

CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE RISCOS NA ÁREA DAS DROGAS EM PORTUGAL

LUÍS FERNANDES
MARTA DE SOUSA PINTO
MARIANA OLIVEIRA

RESUMO: O presente texto dá conta dos principais resultados duma investigação realizada no ano de 2004 a propósito do trabalho de redução de riscos e minimização de danos levado a cabo em Portugal. Trata-se dum estudo efectuado no âmbito dum projecto europeu em parceria com instituições francesas, italianas e espanholas com vista à criação duma rede de trabalho ao nível das políticas interventivas associadas à redução de riscos. O presente artigo visa levar a todos os interessados a “fotografia nacional” no que a este tipo de trabalho diz respeito concluindo com uma discussão crítica em seu torno e com recomendações para o reforço deste tipo de resposta.

Palavras-chave: Redução de riscos; Minimização de danos; Trabalho em rede; Drogas; Trabalho sexual.

RÉSUMÉ: Ce texte présente les principaux résultats d’une investigation faite dans l’année 2004 à propos du travail de réduction des méfaits et minimisation des dommages au Portugal. C’est une étude faite dans le

cadre d’un projet européen en association avec des institutions françaises, italiennes et espagnoles, ayant comme but la création d’un réseau de travail au niveau des politiques d’intervention associées à la réduction des méfaits. Cet article envisage de porter à tous les intéressés la «photographie nationale» en ce qui concerne ce type de travail, en finissant avec une discussion critique et avec des recommandations pour renforcer ce type de réponse.

Mots-clé: Réduction des méfaits; Minimisation des dommages; Travail en réseau; Drogues; Travail sexuel.

ABSTRACT: This text presents the main results of a research about harm reduction and damages minimisation made in 2004 in Portugal. It is a study carried out in the framework of an European project in partnership with French, Italian and Spanish institutions, in order to create a network at the level of intervention politics associated to harm reduction. The current article aims to give all the interested ones the “national photo” in what regards this type of work, concluding with a critical discussion and with recommendations to reinforce this kind of response.

Key Words: Harm reduction; Damages minimisation; Network; Drugs; Sexual work.

1. INTRODUÇÃO

Redução de Riscos (RR) e Minimização de Danos (MD) são expressões que têm vindo a ganhar crescente visibilidade na linguagem dos especialistas do fenómeno droga, irradiando a partir deles para a comunicação social e, dum modo já perceptível, para o discurso colectivo. Apesar de serem expressões que não encerram palavras particularmente especializadas ou enigmáticas, o trabalho que se apresenta neste artigo encarregar-se-á de provar que aquilo que se recobre com elas está longe de ser consensual. Sintetizaremos aqui os principais resultados duma investigação que decorreu ao longo de todo o ano de 2004, cujo objectivo primeiro era o da caracterização da intervenção em RR e MD em Portugal: que práticas a constituem, que tipos de organizações a acolhem, que profissionais a realizam, que utilizadores de substâncias psicoactivas são os seus destinatários? A relativa novidade deste campo de intervenção convidava a um olhar que permitisse situar o modo como está a ganhar expressão no nosso país. A solicitação para integrar um projecto europeu, o REZOLAT, foi a oportunidade para o desenvolver. Este projecto, levado a cabo em Portugal, França, Espanha e Itália, tinha por vocação permitir uma dinamização das redes existentes no interior desses países, bem como a construção de rede entre eles. O REZOLAT trabalhou a partilha e a transferência de saberes entre os actores de diferentes países, visando favorecer a emergência de consensos no campo da RR. O seu produto final encontra-se sintetizado no relatório «*Alliance en Europe du sud pour l'échange et la promotion des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues*» (2005).

As páginas que se seguirão desenvolvem os objectivos do estudo que realizámos em Portugal, o método que adoptámos para os levar a cabo e os principais resultados da investigação, discutindo-se as suas implicações e fazendo algumas recomendações. Elas constituem uma síntese do relatório então apresentado às parcerias do projecto (Fernandes e Pinto, 2004).

2. OBJECTIVOS E METODOLOGIA

2.1. Objectivos

O projecto REZOLAT tem como objectivo principal reforçar o

intercâmbio dos profissionais provenientes dos quatro países latinos da Europa do Sul e estimular o trabalho em rede no interior de cada um destes territórios, visando promover boas práticas no âmbito da RR. A participação portuguesa esteve a cargo duma parceria constituída entre o Radicário – Instituto de Ciências do Comportamento Desviante – e o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), iniciando-se os trabalhos em Março de 2004⁽¹⁾. A acção levada a cabo teve quatro objectivos fundamentais:

- 1) Traçar uma panorâmica das práticas de RR em Portugal, caracterizando as instituições, os projectos e os actores que, à altura da nossa recolha de dados, estavam a realizar intervenção genericamente enquadrável nas políticas de RR. Esta caracterização constituiu a parte fundamental da recolha de dados durante a pesquisa, sendo a principal fornecedora de elementos para aquilo que designámos por *fotografia nacional*. Esta completa-se com a análise dos textos publicados por especialistas portugueses acerca de RR e MD;
- 2) Fomentar a criação de uma rede de interconhecimento e de trabalho entre os projectos que praticam a RR em Portugal, bem como a sua articulação com os parceiros estrangeiros;
- 3) Clarificar o conceito de Redução de Riscos e Minimização de Danos. A ainda breve história das políticas de RR não permitiu estabilizar com clareza os conceitos que unificam a série de práticas dispersas que se reclamam da RR. Esta dispersão, em conjunto com a diversidade dos actores envolvidos, exige a construção de consensos neste campo;
- 4) Implementar a acção *Delphi* em Portugal, em consonância com os três parceiros sul-europeus. A acção *Delphi* tem como finalidade fazer emergir pontos de consenso no campo da RR relativamente às respostas de terreno, às estratégias de desenvolvimento de estruturas e programas de RR e às propostas submetidas aos poderes públicos.

2.2. Metodologia

A distribuição demográfica em Portugal caracteriza-se pela litoralização da população e pela sua concentração nas duas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Por outro lado, múltiplos estudos sobre o fenómeno droga mostram também a sua expressão fortemente urbana, situando-se as áreas mais problemáticas, mais conhecidas e mais mediatizadas nas duas cidades já referidas. Assim,

decidimos centrar a pesquisa empírica para o estabelecimento da foto nacional precisamente nestas duas áreas metropolitanas⁽²⁾. O método compreendeu várias técnicas de acordo com os objectivos específicos:

- *Fotografia nacional*: foram identificadas todas as instituições, projectos e programas nas áreas metropolitanas de Porto e Lisboa⁽³⁾. Com base nesta listagem, foram estabelecidos contactos com os seus responsáveis com vista à marcação de visitas, das quais se pretendia, por um lado, a observação *in loco* da intervenção aí desenvolvida, por outro, a entrevista de pelo menos um técnico de terreno e dum utente do serviço.

As entrevistas eram semi-estruturadas e registadas em suporte gravado. O técnico e o utente a serem entrevistados deveriam, preferencialmente, ser escolhidos pelo entrevistador de modo aleatório, no momento da observação da prestação de serviços por parte da equipa técnica ao utilizador.

Foi recolhido todo o tipo de documentação elaborada pelo projecto (relatórios de actividades, candidaturas a financiamento, etc.) e todo esse material foi posteriormente submetido a uma análise de conteúdo categorial temática qualitativa. Procedeu-se também à recolha de textos sobre RR escritos por especialistas portugueses, de forma a dar conta do modo como está a ser conceptualizada e qual o interesse que merece da comunidade científica, entendida aqui no sentido amplo do somatório de investigadores e de interventores;

- *Rede*: as duas estratégias principais foram a organização dum *workshop* com profissionais deste campo de intervenção e o fornecimento de conteúdos relativos à RR e MD em Portugal para integrar o *website* REZOLAT a partir do qual todos os projectos destes quatro países deveriam poder contactar-se entre si;
- *Clarificação do conceito de RR*: todas as actividades realizadas ao longo do REZOLAT contribuíram para este objectivo;
- *Delphi*: a Acção *Delphi* teve como base a construção e a aplicação de um questionário ordenado ao objectivo 4 do ponto anterior. O inquérito era de autopreenchimento e enviado via postal. Foram enviados um total de 78 questionários a instâncias que abrangiam: Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), equipas de rua

(coordenadores e técnicos de terreno), delegações regionais de saúde, serviços prisionais, comunidades terapêuticas, jornais, hospitais, membros da comunidade científica (universidades), partidos políticos, instâncias jurídicas, centros distritais da segurança social, etc., todas localizadas nas regiões do grande Porto e grande Lisboa.

No critério de amostragem não se tiveram em conta apenas organizações, mas também pessoas cujas funções desempenhadas se mostrassem relevantes para os objectivos da Acção *Delphi*. São exemplos disso os ex-presidentes do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e do Gabinete de Planeamento e Coordenação de Combate à Droga, que são as instâncias estatais que geriram, desde os anos 70, o dispositivo da droga. Outro exemplo é o dos especialistas convidados em 1998 pelo Governo para elaborar um plano estratégico para o combate à droga em Portugal, ou ainda especialistas que têm estado nas últimas duas décadas no primeiro plano do debate público no campo das drogas.

Não apresentaremos aqui o tratamento dos dados e os resultados. Eles constam do relatório final do REZOLAT, já integrados num plano comparativo entre os quatro países parceiros. Observamos, todavia, que o retorno total da amostra foi de 22 questionários respondidos, dos quais dois desprezados por terem chegado fora do prazo estipulado.

3. A FOTOGRAFIA NACIONAL

Uma fotografia é um instantâneo: capta a realidade no preciso momento em que executa o acto. O título deste capítulo é, naturalmente, metafórico. Traduz o exercício de síntese dos dados empíricos que visa fornecer uma panorâmica geral das práticas de RR em cada um dos quatro países do REZOLAT.

Visitámos na área metropolitana de Lisboa 28 projectos e 15 na do Porto. No entanto, foram apenas considerados para este documento final 28 projectos – 16 em Lisboa e 12 no Porto –, pelo facto de os restantes ou estarem no momento inactivos pela interrupção do financiamento que os mantinha vivos, ou por se revelarem, após análise cuidada dos serviços prestados, projectos que de facto não

desenvolvem acções de RR, apesar de serem designados como tal.

3.1. As equipas

Dos projectos analisados, 15 são equipas de rua, 8 combinam equipas de rua com gabinetes de apoio, 2 são gabinetes de apoio e 3 são centros de acolhimento/alojamento. Relativamente ao tempo de existência do projecto, verifica-se que são na grande maioria extremamente jovens: 86% dos projectos analisados têm menos de 3 anos de existência. Dois deles, os mais antigos, nasceram há 10 anos.

São intervenções que nascem fundamentalmente a partir da iniciativa da sociedade civil, uma vez que no que diz respeito às entidades que os promovem, em 26 casos trata-se de Organizações Não Governamentais (ONG) e só em dois é a Administração Regional de Saúde que desempenha esse papel.

Quanto ao financiamento, ele resulta quase sempre da combinação de diferentes fontes, embora todos eles, sem excepção funcionem com recurso a dinheiros públicos. Alguns estão neste momento privados dessa contribuição por estarem sujeitos ao período de avaliação das suas actividades durante o qual é interrompido o financiamento. O IDT está envolvido na sustentação de 15 projectos, a Segurança Social de 6, a Administração Regional de Saúde de 3 e a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida de 1. Além disso, o Governo Civil de Lisboa e as Câmaras Municipais de Sintra, Cascais, Lisboa, Porto e Matosinhos também financiam este tipo de trabalho, principalmente a de Lisboa com 5 e a de Cascais com 3.

Analisámos também o tipo de vínculo laboral destes profissionais e verificámos que metade das equipas adquirem os serviços de que necessitam através do regime de prestação de serviços, o que retira ao trabalhador grande parte dos seus direitos e possibilita o despedimento automático. As restantes não utilizam o mesmo modo de contratação para todos os seus elementos, sendo que duas combinam os contratos com a prestação de serviços; outras duas combinam o destacamento de outras estruturas e a prestação de serviços; outra funciona com prestação de serviços e voluntariado e outra com contratos e voluntariado. É importante esclarecer que as equipas que acabámos de referir como funcionando com técnicos em regime de voluntariado usam-nos como elementos centrais do

trabalho e não como um complemento. Significa isto que sem os voluntários não sobrevivem. Há outras equipas que recorrem também aos voluntários mas apenas depois de terem assegurado a constituição central da equipa e de considerarem que melhorariam os seus serviços através desta abertura à comunidade.

É por isso bastante clara uma precarização do trabalho nesta área, o que provoca um desgaste adicional nos técnicos, originando uma grande rotatividade dos profissionais que é, desde logo, prejudicial porque esta é uma área em que a relação de confiança estabelecida com os utentes será fundamental para a eficácia do trabalho. Além disso, denota também a (pouca) importância que tem sido atribuída a este tipo de intervenção, uma vez que o investimento nesta área tem sido frágil e descontínuo.

A avaliação destas intervenções fica em geral a cargo das entidades financiadoras e da ONG que lhes deu origem. Processa-se normalmente através da apresentação dum relatório anual em que são, no essencial, descritos os serviços prestados e o número de utilizadores de drogas que recorreram ao projecto. Há apenas duas equipas que celebraram protocolos com universidades.

No que diz respeito ao tipo de serviços que são oferecidos por estes projectos, verifica-se que todos eles, sem excepção, fazem troca de seringas e/ou distribuição de preservativos. Em seguida, a actividade mais comum entre as diferentes equipas é a dos encaminhamentos/accompanhamentos para os serviços da rede. O terceiro serviço mais prestado é o apoio psicológico, logo seguido pelo apoio social e pelo fornecimento de alimentação e de roupa. Quanto à formação de base dos técnicos que incorporam estas equipas verifica-se uma enorme heterogeneidade que apenas confirma a RR como uma área de confluência de saberes. As profissões mais representadas são a dos psicólogos, a dos assistentes sociais, a dos animadores sócio-culturais e técnicos psicossociais, a dos médicos e a dos enfermeiros. No entanto, além destes encontramos também educadores sociais, engenheiros civis, antropólogos, técnicos superiores de educação, psicopedagogos curativos, sociólogos, advogados, técnicos de emergência médica, um técnico de política social, e um licenciado em belas artes e outro em comunicação social e jornalismo. Muitos dos elementos das equipas são também pessoas

com o grau de escolaridade mínimo obrigatório ou com o ensino secundário completo que desempenham fundamentalmente duas funções: a de motoristas e a de mediadores sociais (indivíduos integrados na equipa pelo seu passado de consumos problemáticos com drogas). O traço fundamental parece ser o da heterogeneidade das formações profissionais, sendo legítimo nalguns casos interrogarmo-nos sobre qual será a sua relação com o acto técnico que desempenham...

No que diz respeito à experiência profissional anterior no âmbito das drogas, há 12 equipas cujos membros já a tinham e 10 com pessoas que nunca tinham trabalhado na área. As restantes 6 têm uma constituição mista de pessoas com e sem experiência anterior.

É um trabalho realizado principalmente por mulheres, embora esta "feminilidade" das equipas seja uma característica muitíssimo mais vincada no Norte do país (uma delas tem só elementos do sexo feminino).

As idades dos profissionais que actualmente trabalham na RR em Portugal são muito variáveis, tendo os mais novos 20 anos e os mais velhos 60. A maior parte das equipas é totalmente constituída por profissionais jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos.

Relativamente à integração de pessoas cujos passados incluem consumos problemáticos de drogas, temos 22 equipas que optaram por não o fazer e 5 que o fizeram (todas em Lisboa). Uma das equipas preferiu não responder a esta questão.

Resumindo, um retrato-protótipo das equipas de RR em Portugal seria algo deste género: equipas pequenas, na ordem dos 6 elementos; tendencialmente femininas na sua constituição no Norte e de maior equilíbrio entre os géneros na área metropolitana de Lisboa; também tendencialmente jovens; constituídas por psicólogos, assistentes sociais, animadores socioculturais e técnicos psicossociais, médicos e enfermeiros, com ou sem experiência profissional anterior no âmbito das drogas; muito dificilmente integrando ex-utilizadores problemáticos de drogas e mantendo os seus profissionais em situações de vínculo precário.

3.2. A população-alvo

Se classificarmos os projectos de acordo com o tipo de população que atendem, temos três géneros fundamen-

tais: um que se dedica à acção em ambientes festivos trabalhando com o que na gíria é conhecido por "*party people*", cinco que intervêm junto de trabalhadores sexuais e vinte e dois que trabalham com consumidores de drogas de rua, principalmente heroína e cocaína. Como é óbvio, esta divisão é em certa medida artificial porque há um forte entrecruzamento entre este tipo de população, principalmente os dois últimos. No entanto, há um direccionamento principal para uma delas e é segundo esse critério que esta tipologia foi estabelecida. Desenvolveremos particularmente a intervenção com o terceiro tipo de população-alvo já que o primeiro, à altura desta investigação, tinha gerado uma resposta pouco mais do que residual e o segundo não se dirige prioritariamente ao fenómeno droga.

Se quisermos traçar um retrato dos utilizadores de drogas de rua que mais frequentemente são atendidos pelos projectos de RR portugueses encontramos: consumidores preferenciais de heroína e cocaína por via injectável, com longas histórias de consumo (mais de 10 anos) e com várias tentativas frustradas de tratamento, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, do sexo masculino, em situação de sem-abrigo, em ruptura familiar, com baixa escolaridade, portugueses, desligados da rede de cuidados e com contactos com o sistema judicial (9 projectos afirmam que a maioria dos seus utentes tem problemas a este nível chegando mesmo um dos técnicos a dizer que todos os que atende já estiveram detidos pelo menos uma vez). Como forma de conseguir dinheiro para sobreviver e para manter os consumos o utilizador destes projectos recorre fundamentalmente a expedientes como arrumar carros, principalmente no caso dos homens, ou à prostituição, principalmente no caso das mulheres. A pequena criminalidade, os "biscates" como ajudar os pescadores nas docas de Lisboa, a venda de drogas e a ajuda da família também são referidos mas com uma frequência muito menor. Onze dos projectos referem ainda a presença maioritária de doenças como o VIH (5 técnicos), as hepatites B e C (principalmente a última) (5) no seio desta população, sendo que dois deles referem também a presença preocupante da tuberculose e da sífilis (vista como estando em expansão). Cinco dos projectos dizem ainda que os seus utentes possuem um estatuto socioeconómico baixo e três caracterizam-nos como apresentando um

aspecto muito degradado. Relativamente à nacionalidade dos utentes, uma das equipas refere que tem também atendido africanos e pessoas oriundas do leste europeu.

Todo este perfil assume, em 1 ou 2 projectos, contornos diferentes: utentes de aspecto não muito degradado, com suporte familiar, com uma gestão eficaz dos consumos que os compatibiliza com horários de trabalho e tendencialmente sem problemas judiciais.

Atendendo a que a RR tem como um dos seus objectos centrais a atenção aos comportamentos de risco, é um pouco surpreendente a secundarização a que este tema é votado nas entrevistas realizadas aos técnicos, aparecendo com mais frequência em primeiro plano os temas do tratamento e da reinserção social. Por outro lado, eles são frequentemente falados dum modo muito genérico e superficial. Refere-se apenas a partilha, mas nada acerca dos locais do corpo onde são feitas as injeções, se a área de injeção é desinfectada antes, se são tidos cuidados com a preservação das veias, etc., descendo-se poucas vezes a pormenores que só se conhecem quando se observam directamente no contexto as práticas de consumo. Assim mesmo, os comportamentos de risco mais referidos pelos técnicos entrevistados são os seguintes:

- Relativamente ao material usado para os consumos foram salientados como aspectos negativos a partilha e o abandono dos materiais na via pública. A reutilização de filtros apanhados do chão foi referida apenas uma vez. Os comentários positivos fizeram-se a propósito duma diminuição da frequência da partilha dos utensílios de consumo e um dos técnicos disse ainda que os utentes têm a preocupação de entregar as seringas usadas mesmo quando não as podem trocar;
- No que diz respeito ao uso do preservativo nas relações sexuais, 12 foram os técnicos que referem a prática de sexo desprotegido, sendo que muitas vezes este comportamento foi explicado como resultante da pressão dos clientes dos trabalhadores sexuais para a não utilização do preservativo;
- O policonsumo foi também mencionado por dois dos projectos;
- Um dos técnicos salientou a submissão ao aborto clandestino em condições perigosas por parte de trabalhadoras sexuais.

Desta análise ressalta ainda uma curiosidade: estes são projectos que na sua maioria se dedicam à RR associados ao consumo de substâncias psicoactivas, sendo que apenas 5 se dedicam aos trabalhadores sexuais. Além disso, como é sabido, no caso dos consumos verdadeiramente problemáticos, a actividade sexual tende a ser secundarizada pelo indivíduo. Ora, as referências feitas estritamente às práticas de consumo são 14. As que se referem à utilização do preservativo são 13. Sabemos que os projectos que lidam com utilizadores de drogas lidam por vezes também com trabalhadores sexuais, mas estes tendem a constituir uma pequena parte da população atendida. Então como se explicam estes resultados? Trabalham-se mais as questões ligadas ao sexo do que as que estão ligadas às drogas?

3.3. Principais dificuldades

No que diz respeito às dificuldades sentidas pelos técnicos que trabalham na RR em Portugal, podemos resumi-las da seguinte forma:

- *Relacionadas com a população-alvo*: os três obstáculos mais referidos a este nível (mencionados por 4 técnicos cada um) prendem-se, por um lado, com a persistência dos utentes nas atitudes de risco, mesmo depois de saberem quais os comportamentos a adoptar e, por outro lado, com as crenças erradas ou a falta de informação acerca dos comportamentos de risco e a resistência à absorção dos conhecimentos. Curiosamente, a dificuldade mais referida, a par com estas duas, foi a da resistência às tentativas de recuperação. Logo de seguida, no encaço destes três obstáculos supracitados encontrámos a fraca adesão aos encaminhamentos, referida por três dos profissionais entrevistados, seguida também pela conflitualidade dos utentes. Foram ainda mencionadas mais quatro dificuldades apenas por um profissional cada uma: a incapacidade de autocuidado, os casos de doença mental, a dificuldade em aceder aos utentes que recorrem à via fumada para o consumo e a de intervir quando o utente está sob efeito de drogas ou com sintomas de privação. Como se pode ver, os obstáculos inerentes à população-alvo parecem reunir pouco consenso espontâneo por parte dos profissionais desta área;

- *Relacionadas com a população/contexto local*: as intervenções no âmbito da RR, por tipicamente se deslocarem até aos seus utentes ao invés de esperarem que estes as procurem, estão muito dependentes do contexto em que intervêm e da reacção dos autóctones ao seu trabalho. Não é assim de estranhar que a resistência da população local à acção das equipas tenha sido mencionada como obstáculo por quatro delas. Referida por três dos entrevistados foi a dificuldade em aceder aos utilizadores de drogas quando o seu consumo assume contornos mais “domésticos”. Há ainda duas dificuldades mencionadas apenas por um técnico cada: a insegurança na rua e as ameaças dos traficantes⁽⁴⁾;
- *Associadas à falta de infra-estruturas*: a ausência de centros de acolhimento/alojamento temporário foi citada por 12 dos entrevistados como uma dificuldade. A esta necessidade acrescenta-se a referência por parte duma pessoa da escassez de centros de acolhimento específicos para prostitutas e, na opinião de outra, de pensões. Quatro técnicos referiram ainda a ausência de centros de dia como problemática. Foram denunciadas outras ausências estruturais, mas apenas por uma pessoa cada: salas de injeção assistida, programas de metadona de baixo limiar, um Gabinete de Apoio aos Toxicodependentes nos locais de prostituição. Por fim, um dos entrevistados lamentou genericamente a ausência de uma rede de apoio e de infra-estruturas;
- *Associadas ao trabalho de rede*: são também referidas dificuldades inerentes à desadequação do funcionamento dos serviços sociosanitários face às características e às necessidades destes utentes. É salientado por alguns o mau funcionamento destes serviços: 6 dos entrevistados referem que há falta de flexibilidade, sensibilidade e adaptação das instituições, em particular, das de saúde. Em dois casos concretiza-se melhor esta afirmação: “falta às redes de suporte comunitário (social/saúde) preparação técnica e logística para lidar com esta população (apresentam demasiadas exigências, horários incompatíveis com os horários de angariação de fundos, ou das emergências que ocorrem), o que leva ao abandono dos serviços/cuidados”. Ainda no que diz respeito ao trabalho de rede, seis pessoas consideram que a rede existente é insuficiente

e duas dizem mesmo que há uma resistência de outras entidades para formalizar parcerias. A terceira reclamação mais frequente é a acusação de que os serviços da rede discriminam estes utentes. Os mais referidos são os das estruturas do Sistema Nacional de Saúde, muito especialmente os hospitais. Por uma vez apenas são também referidas as seguintes dificuldades: obter documentos para a população sem-abrigo; burocracia dos serviços de rede (nos CAT, p.ex.); tempo de espera para consulta (Centros de Saúde e CAT);

- *Associadas ao trabalho de RR e à intervenção que é feita em Portugal*: aqui não se evidenciaram consensos espontâneos, uma vez que todas as dificuldades foram enunciadas por uma pessoa apenas, excepto a desadequação do *Kit* para consumo endovenoso distribuído no nosso país, que foi referida por dois dos entrevistados. Todos os outros obstáculos referidos foram os seguintes: o desgaste que este trabalho provoca nos técnicos; a ausência de programas de controlo da qualidade das drogas; os riscos envolvidos no trabalho (de doença mental, física e de se ser roubado); a falta de formação dos técnicos que intervêm nesta área e, por fim, a ausência de projectos que trabalhem com travestis;
- *Inerentes às condições de existência do projecto*: este é o aspecto que mais consensos espontâneos reuniu nas respostas dos profissionais, sendo a dificuldade mais mencionada a falta de recursos com a elevada frequência de 17 afirmações. Destas, 7 referem-se à escassez de recursos humanos, 6 estão relacionadas com a falta de recursos logísticos e 4 prendem-se com a exiguidade dos recursos financeiros. A rotatividade demasiado grande do corpo de elementos que constitui as equipas também foi apontada por cinco pessoas como sendo problemática, a precariedade do trabalho por duas e a irregularidade dos salários por uma apenas;
- *Relacionadas com a desinserção laboral dos utentes*: embora sendo mencionadas apenas por um técnico cada uma, há três tipos de dificuldades apontadas a este nível – conseguir emprego para os utentes, falta de acompanhamento no local do emprego após desintoxicação, necessidade de um trabalho estável para que não desapareçam os efeitos da intervenção num curto espaço de tempo. Curiosas estas preocupações em

projectos de RR, uma vez que são mais próprias das prevenções secundária e terciária.

3.4. Concepções acerca da RR

O que não é a RR...

Obtivemos ainda duas afirmações acerca do que não é a RR, ditas apenas por um profissional cada uma mas consonantes entre si: a RR não visa combater o consumo e a RR não visa a abstinência, mas contribuir para a melhoria da saúde e inclusão nas redes sociais. Dado tratar-se de questões centrais nas políticas RR, não podemos deixar de sublinhar a pouca referência que merecem no universo dos profissionais que contactámos.

Acerca do que se deve fazer no âmbito da RR

Mais uma vez há apenas uma ideia que reúne o consenso espontâneo de vários técnicos (7), que é a de que criar uma relação de confiança com os utentes é crucial para a mudança dos seus comportamentos. Dois técnicos caracterizam essa relação como de alguma paridade entre os profissionais e os utentes. Depois surgem ideias referidas por uma pessoa apenas. São elas: os interventores na RR devem contribuir para que sejam os próprios toxicod dependentes a fazer RR entre eles; todas as equipas deviam ter pelo menos um ex-consumidor, o envolvimento de toxicod dependentes no trabalho não é tão eficaz como o de técnicos. Um dos entrevistados vê como necessária a criação de salas de consumo asséptico, outro afirma que a marcação de consultas tem que partir da vontade dos utentes e não do técnico e, por fim, um dos profissionais comenta que às vezes sabe que as seringas que está a trocar vão servir de moeda de troca com outros consumidores mas que quem as compra não recorrerá assim a uma usada, condescendendo portanto nisso. Refira-se ainda que alguns dos técnicos entrevistados mostraram uma desconfiança profunda relativamente às vantagens da utilização da metadona, não compreendendo de todo como é permitido aos utentes tomarem-na e ao mesmo tempo manterem consumos e trocarem seringas. Uma das pessoas afirmou inclusivamente que a metadona é a porta de entrada para outras drogas como os drunfos.

Práticas pouco consonantes com a RR

Práticas de controlo/higienização social

Há projectos que, em programas de metadona designados de baixo limiar de exigência, impõem aos utentes o cumprimento de determinados compromissos, não raro assumidos sob a forma de contrato escrito assinado pelo utente. Parece, portanto, não estar muito clara em certos profissionais a natureza do baixo limiar, havendo como preocupação central a neutralização dos efeitos do consumo de drogas no resto da comunidade – a intervenção está, neste caso, ao serviço duma estratégia de controlo social. A exclusão de quem não se adequar aos critérios de admissão coloca, paradoxalmente, em causa a eficácia deste controle, para já não falar no que significa quanto à negação dos direitos do indivíduo a cuidados de saúde.

Há ainda projectos que estipulam um número máximo de trocas de seringas diárias por sujeito (p.ex. 6). Como pode o técnico estimular práticas menos danosas de consumo como a utilização de uma seringa nova por cada injeção e ao mesmo tempo estipular um número aleatório como este? Ainda tivemos acesso a outras atitudes de higienização social, bem ilustrada na seguinte frase dum técnico: “quando vemos um utente a dormir num carro abandonado motivamo-lo para sair. Quando sai avisamos a polícia municipal para eles tirarem de lá o carro. Se não sair avisamos na mesma”. A intenção de “limpar” determinadas zonas de prostituição da cidade ou de cooperar com a polícia na detenção de utentes com práticas criminais foi também detectada. Sublinhemos no entanto que só um dos projectos assumiu um discurso deste género. É necessário meditar nos efeitos colaterais deste tipo de atitude: além de minar a eficácia do trabalho pela destruição da relação de confiança com os utentes, poderá contribuir para a generalização duma atitude de desconfiança face a toda e qualquer equipa de rua que pretenda trabalhar em terrenos próximos.

Combate ao consumo

Como vimos há pouco, um número razoável dos técnicos disse perspectivar a RR como um meio para alcançar o tratamento o que parece indicar que alguns destes projectos não acreditam genuinamente na RR, mas sim na acção *in loco* para a captação de utentes para a abstinência. Ora

a RR não pretende combater o consumo, mas apenas minimizar os riscos que ele pode envolver.

4. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM RR

A produção de discurso científico sobre um dado fenómeno ou uma dada prática social pode ser utilizada como um indicador do seu relevo no conjunto do sistema social. Procurámos, por isso, saber da atenção que as políticas de RR e as intervenções consonantes com tais políticas ocupam na comunidade de especialistas do campo das drogas em Portugal, através da recolha e análise de artigos e livros. A recolha não se revelou difícil, dada a escassez de textos produzidos a propósito da RR pelos especialistas portugueses.

A forma como a RR é abordada é muito variável. Poderíamos dizer que alguns artigos estão exclusivamente focados em temáticas indiscutivelmente relacionadas com a RR. Noutros artigos, porém, a RR aparece como modo de fundamentar outras problemáticas: num caso seria uma política que visava a superação das estratégias preventivas, demasiado institucionalizadas e caracterizadas por grande ambiguidade; em dois outros, ela aparece como uma porta de entrada para o encaminhamento para cuidados mais estruturados, visando a reinserção dos indivíduos; noutra ainda a análise de pastilhas surge como uma técnica que releva simultaneamente da prevenção e da RR.

O que a análise da produção científica revela é que a filosofia e as práticas de RR emergem e diferenciam-se a partir do próprio interior do dispositivo da droga. Não são uma nova resposta que vem de fora concorrer com as respostas tradicionais nesta área, mas um conjunto de práticas que assinalam um deslocamento na postura dos técnicos pela necessidade de se adaptarem à resistência que o fenómeno oferece à intervenção clássica⁽⁵⁾.

É como se uma parte do dispositivo aceitasse adequar uma nova resposta em função do estilo de vida do consumidor de drogas, em vez de lhe exigir que se adaptasse à resposta pré-formatada pelo dispositivo – o que não será de modo nenhum estranho às dificuldades de implantação da RR, pois trata-se de fazer coexistir no interior duma mesma rede de resposta duas concepções de trabalho e do próprio fenómeno droga frequentemente vistas como inconciliáveis. A comunidade científica em sentido estrito ainda não

colocou, até ao momento, a redução de riscos nas suas prioridades de investigação. Trata-se dum discurso, portanto, elaborado fundamentalmente no meio profissional dos especialistas da intervenção e, nestes, por aqueles que elegem o terreno como contexto para o seu trabalho.

Em suma, apesar da escassez de produção discursiva, poderíamos dizer que duas palavras caracterizam as temáticas que atravessam os textos: mudança e conflito. Mudança nas práticas, que são descritas e avaliadas; mudança na concepção da relação com quem consome; mudança do *setting* onde decorre o acto do especialista; mudança na concepção do seu próprio papel como interventor. Mas também conflito: com outros modos de abordagem do fenómeno droga, que se manifesta sob forma de justificação (a RR não é um apelo ao consumo, não é incompatível com uma trajectória que conduza à abstinência, é algo de intermédio entre a “guerra à droga” e a despenalização, é estratégia de saúde pública e portanto visa o bem-estar de todos...).

Ensinava-nos Kuhn que há uma tensão entre tradição e inovação. E porque ela é inevitável e criativa torna-se essencial. Assim é na ciência, assim é nas políticas e nas práticas interventivas, diremos nós – eis o que de mais essencial revela a análise da produção científica que aqui fizemos.

5. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Discussão

Depois de conhecer com algum grau de profundidade as estruturas, os projectos e os actores que intervêm em RR, tornou-se-nos ainda mais clara a razão pela qual o REZOLAT considerou como um dos objectivos a clarificação do conceito de RR e de MD. Já sabíamos, pela atenção que vamos tendo ao debate entre especialistas, que nem as práticas catalogáveis como de RR nem a sua legitimação são consensuais. Mas agora, analisados os dados da pesquisa empírica, essa sensação objectivou-se e aquilo que era simples impressão tornou-se claro.

Diríamos existirem duas ordens de razões que tornam algo impreciso, às vezes mesmo paradoxal, aquilo de que se fala ao falar de RR. Uma primeira ordem de razões é exterior ao campo das drogas e outra é interna à própria história e estrutura do dispositivo da droga.

As razões do exterior

Durante a fase em que identificámos estruturas e projectos a trabalhar em RR, contabilizámos 27 na área metropolitana de Lisboa e 15 na do Porto. Depois da análise dos dados, retivemos como estando de facto a trabalhar na RR 28 estruturas e/ou projectos, no total. Que faziam então os outros?

Uma boa parte deles intervêm em contextos urbanos ou periurbanos (periferias desqualificadas, espaços intersticiais de concentração de pobreza...) junto de indivíduos ou grupos em condições altamente precárias de vida – rotuláveis, em duas palavras, naquilo a que convencionou chamar-se exclusão social.

O fenómeno droga participa desse cenário de crise urbana, cruzando e sobrepondo na sua trajectória as trajectórias dos outros fenómenos problemáticos: sem-abrigo, prostituição de rua, imigração clandestina. Este cenário de crise da urbe convocou a resposta rápida da intervenção social, que reagiu reactivando a sua vocação de terreno, exercida agora sobre situações de emergência social caracterizadas pelo desabrigo. Perante situações a que os organismos estatais, lentos e pesados, não acudiam em tempo útil, multiplicam-se as intervenções no terreno, os contactos directos, as respostas de baixo limiar de exigência – não estamos, ainda, a falar de droga.

Algumas das equipas que intervêm nestas problemáticas incluem no seu repertório de resposta de primeira linha também a dependência de drogas, incorporando num outro estilo de intervenção técnicas que nasceram nas políticas de RR. Estas acções não são pensadas de raiz como trabalho de RR, enquadrando e interpretando a partir duma concepção diversa, que se filia mais na assistência social, seja de inspiração laica (o mais frequente), seja de inspiração religiosa (menos assumido mas levado à prática). Diríamos, em síntese, que a RR se pratica por razões exteriores à droga. Detectámos mesmo um caso – mas sublinhemos que apenas um – em que havia nítidos propósitos de controlo repressivo, reportando à polícia traficantes e marginais...

As razões do interior

A segunda ordem de razões que torna algo difusas conceptualmente as práticas de RR é interior ao próprio dispositivo da droga: com uma história dirigida ao objectivo da abstinência, ao desenvolvimento de terapias livres de drogas

(ilegais), da redução da procura através da prevenção primária, da reinserção concebida como realinhamento com a família e com o trabalho, é natural que as estratégias de RR, quando inseridas nas concepções e nas práticas de há muito estabilizadas neste dispositivo, sejam orientadas dum modo distinto. Com efeito são reinterpretadas como instrumentos prévios ao verdadeiro acto de *pris-en-charge* do toxicodependente, como a técnica que traz de volta o adicto que andava perdido da rede de cuidados – são, enfim, um encaminhamento (e vimos como os encaminhamentos surgem como a segunda resposta mais frequentemente prestada por estes serviços, mais até do que a informação relativa à transmissão de vias de contágio de doenças infecciosas). O caminho, esse, o dispositivo sabe de há muito qual é: o tratamento. Esta concepção está presente na própria estrutura do Instituto da Droga e da Toxicodependência, quando coloca a RR e a MD na dependência do Departamento de Tratamento e Reinserção. Em suma, a RR confunde-se, dum lado, com a intervenção social na exclusão e, do outro, com o tratamento da toxicodependência. No primeiro caso perde a sua especificidade diluindo-se no exterior do fenómeno droga, no segundo perde-a porque se confunde no seu interior. Aquelas que se assumem como um conjunto de práticas que representam uma política própria no campo das drogas, essas, foram aquelas que analisámos detalhadamente, constituindo a zona central, completamente focada e nítida, da fotografia nacional da RR e MD.

5. 2. Recomendações

Mesmo quando nos focamos apenas nos projectos que interpretam mais de perto a filosofia da RR, deparamo-nos com algumas ambiguidades. Vimos como predominam os psicólogos nas equipas de trabalho. As formações clássicas continuam a veicular concepções da toxicodependência mais tradicionais, que não problematizam ideologias e atitudes em que o fenómeno droga aparece envolto numa carga moral. É provavelmente por isso que é dada tão pouca atenção, como vimos, às condições concretas dos consumos, ao conhecimento próximo das práticas de risco, ao quotidiano dos utilizadores – porque este ver de perto pode ser confundido com o pactuar com o uso das substâncias. Em suma, é dada mais atenção à MD do que à RR.

É necessário que estes profissionais, cuja existência mútua muitos desconheciam, comecem a trabalhar em conjunto, quer por uma melhoria das condições de trabalho nestes projectos no sentido de assegurar uma intervenção consistente e contínua, quer no sentido da partilha das dificuldades e do desenvolvimento de práticas de acção mais eficazes e mais próximas do espírito da RR. Para concretizar este objectivo seria importante que destes encontros surgisse uma matriz comum de recolha de dados de investigação para um maior conhecimento do fenómeno das drogas na rua. Tanto nas entrevistas como no *workshop* foram claramente identificados consensos que vão nesta direcção:

- Para cada um dos projectos seria importante a realização de uma avaliação e obtenção de *feedback* estatístico para serem efectuadas as alterações necessárias à acção com base em dados objectivos;
- A necessidade e importância da realização de reuniões como o *workshop*. A experiência de todos foi a de que desconheciam as realidades dos outros projectos e de que a partilha e discussão de aspectos relativos à sua prática e da forma como os técnicos se relacionam com esta, teria com certeza implicações positivas ao nível da prevenção do *burn out*, ao nível do aperfeiçoamento das suas práticas e ao nível da apresentação de críticas e propostas de soluções enquanto grupo para a entidade oficial, o IDT. Considerou-se que estas necessidades não são preenchidas pelos congressos científicos que usualmente se realizam;
- O acompanhamento por parte do IDT dos projectos ao longo do ano de trabalho, possibilitando um melhor conhecimento da realidade e das necessidades sentidas na prática, podendo desta forma dar uma resposta mais direccionada e eficaz. Para se atingir este objectivo seria por sua vez importante que a comissão responsável pelo acompanhamento tivesse uma maior autonomia para poder dar resposta às situações;
- Introduzir um modelo de avaliação com uma maior atenção ao processo de intervenção, sugerindo-se que os projectos com melhor classificação tenham direito a um período mais extenso de tempo de intervenção assegurada;
- O envolvimento do poder local no financiamento de respostas, permitindo aos projectos depender menos do IDT e interpretar melhor uma filosofia de partilha entre os poderes central e local.

No entanto, nada disto é possível enquanto o trabalho de RR não for efectivamente alvo dum investimento implicado e sustentado por parte das políticas de saúde. Têm de ser assumidos compromissos de continuidade no tempo. Enquanto os técnicos tiverem de lutar a cada ano pela sobrevivência, uma parte importante da sua disponibilidade será para aí canalizada e não para a criação de respostas cada vez mais eficazes e criativas. Não é possível que todos os anos os projectos se vejam perante a asfixia financeira enquanto dura o período de avaliação anual do seu desempenho. Isto provoca interrupções no trabalho de terreno e elevada rotatividade na constituição das equipas, o que corrói a principal matriz de alteração de comportamentos (como aliás foi confirmado por grande parte dos profissionais entrevistados) – o estabelecimento duma relação de confiança com os utilizadores dos serviços.

Outro elemento fortemente consensual entre os intervenores foi a necessidade da criação de mais centros de acolhimento temporário. Existem casas-abrigo, mas estão mais adaptadas às necessidades dos sem-abrigo do que às de utilizadores de drogas em situação de vida muito precária. Destes, só há 3 no país e 22 equipas dizem ter uma parte considerável dos utentes em situação de sem-abrigo. Muito ficou por fazer. Alguns projectos ficaram por visitar e um REZOLAT II permitiria não só terminar e aprofundar este trabalho de fotografia nacional, como estimular o estabelecimento da rede de RR que neste momento começa a assumir alguns contornos. Desde o fim oficial do projecto (Dezembro de 2004) tem sido dada continuidade ao *workshop* a que nos referimos atrás. E pode neste momento começar a falar-se duma rede de equipas de RR, que tem vindo a reunir-se com uma periodicidade sensivelmente trimestral, fazendo-o rotativamente em cada uma das instituições que acolhem estas equipas. Esta rede limita-se por enquanto à zona Norte do país – o futuro dirá se ela se consolida e se alarga geograficamente.

Contactos:

Luís Fernandes: jllf@fpce.up.pt

Marta de Sousa Pinto: martasofiapinto@yahoo.com

Mariana Oliveira: patanisca2001@portugalmail.pt

NOTAS

(1) O Radicário coordenou o trabalho científico e é o responsável pelo relatório final; o IDT participou com 15% do total do financiamento para a execução do projecto, assegurando deste modo os recursos humanos necessários à pesquisa empírica na área metropolitana de Lisboa; foram ainda realizadas várias reuniões entre a equipa do Radicário e profissionais do Núcleo de Redução de Riscos e Minimização de Danos do IDT, na fase de estabelecimento do guião para a recolha dos elementos empíricos nas instituições/programas/projectos visitados.

(2) Poderá argumentar-se que uma fotografia assim obtida não é nacional. De facto, esta foi a designação adoptada por todos os parceiros do projecto REZOLAT, independentemente do método com que procederam à amostragem dos respectivos territórios. Por outro lado, do argumento exposto no texto torna-se claro que o centro da imagem desta fotografia é nitidamente constituído pelas duas áreas metropolitanas que investigámos. Se em vez de uma foto fizéssemos um mapa, teríamos ainda de ter ido por exemplo a Leiria, ao Algarve ou ao Funchal. Diga-se, no entanto, que dado o centralismo demográfico e de recursos que se verifica em Portugal, a nossa foto nacional pouco alteraria se se transformasse num mapa.

(3) Em rigor, acabámos por visitar projectos mesmo para lá deste perímetro: Braga e Viana do Castelo, a Norte, e Setúbal a sul.

(4) A pouca importância do tema da insegurança no discurso dos técnicos contrasta vivamente com a representação social dos “lugares das drogas” como sítios de insegurança e dos “traficantes” como indivíduos perigosos. Uma de duas hipóteses deverá ser explicativa a este respeito: ou o discurso dos técnicos omite esta dimensão da sua experiência de terreno ou, pelo contrário, esta experiência de proximidade esbate esses elementos da representação colectiva, próprios da distância e do estereótipo.

(5) Noutros países a RR surge também a partir de iniciativas exteriores ao dispositivo formal das drogas: associações de utilizadores de psicoactivos, movimentos de defesa dos direitos civis, acções desenvolvidas por utilizadores em contextos festivos onde se utilizam drogas sintéticas, etc.

(6) O sem-abrigo é a figura por excelência do desabrigo. Mas este inclui um leque de situações menos extremas, em que a rua aparece como o contexto central na vida de indivíduos

com trajectórias marcadas por uma sucessão de etapas que os vão afastando da maioria dos contextos mais normativos e integradores. A desprotecção é a característica mais visível do desabrigo: a rua é um espaço pouco defendido e o indivíduo não pode contar com certezas para além dos seus próprios recursos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERNANDES, L. e Pinto, M. (2004). *Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal*. Porto: Radicário (policopiado).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CHARLOIS, T. (2005). *Alliance en Europe du sud pour l'échange et la promotion des pratiques de réduction des risques chez les usagers de drogues*. Rapport final (policopiado).