casa com o portão fechado, em que os utentes ficam, literalmente, da parte de fora e só entram para vir à enfermeira e saem novamente. Isto para uma Casa que juntava 100 pessoas cá dentro durante a tarde, a jogar cartas, em atividades, em consulta. Isto foi uma chapada, quer para os técnicos, quer para os utentes. De repente, não tinham para onde ir, não tinham onde permanecer, muitos deles a viver em casa abandonadas e na rua, deixaram de ter modos de subsistência, não tinham a quem pedir moeda, as pessoas não estavam na rua... O próprio tráfico diminui, houve uma mudança de paradigma a nível do tráfico também e de repente tudo muda: nem para comer tu tens o sítio onde costumavas ir há anos (...)” (Entrevistado 6)

O aumento do trabalho, por parte dos técnicos, foi notório. O E7 esclarece que os utentes integrados em Centro de Alojamento Temporário precisaram de muito mais apoio, não sendo possível prestar este tipo de apoio a utentes externos. Da mesma forma, os técnicos começaram a responsabilizar-se por muitas outras funções:

“Olha, o excesso de trabalho, o aumento de trabalho para nós técnicos. Porquê? Porque os utentes não podiam ir a lado nenhum sozinhos, tínhamos de fazer o transporte e acompanhamento, tínhamos de os aguentar dentro da instituição, a questão de não conseguir dar tanto apoio aos que são externos, ou seja, os que são de Gabinete de Apoio porque só podiam estar cá um período muito curto de tempo. Eu acho que acima de tudo foi isso, o aumento de trabalho e a preocupação com os utentes que eram externos (...) Tivemos que nos ajustar, tivemos que nos dobrar e desdobrar (risos). Eu, que era assistente social, passei a acompanhar utentes, fazer transportes, o que fosse preciso. É para fazer? Tem que se fazer. É preciso servir? Vamos servir. É preciso dar medicação? Eu vou dar medicação. É preciso dar transporte? Sim, eu vou fazer transporte. Tivemos que nos desenrascar assim.” (Entrevistado 7)

Por sua vez, o E8, como coordenador, explica que a questão de manter dezassete utentes fechados, durante meses, foi um autêntico desafio. Da mesma forma, aponta o aumento de despesas como outro fator a se ter em conta durante este período:

“As principais dificuldades foram a gestão de recursos humanos, essencialmente. No nosso caso, foi a gestão do Centro de Alojamento, manter 17 pessoas fechadas, aqui dentro, durante vários meses. E mais uma vez, também as questões financeiras, porque uma vez que isto implicou um

“introduzir” no orçamento diário um conjunto de coisas novas, nomeadamente as máscaras, o álcool gel, as batas e, portanto, foi complicado.” (Entrevistado 8)

Tal e como a E6 e E7 referiram de forma breve, surgiram alterações substanciais na forma em como se geria a Casa, havendo uma rápida adaptação às novas condições pandémicas, tendo a equipa de se articular para conseguir cumprir com tudo:

“Tentou-se, apesar de termos de cumprir com os afastamentos e protocolos da COVID, ter sempre a casa aberta, pelo menos uma vez por dia: todos os dias haveria um momento de os receber e de abertura. Inventaram-se formas logísticas de entregar alimentação porque nós temos serviço de cantina e ele foi todo transformado em takeaway, uma originalidade que veio com a pandemia. Pelo menos estas necessidades básicas ficaram asseguradas diariamente. Criaram-se, também, horários para tentar continuar com os serviços aptos, como os banhos, higiene, os atendimentos eram marcados, mas continuaram a acontecer. As consultas, por sua vez, já não dependiam tanto de nós porque o Sistema Nacional de Saúde estava bastante fechado pela COVID, como toda a gente sabe, e muita coisa foi adiada, mas tentamos dar, depois, seguimento. Portanto, um trabalho árduo dentro das condições que nos deram, tentamos adaptar-nos e acho que foi um esforço muito válido da equipa nessa altura.” (Entrevistado 5)

Tal e como seria de esperar, um período marcado por tantas alterações a nível societal, acaba por trazer, inevitavelmente, um sentimento de “antes e depois”. Portanto, considerou-se pertinente questionar os técnicos se sentiram alterações no período pós-pandemia, sendo que todos estão de acordo, referindo que sentem alterações, mas que ainda é cedo para avaliar a que níveis:

“Sinto que houve alterações e acho que ter-se-ia de refletir sobre eles, porque acho que ninguém teve muito tempo para refletir o que mudou. Esse é o trabalho de reflexão e autocrítica que acho que falta fazer nas equipas e penso que não será só na Norte Vida, porque muita coisa mudou e acho que já não se volta ao ponto onde se estava. Mudou tudo tanto, que nós já estamos noutro sítio que já não é o início. Essa é uma reflexão que ainda precisa de ser feita e considero que sim, mudou muita coisa.” (Entrevistado 5)

“(…) Há coisas que ainda não conseguimos avaliar, é certo que a pandemia teve um grande impacto nos utentes, mas também teve um grande impacto nos técnicos; isso é indiscutível, ainda que não se perceba muito bem como, daquilo que vamos falando em equipa e em reunião há, sem dúvida, uma mudança a vários níveis.” (Entrevistado 6)

Finalmente, tentou-se perceber, do ponto de vista dos técnicos, se houve uma adesão, por parte dos utentes, às novas regras de higienização e prevenção. As respostas foram bastante semelhantes, demonstrando que, apesar de alguma resistência por parte de alguns utentes, a adesão foi bastante positiva:

“Ao contrário do que seria expectável, eu considero que os nossos utentes reagiram extremamente bem. Inicialmente quase que parecia a entrada na tropa, vinham de máscara, desinfetavam as mãos, lá poderia haver um ou outro que oferecia resistência, mas, no geral, foi muito pacífico, a dada altura pareciam os polícias uns dos outros. Essa parte foi a que menos custou, ao contrário do que seria expectável. Eu acho que nós, às vezes, achamos que os utentes têm mais limitações do que aquelas que eles têm na realidade e, felizmente, as limitações, se é assim que se podem chamar, são de outro nível e não deste nível tão básico como às vezes pintamos (...)” (Entrevistado 6)

A perspetiva dos utentes perante a problemática da pandemia é, também, um ponto interessante para se analisar, nomeadamente para se compreender quais os grandes desafios e adversidades enfrentados por estes. Assim, foram questionados, de forma breve, relativamente aos seus consumos durante o período de confinamento. Se por um lado temos utentes que referem que diminuíram muito os seus consumos devido aos constrangimentos trazidos pela pandemia, outros explicam que os seus consumos aumentaram:

“Sinto que antes da pandemia eu não consumia tanto. Com a pandemia, não sei, uma pessoa está mais fechada, comprava em grandes quantidades e ia para algum sítio consumir. Já que não podíamos andar em cafés e assim. O dinheiro, no entanto, tornou-se mais complicado de arranjar.” (Entrevistado 1)

Esta situação foi explicada, anteriormente, pelo E5, quem refere que o tráfico diminuiu de forma substancial e os métodos para adquirir fundos por parte dos utentes foram muito dificultados. Mas, por outro lado, temos utentes que referem ter ficado mais isolados em casa e, por consequência, deixaram de adquirir substâncias:

“Para melhor, deixei de consumir tanto por passar tanto tempo em casa.” (Entrevistado 2)

“(...) Houve aí uma fase que houve muita tuberculose, aí há uns anos atrás, antes da pandemia até. O COVID-19 foi a seguir à tuberculose e aí resguardei-me um bocado. Nunca tive doenças, nem HIV, só tive o IRS (risos). Foi a hepatite, agora já não tenho. Houve uma altura que os meus

consumos aumentaram, tive 7 caixões seguidos..., mas não quero falar nisso. (...) Olha que estive um mês dentro, aqui, sem consumir. Estava com COVID, como pode ver posso estar um mês sem consumir (...)” (Entrevistado 4)

Tal como se veio a verificar ao longo do relatório de estágio, indivíduos com problemas relacionados ao abuso de substâncias e que procuram este tipo de instituições e associação não se dirigem apenas a estas para interromper o consumo de drogas, mas também para reduzi-los, minimizar danos, receber atenção e cuidados tanto a nível psicológico como a nível de saúde, construir laços sociais, desenvolver autonomia, entre outros. Assim, e segundo Nomiyama, *et. al.* (2021, p. 159) “Tempos de crise como o que vivemos, especialmente pelo distanciamento social, acabam sendo o gatilho para a recaída do uso de substâncias ou agravam o aparecimento de outros sintomas psíquicos como humor deprimido e ansiedade, que também podem ser o desencadeante do consumo.”

4.7. Representações pessoais perante toxicodependências

Por fim, neste último capítulo de análise, analisam-se algumas representações e opiniões, de carácter mais pessoal, perante algumas problemáticas comuns nesta área, assim como perspectivas para o futuro, tanto da parte dos técnicos como dos próprios utentes. Assim, num primeiro momento, analisam-se as perspectivas dos técnicos, passando de seguida para os utentes.

4.7.1. Representações dos técnicos

Tendo em conta que a problemática das toxicodependências é um tema controverso, questionou-se aos técnicos qual era a reação das pessoas do círculo familiar, ou até de amigos, ao saberem que trabalham com estas populações de risco. As respostas foram semelhantes por parte de todos os entrevistados, à exceção do E8, que explica que a família trabalha também nesta área, pelo que é completamente normal. No caso dos outros entrevistados, a situação já é diferente:

“Há um misto de certa excitação com choque: por um lado é uma área que tende a chocar, pela dimensão da saúde e degradação social em que estas pessoas se encontram, mas que é esse

mesmo choque que tem potencialidade para criar esse sentimento de excitação. Há também, por vezes, uma reação que é uma espécie de «preconceito invertido», onde há algum fascínio pela desgraça e por este mundo, o que acho que está ligado com uma cultura «Hollywoodesca», o que na prática não tem nada de verdadeiro, mas que imagino que entre no imaginário das pessoas e há, portanto, umas conceções um pouco fantasiosas acerca da área, mas diria que a maioria se sente atraída pelo assunto, seja pela repulsa ou pelo fascínio. Há sempre uma atração ou repulsão, mas o assunto nunca fica indiferente.” (Entrevistado 5)

“«Ui ainda vens de lá com uma doença». Isto é o comentário que eu mais ouço. Depois é o «Gabo-te a coragem», comentários destes é o que eu ouço. É muito difícil porque às vezes o meu marido vem cá e não entra, faz-lhe confusão, não consegue entrar. É normal, porque a realidade que vivemos aqui, a realidade que vivemos na rua, é efetivamente uma realidade à parte, e para quem está de fora é muito difícil compreender as primeiras vezes, é um choque. Estamos a falar de pessoas que vivem em condições deploráveis, pessoas que por vezes parecem «farrapos humanos», e a visão que as pessoas têm é de, ao mesmo tempo, «Ok, eles são uma doença, um lixo», e depois há a visão mais cristianizada do «Vamos ter compaixão, coitados» (...).” (Entrevistado 7)

Ainda dentro desta problemática dos estereótipos e estigmatização, questionou-se aos técnicos qual é a sua perceção, relativamente ao impacto que este tipo de atuação tem na comunidade em geral. As respostas foram diversificadas, havendo quem considere que o trabalho é bem aceite, enquanto outros não concordam com esta perspetiva. É, então, explicado que uma parte da população considera este tipo de trabalho fulcral e importante, enquanto outra parte não compreende este tipo de intervenções. O E6 considera que o trabalho é aceite havendo, no entanto, pequenos nichos que não compreendem este fenómeno:

“Eu acho que, de forma geral, o nosso trabalho é bem aceite. Mais compreendido ou menos incompreendido, quer seja por aquela vertente do «Ok, é um trabalho que é necessário, é um trabalho que tem de ser feito à semelhança de qualquer outra especialidade, seja clínica ou social», quer seja por aquela parte do assistencialismo «Coitadinhos, alguém tem de tratar destes pobrezinhos». Portanto, acaba por ser, de forma geral, bem aceite, quer seja pelos motivos corretos ou não, acaba por ser bem aceite. Depois há aquele nicho de população que encara o nosso trabalho, não é que mal-aceite, mas não compreende o fenómeno na sua essência. Acham que por estarmos no terreno, aquelas pessoas vão continuar a consumir porque nós vamos lá levar seringas, ou que vão continuar a consumir naquele espaço, ao pé da casa delas, porque a nossa carrinha para lá, pronto, isto depois já tem a ver com pequenos

nichos, e aí há alguma relutância à nossa presença e intervenção, mas se formos avaliar na globalidade penso que sim, que é bem aceite.” (Entrevistado 6)

Do outro lado da moeda temos a perspectiva do E7, que explica o porquê de considerar que este tipo de intervenção não é vista com bons olhos por parte da comunidade em geral:

“A população vê o nosso trabalho muito mal. Porquê? Primeiro, a nossa localização, aqui à volta, porque nós somos um gueto, porque metemos cá as pessoas e eles não querem cá as pessoas. «As pessoas não estão bem cá, têm é de ir para um manicómio, têm de se ir tratar, mas aqui no meio da cidade não». Isto falando nós, Casa de Vila Nova. Quando falamos de uma estrutura móvel, que se desloca, a questão é «Vocês vêm para aqui, eles não saem daqui! Vocês têm é de os levar para o Magalhães Lemos, para o cantinho que vocês têm, que eles lá é que estão bem.» A comunidade não nos vê com bons olhos porque não querem que as crianças olhem para isto, não querem que os idosos levem com isto, não querem que os jovens se misturem com os nossos utentes. É compreensível? Claro que é, ninguém vai querer ter o filho na escola, olhar para o lado e ter um consumidor a consumir ao lado, mas em algum lado eles têm de estar (...) Agora a população não olha para nós com bons olhos porque acha que nós perpetuamos estes comportamentos de risco que eles têm (...) Não existe uma perspectiva de tratamento, de perceber que existe um consumo e de perceber que a ressaca, se calhar, é pior do que a fome e vou ter de ir consumir para matar a ressaca. As pessoas não conseguem perceber que é uma questão médica, que é uma questão de saúde, uma questão de tratamento.” (Entrevistado 7)

Da mesma forma, considerou-se pertinente tentar entender o que representa o sucesso e fracasso numa área como esta, e ao nível de intervenção para com os utentes - é importante sublinhar que os técnicos estão muito de acordo no que a isto se refere. É explicado que, nesta área e ao contrário do que se pensa, a interrupção de consumos não é, propriamente, um sucesso. Há toda uma gestão de expectativas e adequação destas à necessidade de cada utente:

“Olha, o sucesso é muito relativo porque quando nós olhamos para estas populações, as pessoas acham que o sucesso é quando o utente deixa de consumir. Claro que isso seria o objetivo lá no fundo, mas não, para mim o sucesso não é encarado como a abstinência total. Se ela vier, por acréscimo, ótimo, mas para mim o sucesso é que estas pessoas, que estão ainda integradas em programa de Redução de Riscos e que vivem nesta exclusão total, de tudo, enfim, quero que eles tenham uma melhor qualidade vida, menor isolamento social ou menor

problema psiquiátrico associado devido a viver tantos anos a viverem nesta condição, que tenham um prato de sopa, um sítio onde dormir – que é uma dificuldade imensa nesta área, que é a falta de habitação para estas pessoas, é eles terem um casaco seco num dia que está a chover. São pequenos sucessos, mas que permitem que estas pessoas sejam e que tenham, ainda, dignidade que merecem porque são pessoas. O sucesso nesta área, para mim, passa muito por isto, é conseguir que cumpram o tratamento, é conseguir curar uma doença, mas é tão importante como conseguir que ele coma um prato de sopa ou tome um banho. Portanto, o sucesso faz-se de muitas pequenas coisinhas para mim.” (Entrevistado 6)

Finalmente, para encerrar a análise das perspetivas dos técnicos, tentou-se perceber quais as expectativas de cada um deles face ao futuro da adição e toxicod dependência na cidade do Porto. As novas drogas sintéticas são uma das preocupações transversais a todos os técnicos, assim como o consumo por parte de jovens:

“(…) Acho que vamos ter utentes muito díspares, vamos ter os antigos heroinómanos e ainda consumidores de cocaína muito mais envelhecidos, com muito mais patologia associada, quer seja psiquiátrica, quer seja a componente orgânica. Vamos ter, ainda, estes novos jovens, com os novos comportamentos de adição, e com as novas substâncias de abuso, como estas novas drogas sintéticas que trarão um tipo de consumidor completamente diferente, possivelmente com muita mais patologia psiquiátrica associada, deterioração psicológica mais acentuada, portanto, o que serão estes consumos destas novas drogas sintéticas daqui a 10 anos ainda é um quadro muito vazio, ainda há pouco que se consiga avaliar e depois todos os comportamentos de adição de substâncias não-química (...)” (Entrevistado 6)

“(…) Estamos num ponto de mudança. É preocupante o consumo nas escolas, é preocupante a legalidade, digamos assim... O meu filho tem 16 anos foi à discoteca e apanhou uma bebedeira: «Oh pronto, tem 16 anos, não pode ser sempre mas faz parte do autoconhecimento.». O meu filho foi à discoteca e fumou haxixe, ou mandou um risco de cocaína: «Oh realmente, mas pronto, faz parte do conhecimento». Não, não faz. As crianças têm várias questões, e mesmo doença mental que pode ser despoletada com os consumos, não é uma brincadeira, não é o eu beber um copo de vinho a mais, sendo que o álcool também é muito preocupante.” (Entrevistado 7)

O E5, além de demonstrar estas preocupações, menciona ainda a questão da legalização das chamadas “drogas leves”, referindo que acarreta consequências que são ainda pouco discutidas:

“Eu acho que a cidade do Porto vai acompanhar o sentido global deste tipo de sociedades de consumo como a nossa, que é a sintetização, eu acho que nós estamos a chegar mais tarde, mas eventualmente vamos chegar como em outros sítios já se nota, numa maior sintetização e «laboratorização» das drogas, cada vez menos serão elas a «velha cocaína» (...) Por outro lado, há o caminho da legalização, da industrialização, da comercialização das substâncias ditas leves, normalmente nunca se aposta em drogas pesadas, mas para mim tem outras questões e traz outros problemas também. Eu entendo a legalização das substâncias, enfim, eu acho que qualquer droga poderia ser possuída por qualquer cidadão, no sentido natural da sua existência, não quimicamente alterada ou industrializada. Portanto, eu não acho que se deva caminhar no sentido só de dar, por exemplo, a canábis só ao privado para a vender, com licenças de Estado, o que se tornaria numa espécie de café legalizado, mas sou muito mais a favor de opções como em Espanha, onde se pode cultivar em casa. (...) Por exemplo, a Holanda já começa a recuar porque apercebeu-se que aquilo acaba por ser turismo da droga, desvirtuou completamente as intenções que talvez fossem as melhores, mas é quase um cartel juridicamente validado.”

(Entrevistado 5)

4.7.2. Representações dos utentes

Passando, agora, às perspetivas dos utentes, começou-se por tentar perceber se já tentaram interromper o consumo de substâncias em algum momento das suas vidas. Conclui-se, portanto, que todos os entrevistados já tentaram interromper o consumo de estupefacientes, no entanto nenhum conseguiu. Os motivos pelos quais não conseguiram são variados, estando fortemente relacionados com experiências de vida:

“Às vezes são as companhias, outra vezes é o que a gente passa na vida... Eu já estive muito bem na vida, com o falecido pai da minha filha, estávamos em Espanha, tínhamos um bar, vivíamos bem. Pronto, depois ele morreu, enterrei-me outra vez, e pronto, coisas da vida (...)”

(Entrevistado 1)

“Não consegui porque não estava preparada. Tenho de estar mesmo preparada, tem de ser vontade minha. A saúde nunca me permitiu ter forças, mas já reduzi muito! Antes consumia muito e agora só consumo uma passa e só se tiver. Hoje ainda não consumi! Tenho aqui no bolso 5 euros, mas...” **(Entrevistado 2)**

Por sua vez, quando questionados se, apesar de não terem conseguindo previamente, pretendem voltar a tentar interromper os consumos, as respostas são diversificadas. Verifica-se, portanto, que os entrevistados mais envelhecidos não

pretendem interromper os consumos, tendo já aceiteado que estes fazem parte das suas vidas, enquanto os entrevistados menos envelhecidos, por outro lado, pretendem interrompê-los. Assim, o E1 e o E2, com 43 e 41 anos, partilham um objetivo semelhante, relativamente à interrupção dos consumos:

“Pretendo, sim, eu estou a tentar.” **(Entrevistado 1)**

“Pretendo! Não quero é engordar muito! Não quero ficar mais gorda, fogo. Só interrompi um mês e engordei logo...” **(Entrevistado 2)**

Os E3 e E4, com 59 e 61 anos respetivamente, ao contrário dos entrevistados anteriores e tal como mencionado, não se imaginam a interromper os consumos:

“É assim, aos anos que tenho de consumo pá, e às fases de vida que eu já passei, momentos altos e momentos baixos... Que eu esteja enganado, pelo meu bem, mas eu não vejo a radicalizar os meus consumos. Eu vejo-me a controlá-los. Se eu não me vejo dependente porque é que eu vou consumir, se eu não dependo delas? É porque não deixo de gostar disso. Agora, já é bom eu ter ganho essas vantagens, portanto, da abstinência, de ser eu a mandar nelas, mas ainda continuo nessa guerra. Queria chegar ao ponto de ganhar essa guerra e, nunca é tarde e nada é impossível, mas pronto. Isto é meu e é sentido. Se não fosse não estava aqui a dizer. Eu tenho os meus princípios e são muito rígidos comigo nesse aspeto.” **(Entrevistado 3)**

“Não sei, eu penso que morrerei com isto. Se calhar já é o vício do caneco também, se calhar também é um bocado isso. É como o cigarro, está a perceber, como o vício do tabaco.” **(Entrevistado 4)**

Tentou-se perceber, ainda, o que é que poderia ser feito para diminuir o consumo generalizado de drogas, aos olhos de pessoas tão integradas neste mundo. A resposta recaiu, por parte de quase todos os entrevistados, na construção de uma sala de chuto. A primeira sala de consumo assistido foi criada em Berna, na Suíça, em 1986, tendo sido expandidas um pouco por toda a Europa ao longo dos anos seguintes. Neste momento, existem cerca de 90 salas de consumo assistido em todo o mundo, sendo a sua eficácia fortemente documentada. Constata-se, portanto, que este tipo de apoio permitiu melhorar as condições de higiene e proporcionar um consumo mais seguro a estas populações de forte vulnerabilidade social - é demonstrado que a utilização de salas de consumo assistido está associada a uma forte diminuição dos comportamentos de risco, tais como a partilha de seringas, reduzindo,

consequentemente, comportamentos que podem aumentar o risco de transmissão do HIV ou hepatite C. A utilização destas instalações está associada, ainda, a uma maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e toxicod dependência, nomeadamente o tratamento de substituição de opiáceos (OEDT, 2018, cit. por Gomes, 2020). Os entrevistados não ficam, assim, indiferentes a este tipo de medidas:

“Legalizar, legalizem tudo (risos). Não, mas casas de chuto para as pessoas não consumirem na rua, em qualquer lado, porque não é higiénico. Casas abandonadas, é bicharada, é ratazanas e pronto... Uma casa de chuto e espaços para a gente consumir e encontrar uma medicação contra a cocaína, equivalente à metadona, que não existe.” (Entrevistado 1)

“Já se houve falar muito nisso, mas as salas de chuto. Aos anos que ouço falar nisso, há mais de 20 anos. Supostamente vão fazer uma nova para setembro deste ano, mas vamos lá ver o resultado. A nível de prevenção, consumo assistido, mais limpo, menos doenças. Acho que era diferente, abre outras perspetivas aos consumidores, acho que sim.” (Entrevistado 4)

É, todavia, interessante sublinhar que, ao contrário dos demais entrevistados, o E2 apresenta uma visão muito crítica relativamente à questão das salas de chuto:

“Não acho que possa ser feito nada, na verdade. Salas de chuto, que tanto se falam, só vão prejudicar, não vão ajudar. Para mim é assim. Noutros países maiores, que têm salas de chuto e tudo, não diminuiu! Aumentou ou tem uma taxa enorme de consumo escondido! Agora para diminuir os consumos, não faço ideia. Deixar de haver droga boa, tudo merda! Se for tudo merda, ninguém compra! Eu deixei a heroína numa altura em que não havia nada de jeito, não valia a pena gastar o dinheiro.” (Entrevistado 2)

Foi-lhes pedido aos entrevistados, também, um conselho para alguém que esteja a iniciar a sua vida no “mundo das drogas”. As respostas foram muito próximas, passando sempre pela questão de nem sequer começar a consumir e, ainda, não contar com ninguém neste “mundo”:

“Esquecer, isso não é vida para ninguém. Quem me dera a mim nunca ter começado e já lá vão 30 anos e estraguei a minha vida toda. Salve-se quem puder, como puder e como sabem. Mas isto não é vida para ninguém.” (Entrevistado 1)

“Para não se iludirem, para não pensar que controla a droga, porque a droga é que o controla a ele. Não pensar “Ah, quando quiser eu deixo”, não, não é assim. Mais vale ter noção, desde

cedo, que a droga é que o vai controlar. É o que eu acho, gostava que me tivessem dito isso.”
(Entrevistado 2)

Por último, e para terminar este capítulo, analisou-se quais as perspetivas futuras de cada entrevistado. No geral, os utentes demonstram-se ambiciosos e motivados, tendo como objetivos casar, arranjar trabalho, arranjar uma casa, reconciliar com a família, entre outros:

“Eu? Vejo-me com o meu trabalho, a minha casa, o meu carrinho. Uma vida normal é o que quero.” **(Entrevistado 1)**

“Eu queria casar, se houver um maluco que case comigo (risos). É verdade, ainda com 40 ainda sonho em casar! De resto já não vou conseguir ter o trabalho que quero, nada disso, só se ganhasse o Euromilhões e abrisse um atelier. Só gostava de voltar para casa, para o Algarve, junto do meu pai e do meu irmão, antes que um deles bata as botas e eu não esteja lá...”
(Entrevistado 2)

“Pá, é assim. Atendendo à idade que tenho, eu sei que estou próximo da reforma, mas eu não quero ser reformado. Quero viver a minha vida com vida, pá. Enquanto eu conseguir e estiver como estou, tanto física como mentalmente, quero aproveitar o meu bom momento. (...) vou iniciar um curso de formação, vou ter uma chance de poder encaixar num trabalhinho que é relativamente bom e adequado à minha idade também, a nível de esforço, porque é nas bombas de gasolina, na BP. Amanhã se verá, o futuro não consigo prevêê-lo. Agora que eu estou com a pica toda, estou. Estou muito motivado, com ansiedade inclusive de estar lá, mas seguro, com os pés bem assentes no chão. Porque eu sei o que é cair, e sei que cair é fácil, levantar nem tanto. Para cair é de um momento para o outro, mas para levantar demora anos. (...)”
(Entrevistado 3)

O E4, ao contrário dos demais, não apresenta nenhuma perspetiva futura, demonstrando-se, no entanto, feliz por ter encontrado alguém com quem partilhar a sua vida:

“Deus dirá. Estou incapacitado, 60%, deram-me invalidez. Não sei, não tenho nenhum objetivo, Deus dirá. Tenho aqui uma grande amiga, que me apareceu, um anjo e é a única pessoa com quem falo mais e ela comigo (...) não tenho problemas em dizer nada. De resto, está tudo bem.”
(Entrevistado 4)

Considerações finais

A problemática do consumo de droga, tal como se veio a expor ao longo do presente relatório de estágio, apresenta-se como um fenómeno complexo, atingindo diversas camadas da população. Fernandes (2009, p. 13) explica que “a droga (...) entrou na normalidade. Tal como a insegurança urbana, tal como a criminalidade. São todas elas elementos constitutivos da sociedade do risco, em que a ameaça é reconceptualizada como algo que habita connosco.”. Chegou-se, inclusive, ao ponto de o planeamento das cidades ter este fenómeno em conta no processo do seu desenho, gerando zonas de condomínio fechado e levando a cabo operações de renovação urbana em certas áreas problemáticas.

É explicado por Fernandes (2009, p.13) que a “quotidianidade apaga os mitos”. É certo, portanto, que enquanto os discursos do proibicionismo internacional iam reafirmando a teoria, a vida do cidadão comum ia assimilando o fenómeno da droga ao seu quotidiano. Esta assimilação deu-se, no entanto, à custa de um forte conflito: rusgas policiais, confrontos entre vendedores e forças policiais, mortes por *overdose*, entre muitas outras. No presente, não se trata de erradicar este conflito, mas, antes, gerir as suas manifestações, através do que se chamaria de “gestão do conflito social”. É neste contexto que surgem as políticas de redução de danos e de riscos. Demonstrou-se com fundamental o processo de dar um espaço de voz aos envolvidos, o que acaba por provocar uma reviravolta muito grande no que a este fenómeno se refere (Fernandes, 2009).

É num contexto semelhante que se dá o estágio - a base para a maior parte de projetos de intervenção direta, tal como vimos ao longo das entrevistas, é a Redução de Riscos e Minimização de Danos. Assim, através da oportunidade de integrar uma associação que se pauta por estas políticas, conseguiu-se examinar, de forma bastante descritiva, analítica e próxima, algumas das vivências do fenómeno do “mundo das drogas”. Houve, no entanto, certas limitações que impediram que esta temática fosse mais aprofundada. Uma destas limitações passou, evidentemente, pela ausência de determinados recursos, nomeadamente a questão de posse de tempo e dos próprios recursos humanos, o que não permitiu uma exploração de certos tópicos que eu

consideraria pertinentes a analisar, caso tivesse margem para tal – a estrutura do relatório de estágio é, inclusive, condicionante neste sentido. Por outro lado, o facto de o estudo apresentar uma abordagem qualitativa traz, também, as suas limitações: não permite fazer generalizações no que toca às conclusões obtidas, uma vez que este tipo de investigações valorizam a profundidade do conhecimento adquirido, não permitindo, portanto, a generalização das conclusões obtidas. Da mesma forma, o contexto pandémico foi uma outra limitação importante, chegando o período de estágio a ser interrompido diversas vezes.

A temática em estudo já foi abordada intensivamente ao longo dos últimos anos por diversos autores, o que acaba por condicionar, de certa forma, a própria originalidade deste relatório. No entanto, através das entrevistas não só aos utentes como também aos próprios profissionais, cruzando em certos pontos as duas, foi possível obter uma perspetiva mais alargada deste fenómeno. As entrevistas aos utentes foram desafiantes, devido a diversos fatores previamente explorados, mas extremamente esclarecedoras. Foi, ainda, interessante analisar este fenómeno tendo em conta o contexto pandémico, apresentando, uma análise que é, ainda, pouco explorada na bibliografia, dada a novidade deste fenómeno.

Desta forma, e a partir dos testemunhos dos entrevistados, conseguiu-se entender muito dos percursos que marcaram a vida dos consumidores. Antes do início dos consumos, verificou-se que todos os entrevistados já tinham contacto com tabaco, sendo que começaram a fumar em períodos muito precoces das suas vidas – certos entrevistados nem adolescentes eram. Por sua vez, no que toca ao consumo de substância psicoativas, os utentes iniciaram-nos durante a adolescência, num período em que se encontram a formar as suas identidades, sendo facilmente influenciáveis e impressionáveis. Os percursos relativos às substâncias em si confirmam, exatamente, o que a bibliografia nos tem vindo a documentar – todos iniciam os seus consumos e experimentação nas drogas leves, passando, sucessivamente, para as drogas mais duras. A falta de um contexto familiar coeso e a curiosidade são os dois motivos mais apontados para o porquê de terem iniciado os seus consumos.

Os técnicos entrevistados explicam que, neste momento, nos encontramos

numa fase de mudança: há uma forte redução do consumo de heroína e um aumento do consumo de cocaína. Da mesma forma, alertam para o surgimento das novas drogas sintéticas, das quais ainda se sabe muito pouco em termos de repercussões, e para o consumo, mais comum, por parte de camadas mais jovens. É aceite que houve uma evolução face ao que se presenciava na década de 1990 e início dos 2000, especialmente devido aos programas de substituição opiácea e de troca de seringas, o que trouxe grandes alterações no que aos números de consumidores e de utentes que contraem doença infecciosa diz respeito. A questão dos estereótipos e do estigma, no entanto, ainda apresenta um trabalho a ser feito – existe uma maior aceitação e sensibilização face ao que se assistia há algumas décadas, mas é certo que a discriminação e estigmatização se encontra, ainda, muito presente, em diversas esferas da sociedade.

Voltando à questão da Redução de Riscos e Minimização de Danos, é observável que, embora se concorde que estas políticas são o caminho a seguir, as mesmas se encontram desatualizadas: há um desfasamento entre a teoria e a prática, sendo mencionado, inclusive, que o próprio *kit* se encontra desatualizado – está muito voltado para o consumidor heroínómano, quando, nos dias que correm, há maior prevalência de consumo de cocaína. Este é o primeiro entrave à intervenção apontado pelos técnicos, havendo outro entrave muito significativo: o baixo financiamento deste tipo de associações.

Tendo em conta as alterações que se observaram na nossa sociedade devido à pandemia causada pelo novo corona-vírus, o SARS-Cov-2, considerou-se pertinente fazer uma análise face às mudanças sentidas tanto pelos utentes como pelos próprios técnicos. Desta forma, os técnicos explicam que as dificuldades passaram, sobretudo, pela questão da reorganização do funcionamento da Casa de Vila Nova, do isolamento dos utentes, da gestão dos recursos humanos e, novamente, a questão do financiamento, uma vez que surgiram novas despesas associadas a esta etapa. Houve um forte aumento do trabalho por parte dos técnicos, tendo estes de se responsabilizar por novas funções. Do mesmo modo, foi necessário prestar mais apoio aos utentes integrados em Centro de Alojamento Temporário, não sendo possível

prestar este tipo de apoio, dadas as condições impostas aos utentes externos.

Por outro lado, os utentes também foram afetados por estas condições: há uma diminuição do tráfico, os meios de subsistência são completamente abalados e, face à situação de sem abrigo de muitos deles, acabam por ficar numa maior situação de desproteção social. Os utentes entrevistados, por sua vez, explicam que os seus consumos foram afetados, apresentando duas perspetivas: temos, por um lado, utentes que diminuem os consumos devido aos constrangimentos previamente mencionados, enquanto outros passam a consumir mais, tendo em conta a quantidade de tempo que passam isolados.

Numa fase mais final, tentou-se perceber, através da perspetiva destes, o que poderia ser feito para reduzir o consumo generalizado de substâncias psicoativas. É, então, apontado por praticamente todos a questão da instalação de uma sala de consumo assistido. É relevante apontar, ainda, que quando questionados se pretendem, em algum momento das suas vidas, interromper o consumo de substâncias, verificou-se uma tendência interessante: os utentes mais envelhecidos não apresentam intenções de deixar de consumir, enquanto os utentes com idade mais reduzida, por outro lado, pretendem reduzir e até interromper os consumos.

Finalmente, os técnicos voltam a frisar que nos encontramos numa mudança de paradigma no que à toxicodependência na cidade se refere, sendo a introdução das novas drogas sintéticas uma preocupação transversal a todos. É, também, trazida à discussão a questão da possível legalização das ditas drogas leves, sendo referido que esta questão pode trazer novas consequências, das quais ainda se sabe muito pouco.

Referências Bibliográficas

Almeida, L.F., & Pinto, J.M. (1975). *Teoria e investigação empírica nas ciências sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Alves, M. (2009). *A Toxicodependência como Processos Sociais*. (Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. Consultado a 20 de set. de 2021. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10737>

Becker, H. (2009). *Outsiders: Estudos de Sociologia do Desvio*. (2ª ed.). Jorge Zahar.

Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In J. Richardson, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (Ed.) (pp. 241-258). Greenwood Press.

Capucha, L. (1998). Pobreza, exclusão social e marginalidade. In J.M. Viegas, & A.F. Costa (Orgs.), *Portugal, que Modernidade?* (pp. 209-242). Celta Editora.

Centro Cultural e de Congressos das Caldas da Rainha (2009). Congresso Nacional do IDT, I.P.: 28 e 29 de maio. *Dependências, S/V.(s/n.)*, 2-46. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: https://www.dependencias.pt/ficheiros/noticias/1316006620dependencias_abril2009.pdf

CIES/CESO I&D (1998). *Grupos Sociais Desfavorecidos Face ao Emprego - tipologia e quadro básico de medidas recomendáveis*. Lisboa.

Costa, A. F. (1984). Conceito de Pobreza. *Estudos de Economia*, 4(1), 275-295. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/9738>

Cresswell, J. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. SAGE.

Decreto-lei nº 119/83 de 25 de fevereiro (1983). *Diário da República n.º 46/1983 - Série I de 1983-02-25*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/119-1983-311401>

Diogo, F., Castro, A., & Perista, P. (2016). *Pobreza e Exclusão Social em Portugal – Contextos, Transformações e Estudos*. Húmus.

Escohotado, A. (2004). *Historia general de las drogas*. Editorial Espasa Calpe.

Escohotado, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama.

Esteves, A. J. (1998). Metodologias Qualitativas: Perspectivas Gerais. In A. Esteves, & J. Azevedo (Eds.). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais* (pp. 2–8). Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Fernandes, L. (1998). *O Sítio das Drogas* (1ª ed.). Editorial Notícias.

Fernandes, L. (2006). O medo à cidade. *Actas do encontro de intervenção social: saberes e contextos, S/V.(s/n.)*, 98-110. Consultado a 20 de set. de 2021. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/63245>

Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Revista Toxicodependências*, 15(1): pp. 3-18. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: <https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD Artigos/Attachments/455/Toxico N1 2009 1.pdf>

Fernandes, L. (2011). Do estereótipo à visão fenomenológica: análises sobre o “agarrado”. *Revista Toxicodependências*, 17(1): pp. 17-31. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/520/artigo2_Toxico1_2011.pdf

Fernandes, L., & Araújo, T. (2010). *A vida do andamento: para uma caracterização dos consumidores problemáticos de drogas em Guimarães*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/57499>

Gavino, H. A. (2014) *O papel das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSS) na economia social: o caso do concelho de Peniche*. (Dissertação de Mestrado não editada, Instituto Politécnico de Santarém). Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/919/1/HeliaAlexandraNunesGavino_Mestrado_GOES_2014.pdf

Goffman, E. (2004). *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Sabotagem.

Gomes, D. (2020). *Sala de Consumo Assistido: O que dizem os profissionais?* (Projeto de Graduação, Universidade Fernando Pessoa). Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9139/1/PG_37040.pdf

Henriques, T. (2013). *Toxicodependência: O caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris*. (Relatório de Estágio, Universidade de Coimbra). Repositório Científico da Universidade de Coimbra. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/24892>

Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. *Law & Social Inquiry: Journal of the American Bar Foundation*, (40)3, 746–781. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: [https://www.law.berkeley.edu/files/Laqueur %282014%29 - Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal - LSI.pdf](https://www.law.berkeley.edu/files/Laqueur%202014%29%20Uses%20and%20Abuses%20of%20Drug%20Decriminalization%20in%20Portugal%20-%20LSI.pdf)

Machada, C., & Manita, C. (1999). Percepções e figuras do medo na cidade do Porto: 2.º inquérito sobre insegurança urbana. In *Insegurança Urbana na Cidade do Porto: Estudos Interdisciplinares*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

MacRae, E. (2007, outubro 31, novembro 1-3). *Aspetos socioculturais do uso de drogas e política de redução de danos* [Publicação escrita]. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro. Brasil. <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/publicacoes/aspectos-socioculturais-do-uso-de-drogas-e-politicas-de-reducao-de-danos>

Martins, R.M.L. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, ciência e tecnologia: Revista do ISPV*, 1(32), 126-140. Consultado a de set. de 2022. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8398>

Martins, V. (2013). A política de descriminalização de drogas em Portugal. *Serv. Soc. Soc.* 114(s/n.), 332-346. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000200007>

Morais, M., & Paixão, R. (2020). Significados e vivências em torno da adição de substâncias. Teoria fundamentada nos dados. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34(s/n.), 1-11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35002>

Muisener, P. (1994). *Understanding and treating adolescent substance abuse*. SAGE.

Nomiyama, S., da Cunha, M. C. I., Jaekel, L. G. C., dos Santos, C. G. F., Garlet, Q., Ferreira, S., Senna, F. C., Soares, M. C. F., & Muccillo-Baisch, A. L. (2021). Atendimento ambulatorial para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas: desafios em tempos de pandemia da Covid-19. *VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde*, 33(3), 155-160. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v33i3.13128>

Norte Vida – Associação para a Promoção da Saúde (2022). *NORTE VIDA – ASSOCIAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE*. Porto. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <https://www.nortevida.org/>

Nunes, L., & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4(s/n.), 230-237. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/449>

Poiars, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Toxicoddependências*, 5(1), pp 3-12. Consultado a 13 de set. de 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicoddependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/293/artigo%201_1999.pdf

Portilho, A. E. (2019). *As IPSS e a Inclusão Social: a sua contribuição para a inclusão da população sénior: caso prático Associação Gerações*. (Relatório de Estágio de Mestrado não editado, Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/64563>

Rêgo, X., Oliveira, M. J., Lameira, C., & Cruz, O. S. (2021). 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges and the quest for human rights. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16(59), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00394-7>

Rios, B. (2020). *Pobreza, Exclusão Social e Rendimento Social de Inserção: as vozes das*

crianças e dos jovens. (Dissertação de Mestrado não editada, Instituto Superior de Serviço Social do Porto). Repositório Comum do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34418>

Rodrigues, E., Samagaio, F., Ferreira, H., Mendes, & M. Januário, S. (1999). A pobreza e a exclusão social: teorias conceitos e políticas sociais em Portugal. *Sociologia: Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 9(s/n.), 63–101. <http://hdl.handle.net/10216/8578>.

Santos, M. (1994). *A Observação Científica*. Universidade do Porto. Consultado em 21 de jul. de 2022. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54055/2/44387.pdf>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2016). *Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências dos Interventores*. Lisboa.

Silva, C. (2014). *Caracterização do perfil dos usuários que interromperam o acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)*. (Monografia de Conclusão de Componente Curricular não editada, Universidade Federal da Bahia). Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15127>

Silva, M. (2011). *Consumo de drogas: O impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos*. (Dissertação de Mestrado não editada, Universidade do Minho). Repositório da Universidade do Minho. Consultado a 21 de jul. de 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/16090>

Anexos

Guião de entrevista aos técnicos

Problemáticas	Dimensões	Questões
<p style="text-align: center;">Caracterização dos técnicos da Casa de Vila Nova</p>	<p style="text-align: center;">Dados sociodemográficos</p> <p style="text-align: center;">Experiência laboral</p>	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>Qual é o seu estado civil? Tem filhos?</p> <p>Qual é a sua formação?</p> <p>Há quantos anos integra esta associação?</p> <p>O que o levou a integrar esta associação?</p> <p>Quais as suas funções na Norte Vida?</p> <p>Quais os principais desafios e dificuldades decorrentes desta prática profissional?</p> <p>Para além das suas funções na Norte Vida, exerceu, ou exerce, mais alguma atividade profissional?</p>

<p style="text-align: center;">Adições e toxicodependências</p>	<p style="text-align: center;">Diagnóstico e representações relativamente a adições</p>	<p>O que representa, para si, a adição e toxicodependência?</p> <p>Qual é o diagnóstico que faz sobre a problemática das drogas na cidade do Porto?</p> <p>Sente que houve uma evolução, ou não, comparado com o que se presenciava na cidade ao longo da década de 90 e início dos anos 2000? De que forma?</p> <p>No que toca às perspetivas das populações perante as toxicodependências, o que tem a apontar? O que acha que as populações pensam hoje sobre a toxicodependência na cidade?</p> <p>Sente que os utentes percecionam e sentem os estereótipos das populações perante eles? Já presenciou algum destes momentos?</p>
--	---	--

	<p data-bbox="632 949 962 1028">Casa de Vila Nova e gestão dos utentes</p>	<p data-bbox="999 282 1355 412">Quais são os locais mais comuns de consumo na cidade do Porto?</p> <p data-bbox="999 490 1355 669">Constata que esses mesmos locais também são os escolhidos pelos utentes da Casa de Vila Nova?</p> <p data-bbox="999 748 1355 878">Quais são as principais políticas que existem para a sua área de atuação?</p> <p data-bbox="999 956 1355 1086">O que pensa sobre estas e o que acha que poderia ser melhorado?</p> <p data-bbox="999 1164 1355 1294">Qual é o maior desafio na gestão dos utentes da Casa de Vila Nova?</p> <p data-bbox="999 1373 1355 1458">Quais são as drogas de eleição dos utentes?</p> <p data-bbox="999 1536 1355 1666">Quais são os principais métodos de subsistência por parte destes?</p>
--	--	--

	<p>O contexto pandémico e desafios subjacentes</p>	<p>Quais foram as principais dificuldades trazidas pela pandemia?</p> <p>Como é que se adaptaram a estas novas condições?</p> <p>Sente que surgiram alterações neste período pós-pandemia? De que forma?</p> <p>Na sua perspetiva, qual foi a adesão dos utentes às novas regras de prevenção e higienização?</p>
		<p>Tendo em conta que a problemática das toxicodependências é um tema controverso, qual é a reação das pessoas do seu</p>

Guião de entrevista aos utentes

Problemáticas	Dimensões	Questões
<p>Caracterização dos utentes da Casa de Vila Nova</p>	<p>Características sociodemográficas</p>	<p>Qual é a sua idade?</p> <p>Desenvolve, de momento, alguma atividade profissional?</p> <p>Desenvolveu mais alguma atividade profissional, para além da que referiu? Em que período da sua vida?</p> <p>Qual é o seu estado civil?</p> <p>Tem filhos?</p> <p>Tem, neste momento, alguma condição médica?</p> <p>Neste momento, por quem é constituído, o seu agregado familiar?</p> <p>Sempre foi assim?</p> <p>Com quem tem uma melhor relação?</p> <p>E relativamente ao resto do agregado familiar, como se relaciona?</p>

	<p>Relações familiares, amizades e percurso pessoal</p>	<p>A sua família está ciente de que consome drogas?</p> <p>Qual foi a reação quando descobriram?</p> <p>Sente alguma alteração na sua relação com os familiares, quando comparado com a sua infância?</p> <p>Considera que era uma criança problemática?</p> <p>Existe algum momento deste período da sua vida que o tenha marcado?</p> <p>Como descreveria a sua infância e adolescência em sua casa? Tinham dificuldades económicas?</p> <p>Que atividade profissional exerciam os seus pais?</p> <p>Como era a sua relação com os seus amigos, naquela altura?</p>
--	---	---

		<p>O que costumava fazer com eles?</p> <p>Mantiveram contacto?</p> <p>Sentia que eram amizades saudáveis?</p> <p>O que é que os seus pais achavam dos seus amigos?</p> <p>Prosseguiu estudos? Até que idade?</p> <p>Qual é o seu nível de escolaridade?</p> <p>Considerava-se um bom aluno?</p> <p>Teve relacionamentos amorosos? Quantos?</p> <p>Nesses relacionamentos havia consumos de drogas de alguma das partes?</p>
		<p>Fuma tabaco e/ou consome álcool?</p>

<p style="text-align: center;">Consumos</p>	<p style="text-align: center;">Primórdios de consumo e preferências</p>	<p>Com que idade começou a fazê-lo e porquê?</p> <p>Quando é que foi o seu primeiro contacto com as drogas?</p> <p>Que drogas já experimentou?</p> <p>Que drogas consome neste momento e em que quantidade? Considera-se dependente?</p> <p>Prefere consumir sozinho ou em grupo?</p> <p>Alguma vez assistiu a algo, aquando ao consumo em grupo, que o deixou desconfortável?</p> <p>Existe alguma preferência pelo consumo noturno ou diurno?</p> <p>Normalmente, onde consome substâncias?</p>
--	---	---

	<p>Estratégias de consumo e obtenção de substâncias</p>	<p>Se tivesse de apontar um motivo pelo qual começou a consumir drogas, qual seria?</p> <p>Quando é que sentiu que estava dependente do uso de substância?</p> <p>Quais são as suas estratégias para obter dinheiro, de forma a adquirir substâncias? Já roubou para o conseguir?</p> <p>Alguma vez teve problemas com a justiça?</p> <p>Como concilia a sua vida pessoal com o consumo de drogas?</p> <p>Acha que a pandemia afetou os seus consumos? De que forma?</p> <p>Quanto dinheiro diria que gasta, semanalmente, na compra de substâncias?</p>
<p>Prevenção, tratamento e reinserção social</p>		<p>Para além da Norte Vida (Casa de Vila Nova), já</p>

	<p data-bbox="635 450 959 528">Apoio prestado pela Norte Vida</p> <p data-bbox="679 1518 914 1547">Perspetivas futuras</p>	<p data-bbox="999 232 1356 315">procurou ajuda noutras instituições ou associações?</p> <p data-bbox="999 394 1356 477">Está na Norte Vida com que objetivo?</p> <p data-bbox="999 555 1356 741">Qual a sua opinião perante os serviços prestados pela Norte Vida? Mudava alguma coisa?</p> <p data-bbox="999 875 1356 1061">Tem boa relação com os técnicos/ profissionais da Norte Vida? E com os demais utentes?</p> <p data-bbox="999 1196 1356 1279">Já tentou interromper o consumo de substâncias?</p> <p data-bbox="999 1357 1356 1440">Por que motivo diria que não conseguiu?</p> <p data-bbox="999 1518 1356 1659">Pretende abandonar o consumo de estupefacientes?</p> <p data-bbox="999 1738 1356 1821">O que costuma fazer nos seus tempos livres?</p> <p data-bbox="999 1899 1356 1982">O que acha que poderia ser feito para diminuir o</p>
--	--	---

		<p>consumo generalizado de drogas?</p> <p>Que conselho poderia dar a alguém que esteja a iniciar a sua vida no “mundo das drogas”?</p> <p>Quais as suas perspetivas para o futuro?</p>
--	--	--