

VER DE LONGE PARA OLHAR DE PERTO: A INTERVENÇÃO SOCIO-SANITÁRIA JUNTO DE GRUPOS MARGINALIZADOS EM S. FRANCISCO*

MARIA CARMO CARVALHO
RUI TINOCO
LUÍS FERNANDES

RESUMO: A presença continuada de toxicod dependentes nos espaços públicos das grandes cidades colocou o cidadão médio perante a evidência das consequências da deriva *junkie* e fez emergir uma série de estratégias de cuidados e de controle sanitário que é comum agrupar sob a etiqueta de “redução de riscos e minimização de danos”. Neste artigo propõe-se uma visita a algumas destas acções junto de toxicod dependentes de rua em S. Francisco, nos EUA. Descrevem-se em primeiro lugar alguns aspectos socioculturais do contexto em análise, de modo a situar as instituições e os projectos que, em traços gerais, são em seguida dados a conhecer. A legitimação das práticas de intervenção socio-sanitária ao nível dos discursos oficiais, quando comparamos EUA e Europa, revelam nítidas diferenças em relação ao papel do Estado na intervenção com populações marginalizadas, bem como diferenças na tónica criminalizante, mais acentuada nos EUA. E a perigosidade lida em determinados fenómenos e consequente percepção de ameaça para a saúde pública remete-nos para a velha lógica da defesa social. Procura-se, através da distância geográfica e socio-cultural, criar distância crítica sobre as nossas próprias práticas neste campo – ir longe como método para ver de perto.

Palavras-chave: Marginalidade urbana; Redução de riscos; Controle social.

RÉSUMÉ: La présence continuée de toxicomanes dans les lieux publics des grandes villes a mis le citoyen moyen devant les conséquences évidentes des junkies qui se déplacent sans aucun objectif, et a fait apparaître une série de stratégies de soins et de contrôle sanitaire qu’on appelle «la réduction des méfaits». Dans cet article on se propose accompagner quelques actions entraînées entre les toxicomanes de la rue en S. Francisco, aux États Unies.

D’abord, on fait la description de quelques aspects socio-culturels du

contexte en analyse, de façon à situer les institutions et les projets compris dans ces actions. La légitimation des pratiques d’intervention socio-sanitaire au niveau des discours officiels, si on compare les États Unies avec l’Europe, montrent des différences très nettes en ce qui concerne le rôle de l’État dans l’intervention auprès des populations marginalisées, ainsi que des différences dans la procédure criminelle, plus marquée aux États Unies. Le péril dans certains phénomènes et la conséquente perception de la menace pour la santé publique, nous remettent pour la vieille logique de la défense sociale. On essaye, par la distance géographique et socio-culturelle, de créer une distance critique sur nos propres pratiques dans ce domaine – aller loin comme méthode pour voir de près.

Mots-clé: Criminalité urbaine; Réduction des méfaits; Contrôle social.

ABSTRACT: The continued presence of drug users in the public places of the big cities, obliged the medium citizen to confront himself with the evident consequences of the junkie drifting and made appear a set of strategies of sanitary control labelled as “harm reduction and damage limitation”. This article proposes a visit to some of these actions among the street addicts of S. Francisco, in the USA. First, are described some socio-cultural aspects of the context in analysis, in order to situate the institutions and projects included in those actions. The legitimacy of the practices related to the socio-sanitary intervention at the political level, if we compare the USA and Europe, reveal clear differences regarding the role of the State intervention among marginalized populations, as well as the differences at criminal level, more emphasized in the USA. The dangers found in certain phenomena and the consequent perception of the menace to the public health, put us in the old position of social defence. Throughout the geographical and socio-cultural distance, is made the attempt to create a critical distance upon our own practices in this field – go far away, as a method, to see close.

Key Words: Urban criminality; Harm reduction; Social control.

A intervenção socio-sanitária dirigida a grupos marginalizados, com particular destaque para os sem-abrigo e os toxicodependentes de rua, tem conhecido uma proliferação de estratégias que resulta da agudização destas problemáticas nas últimas duas décadas nos países do capitalismo avançado. Em Portugal, este trabalho confinava-se até há pouco a zonas catalogadas como difíceis, criminosas, degradadas, de que os “bairros das drogas” das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto eram o exemplo maior. Mas também entre nós aquilo que parecia um problema da margem – a marginalidade era uma espécie de horizonte mais ou menos disfarçável na grande cidade, produzia-se e reproduzia-se no seu limiar –, aquilo que parecia um fenómeno da margem, dizíamos, transborda-a e retorna ao centro, fazendo-se visível, tornando-se inocultável, lançando no debate público o tema do sentimento de insegurança. No plano interventivo, enquanto os dispositivos do Estado reagem lentamente, uma série de ONG’s vão ocupando posições em espaços estratégicos, desenvolvendo intervenções cujo recorte prolonga o assistencialismo dos movimentos filantrópicos que vêm desde o fundo da modernidade, nuns casos, e noutros ensaia respostas de recorte técnico-científico, de que os programas de redução de riscos na área da toxicodependência são o melhor exemplo. Este texto propõe precisamente um debate àcerca deste último tipo de intervenção. Partimos para esse exercício, de uma visita de estudo a uma série de projectos de intervenção e investigação em S. Francisco, nos EUA. Esta visita integrava o programa de trabalho numa investigação em curso no Centro de Ciências do Comportamento Desviante da Fac. de Psicologia e Ciências da Educação da U.P. Poremos aqui em comum as linhas fundamentais de alguns dos programas actualmente a operar em S. Francisco, de modo a partilhar com a comunidade de especialistas do fenómeno-droga esta experiência, por um lado, e por outro a provocar o confronto das práticas que se realizam no nosso contexto com as de outras latitudes – na procura das evidências que a distanciação sempre produz, ao recentrar o nosso olhar sobre aspectos que a rotina do labor diário vai encobrindo. A circunstância de tomarmos aqui S. Francisco como o ponto de comparação ocorre em simultâneo, dum acaso e numa necessidade: o acaso deve-se ao facto de Ph.

Bourgeois, investigador que se tornou conhecido pelo seu trabalho etnográfico em Nova Iorque, ter ido ocupar um lugar no Departamento de Antropologia, História e Medicina Social na Universidade da Califórnia em S. Francisco (UCSF). Na sua qualidade de consultor do nosso projecto, viria a facultar-nos o contacto com o contexto em que agora trabalha. Quanto à necessidade, vem do facto de S. Francisco ser incontornável no roteiro das drogas desde os anos 60. Com efeito, se nessa época foi a Meca do movimento *hippie* e da cultura psicadélica, viria depois a conhecer a escalada para o consumo *junkie*, que Olievenstein, em tom desiludido, relata num dos seus trabalhos⁽¹⁾.

MÉTODO

Destina-se este texto a descrever, então, uma série de projectos com que tomámos contacto, exercício a que procederemos adiante. Torna-se necessário, antes de mais, contextualizar estas intervenções do ponto de vista socio-cultural, do ponto de vista dos actores e do ponto de vista das especificidades quanto aos usos de drogas. Essa contextualização, levá-la-emos a cabo a partir da utilização de notas de terreno registadas durante a estadia ao longo da qual decorreram as visitas aos projectos, uma vez que existiu uma preocupação de observação naturalista e uma atenção à cidade que poderíamos definir a partir duma postura em tudo idêntica à do *flâneur*.⁽²⁾ Essa observação naturalista foi completada por um conjunto de entrevistas a membros das equipas no terreno, que conduzimos mediados por um pequeno guião. Procurámos reunir um conjunto de informações que permitissem identificar o sujeito (área de formação, experiência junto do fenómeno, ...) e/ou o projecto em questão (objectivos do projecto, filosofia e princípios orientadores, historial, funcionamento, financiamento e articulação com outras instituições, ...); identificar as metodologias de intervenção e investigação que guiam as iniciativas; caracterizar dimensões relacionadas com as substâncias (que produtos, que tecnologias de ingestão, que estratégias de aquisição, que padrões de uso, ...); os actores do desvio (faixas etárias, elementos sobre o estilo de vida, sobre a trajectória, sobre a organização em grupos ou em subculturas específicas,...); e elementos sobre o contexto

em causa (caracterização dos contextos de uso de drogas, relação dos usos de drogas com o espaço urbano – como se distribuem os grupos de utilizadores pelo espaço urbano e como é que dialogam com a cidade hegemónica – , caracterização do meio festivo, ...).

É com base nas informações assim recolhidas que prosseguimos com o exercício de caracterizar contexto, actores e substâncias, e de apresentar os projectos visitados.

ELEMENTOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DOS FENÓMENOS DE DESVIO E PROCESSOS DE MARGINALIZAÇÃO SOCIAL EM SÃO FRANCISCO

“... vim para São Francisco porque a droga no sul, é mais barata e de melhor qualidade... já não consumo há bastante tempo, estou aqui (no UFO Project) para ver se consigo uma vaga nas casas de abrigo... o maior problema aqui são os períodos de grande consumo de *speeds* e cocaína, o pessoal perde a cabeça completamente, não quer saber de nada, ficam dias e dias sem dormir... eu deixei-me disso completamente...” (excerto a partir duma conversa com um utente de um dos projectos visitados).

Nível sócio-cultural

Duas dimensões despertaram em particular a nossa atenção no que diz respeito ao enquadramento socio-cultural de que são alvo os fenómenos de marginalidade no contexto em questão. Em primeiro lugar, e a partir de um registo que deriva exclusivamente da impressão do visitante, a relação que as figuras do desvio parecem estabelecer com o espaço urbano. Em segundo lugar, qual a filosofia que rege a intervenção, o que coincide parcialmente com a tarefa de dar conta da estratégia do sistema assistencial norte-americano dirigido a populações marginalizadas⁽³⁾.

Durante a nossa estadia ficámos alojados num bairro da cidade conhecido pela sua concentração de marginalidade – venda de drogas e outras vendas ilícitas no espaço público, concentração de população sem-abrigo, idosa e com ligação ao alcoolismo, etc.⁽⁴⁾ Este bairro é atravessado pela *Market St.*, uma das principais artérias da cidade, que tem a montante o grande parque que é o seu pulmão, e a jusante o bairro financeiro. À primeira vista concluiríamos,

então, que num determinado ponto do centro urbano, se encontra um nicho de marginalidade, logo ultrapassado pelo aparecimento de outros bairros que introduzem outras dinâmicas mais normativas. Efectivamente, basta-nos percorrer alguns quarteirões num ou noutro sentido, para esbarrarmos com um ambiente mais suavizado por uma maior diversidade urbana; mas apenas para, logo em seguida voltarmos a encontrar pequenos focos de concentração de actores do desvio... Quis-nos parecer, então, que os espaços e figuras da marginalidade se misturam, intercalam e comunicam com os restantes espaços urbanos, não sendo evidente a presença de *guettos* que nos habituámos a ver descritos a propósito de outras urbes norte-americanas e, até, em realidades bem mais próximas de nós.⁽⁵⁾

Diversos teóricos da escola de Chicago estudaram a distribuição diferencial da desviância nos espaços urbanos. São Francisco, como todos os grandes centros, não escapa à mesma aritmética: as baixas da cidade são sempre associadas a problemas de exclusão social e de inadaptabilidade. Existem, porém, outras zonas de atracção com outros serviços em que o fenómeno das drogas, dos consumos e de outros comportamentos desviantes assumem outros contornos e características – por debaixo da divisão geométrica da cidade subsistem, afinal, zonas com diferentes características e com diferentes capacidades de atracção. E a actividade policial parece assumir, aliás, um carácter diferencial de acordo com as áreas urbanas em questão. O Haight-Ashbury, por exemplo, apesar do seu poder de atracção junto de jovens em dificuldades, é policiado de uma forma mais rígida e dura que outras zonas. A permissividade apresenta, por conseguinte, diversas *nuances*, o que acaba por definir zonas em que a exclusão social não é tão visível do que noutras, em que os graus de exigência são menores.

Partilharemos, num segundo momento, alguns apontamentos e reflexões sobre a filosofia e funcionamento do sistema norte-americano dirigido a populações marginalizadas. A primeira conclusão que retirámos a partir dos elementos que nos foram fornecidos pelos nossos entrevistados é, desde logo, que as prioridades parecem ser estabelecidas em função da perigosidade lida em determinados fenómenos e consequente percepção de

ameaça para a saúde pública que transportam – a velha lógica da defesa social, portanto⁽⁶⁾. Será esta a razão que explica a qualidade da oferta dos serviços assistenciais dirigidos a portadores de HIV, em contraste com o carácter deficitário dos serviços prestados a outras situações de marginalidade necessitadas de intervenção ao nível social e da saúde pública⁽⁷⁾. Sempre que a uma ou mais situações de marginalidade (toxicod dependência, toxicod dependência juvenil, situação de sem-abrigo, alcoolismo, infecções por outros agentes, etc.) se vem associar a infecção por HIV, a oferta assistencial aumenta significativamente e os sujeitos passam a ser elegíveis para um leque de medidas de suporte social e sanitário até aí intangíveis. Resulta, daqui, uma consequência perversa que se vislumbra já – muitos indivíduos não só negligenciarão os cuidados preventivos de redução de riscos apregoados pelos interventores de rua, como procurarão activamente o contágio por um vírus mortal, na expectativa de verem assim melhoradas as suas condições de vida...

Fenómenos como a situação de sem-abrigo e a toxicod dependência são bons exemplos do tipo de negligência a que aludíamos. Verifica-se, a respeito do primeiro, uma quase total ausência de medidas oriundas dos governos centrais e/ou estaduais. A tal situação, não será indiferente a imagem que a sociedade dominante foi cristalizando em torno destas figuras – encarado como “pária”, o sem-abrigo vê a sua condição explicada por uma trajectória que resulta da sua escolha pessoal ou de incapacidades cuja responsabilidade lhe é imputada (por que não aproveitou a seu tempo as oportunidades que o sistema colocou à sua disposição, por exemplo...). As medidas disponíveis, não estando suportadas pela resolução central do problema da habitação, acabam invariavelmente por remeter de novo estes indivíduos à vidas nas ruas.

À semelhança dos sem-abrigo, também no que diz respeito aos toxicod dependentes⁽⁸⁾ de rua se verifica a inexistência de uma política de assistência dentro dos moldes a que o modelo genérico do Estado-Providência nos habituou, a nós europeus, a ter por garantido. Alguns dados sobre as taxas de incidência de algumas infecções e situações clínicas agudas (como a *overdose*) poderão ajudar-nos a recolher uma ideia mais precisa sobre qual o cenário que, do ponto de vista sanitário e da saúde pública caracteriza

este contexto – no distrito de S. Francisco, as mortes por overdose na sequência de consumos de heroína IV são actualmente a maior causa de morte, quando excluídas as mortes por causas naturais⁽⁹⁾; S. Francisco está entre as cidades americanas mais afectadas pela epidemia HIV/SIDA, e os IDU's (*injection drug users*) representam o segundo segmento de população que mais contribui para esta estatística, logo a seguir à população homossexual masculina⁽¹⁰⁾; a prevalência da infecção por Hepatite C numa amostra de jovens IDU's recolhida na cidade entre os anos de 1997 e 1999 foi de 45%⁽¹¹⁾, dados estes que vêm na sequência dos resultados de estudos epidemiológicos conduzidos ao longo da década de 90, que encontraram taxas de seropositividade para o anti-HCV entre os 50 e os 95% em faixas de população equivalentes⁽¹²⁾; e entre esta população, os interventores e investigadores no terreno com quem contactámos, identificam como principais vias de contágio a partilha de agulhas e restante parafernália de consumos.⁽¹³⁾

Tendo por pano de fundo estes indicadores, vejamos em seguida, e a título de exemplo, algumas especificidades das medidas de tratamento e redução de riscos utilizadas pelos programas de intervenção coordenados ao nível central. A oferta do ponto de vista do tratamento tem subjacente um conceito de desabituação que considera suficiente a disponibilização de uma cama, sem qualquer acesso a suporte médico, farmacológico, psicológico ou social; e os programas de substituição registam reduzidas taxas de adesão, uma vez que a dose de agonista a administrar é invariavelmente a mesma, desprezando as variações individuais dos consumos.⁽¹⁴⁾ Na esfera da redução de riscos, ainda, os técnicos denunciam sobretudo os cortes orçamentais e o carácter intermitente dos financiamentos aos programas de troca de seringas (e parafernália associada aos consumos), não obstante, como atrás demos conta, a via IV ser identificada pela investigação de forma consistente como a principal via de contágio para o HIV e Hepatite C⁽¹⁵⁾.

Em suma, parece prevalecer uma visão moralista, preconceituosa mesmo, em torno das figuras do desvio e intervenções a elas dirigidas. A desqualificação social a que são remetidas por parte do Estado, encerra um contraste significativo com as demais experiências

européias, e particularmente com a experiência portuguesa. Efectivamente, iniciou-se entre nós num passado recente, um movimento de afastamento da toxicodependência relativamente à esfera da criminalização, com a difusão de uma imagem do toxicodependente como doente, o que veio conseqüentemente a resultar numa concepção desta figura enquanto *vítima* de uma patologia, merecedora portanto de apoio e de terapêuticas específicas (aos níveis médico, psicológico e social).

Nível dos actores e figuras do desvio:

A nossa atenção voltou-se, ainda, para a identificação de especificidades que este contexto poderia encerrar do ponto de vista dos actores do desvio. Esta secção do presente texto destina-se a dar conta de alguns grupos desviantes que pensamos configurarem-se de forma distinta à que estamos habituados a encontrar. As considerações que a seguir tecemos, e que se destinam à sua caracterização resultam, insistimos em enfatizar, de um primeiro olhar naturalista a que falta uma análise mais desenvolvida. Não pretendemos aqui sistematizações acabadas; trata-se apenas de procurar, a partir da referência breve a algumas dimensões do estilo de vida de alguns destes actores, proporcionar uma imagem do clima social relacionado com os usos de drogas e outras formas de marginalidade com que tomámos contacto.

Esses actores poderão ser agrupados, por um lado, na figura do sem-abrigo e, por outro, nas diferentes intersecções que a população juvenil apresenta com os diversos fenómenos desviantes – usos de drogas, prostituição, contracção de infecções várias e, à semelhança do grupo anterior, também a vida nas ruas...

– O Sem-abrigo –

O sem-abrigo está distribuído de forma relativamente homogénea por todo o espaço urbano, embora se assista a uma concentração mais evidente na zona do *Civic Centre* e da *Mission*. Apesar de existir algum cruzamento deste fenómeno com o da toxicodependência, verifica-se que esta é uma população especialmente afectada por perturbações mentais e alcoolismo.

Este tipo de figura parece ter desenvolvido as suas próprias estratégias de sobrevivência e de movimentação no espaço

urbano. A longa trajectória de vida nas ruas favoreceu a emergência de estratégias peculiares ligadas a uma economia paralela de subsistência. Mas atentemos num excerto de notas de terreno tecidas a propósito desta figura: “A extrema e eficaz celeridade urbana contrasta com o que se vive e se observa na zona onde nos alojámos: inúmeros sem-abrigo deambulam nas ruas, ou encostam-se a uma parede, passando assim as horas num imobilismo irremediável. O visitante imediatamente se intriga: muitos deles transportam consigo carrinhos de supermercado. A primeira interpretação relaciona o carrinho com o transporte de pertences. De facto, parece que nos carrinhos se amontoam um sem número de objectos sem utilidade aparente. Num dos últimos dias da estadia, finalmente, descobrimos o motivo de tão peculiar comportamento: o material reciclável e abandonado serve como fonte de rendimento a muitos dos vagabundos da cidade, criando uma pequena e marginal economia. Na rua confrontamo-nos também com evidentes comportamentos bizarros: repetições de movimentos; monólogos incompreensíveis, entre outros. Uma das nossas entrevistadas referiu que, na zona, o caso dos sem-abrigo sobrepunha-se a situações em que a psicopatologia estava também presente.”

– Desviância Juvenil –

Deparámo-nos, como seria de esperar, com grupos juvenis com níveis distintos de envolvimento na actividade ilegal. Se alguns se inserem em esferas de marginalidade consideráveis, com um nível superior de desintegração social (jovens IDU's, *runaway kids*, *traveller homeless youth*, ...), outros existem que configuram grupos mais normativos, sem envolvimento preocupante com situações de risco (sanitário e social). São disto exemplo, os grupos que *povoam* o meio festivo associado à música electrónica – jovens inseridos familiarmente, enquadrados pelo sistema escolar e com poder de compra (a avaliar pelos sinais exteriores de bem-estar material).

A nossa atenção centrou-se sobretudo no primeiro grupo, onde se torna necessário introduzir precisões que permitem reagrupar estes actores em subgrupos, tomando por base o cruzamento do sector juvenil com os diferentes fenómenos de desviância – usos de drogas (particularmente os intravenosos) entre a *traveller homeless youth*,

infecções por DST's, HIV ou Hepatite C, a vida nas ruas, o trabalho sexual e, quando relacionada com alguma das dimensões anteriores, a homossexualidade entre a população juvenil. Assim, e salvaguardando todas as limitações que uma estereotipia deste género encerra, o retrato-tipo do actor juvenil no extremo da trajectória desviante poderia bem ser o de um jovem entre os 15 e os 20 anos, que fugiu de casa da família de origem e que vive actualmente nas ruas, que utiliza drogas intravenosas, financia os seus consumos através do trabalho sexual e contraiu, na sequência de uma ou outra das actividades, infecções por HIV e/ou Hepatite C.

O facto de os projectos que visitamos terem por alvo os indivíduos que reúnem, na globalidade, este conjunto de características valida-nos nesta descrição. Tal não deve, porém, levar-nos a esquecer a variedade de estilos de vida e trajectórias que acima pretendíamos anunciar. Assim, e no que diz respeito em primeiro lugar aos usos de drogas, não se encontra uma relação unívoca. Entre a juventude a viver nas ruas (*homeless* ou *traveller homeless youth*) encontramos, simultaneamente, grupos de IDU's e grupos que rejeitam e pontuam negativamente os usos intravenosos. Em segundo lugar, a relação com o trabalho sexual tem por base, à semelhança da dimensão anterior, motivações muito diversas – casos existem em que é a revelação da homossexualidade no seio familiar a suscitar a rejeição que impulsiona o jovem a abandonar a casa da família de origem e a viver nas ruas, transformando-se o trabalho sexual em estratégia de sobrevivência; e outros casos em que a orientação sexual nada tem a ver com as razões que motivaram o abandono da família de origem, e em que é a vida nas ruas e nas drogas duras a impulsionar o recurso ao trabalho sexual.

Na generalidade das trajectórias, o elemento de maior estabilidade parece ser mesmo a condição da vida nas ruas, já que existe nos EUA um fenómeno de abandono juvenil dos lares das famílias de origem que parece não ter equivalência no cenário europeu⁽¹⁶⁾. São os fenómenos que vimos designados por *traveller homeless youth* ou *runaway kids*... O que caracteriza esta franja particular da população juvenil é o seu estilo de vida itinerante – viajam pelo país, "saltando" comboios em grupo; neste percurso poderão acabar por desenvolver um problema com drogas,

sendo que o grupo é determinante na definição do padrão de consumo. Fruto da debilitação que as drogas comportam, acabam por fixar-se numa qualquer cidade do seu percurso e S. Francisco é, muitas vezes, o destino de chegada procurado, pelas razões a que já aludimos.

Nestas trajectórias existe um conjunto de dinâmicas que mereceriam certamente ser estudadas em profundidade⁽¹⁷⁾. Deixamos aqui alguns apontamentos sobre dimensões que nos pareceram revestir-se de maior centralidade.

Chegar às ruas. Se quiséssemos resumir as dinâmicas que remetem estes jovens para as ruas, poderíamos condensá-las em dois grandes perfis. Existem, por um lado, os jovens provenientes de famílias de classe média atravessadas por problemas vários que afectam o jovem em particular ou o núcleo familiar em geral (violência, abuso, perturbações mentais, problemas com drogas, rejeição que pode desenvolver-se relativamente ao jovem quando este decide assumir a sua homossexualidade, etc.). Por outro lado, existem os jovens provenientes de famílias de origem que já viviam nas ruas, afectadas pelos mesmos problemas, acrescidos de maior fragilidade económica, e em que a condição da vida nas ruas vem apenas garantir uma certa circularidade geracional do estilo de vida.

Dinâmicas de concentração urbana. São populações que se fixam sobretudo nos bairros da Haight-Ashbury e da Mission. Também procuram zonas industriais, com menor policiamento. (De uma maneira geral, a fixação na Califórnia e em S.F. em particular, tem por atractivos uma atitude policial mais *soft*). A distribuição urbana destas populações tende a exibir um padrão sequencial – inicialmente a fixação na Haight-Ashbury, por toda a mística que envolve o bairro e de que estes actores vêm à procura; mas os problemas relacionados com a violência e o uso de drogas duras dão rapidamente lugar aos primeiros contactos com a polícia e, na sequência destes, às primeiras sanções. Como consequência de tais episódios, estes grupos acabam por se deslocar para a Mission ou outras zonas caracterizadas por menor pressão policial.

A função das drogas. Estas são populações atingidas com frequência, por graves problemas emocionais, que o

período desenvolvimental que atravessam, não ajuda a resolver. As drogas podem cumprir, de acordo com a experiência relatada dos interventores de terreno, um papel importante na mediação e travessia deste período de grande desorganização emocional. Antes mesmo de ser possível atingir algum grau de verbalização sobre experiências de vida traumáticas, os períodos de envolvimento com as drogas podem funcionar como *ferramentas de sobrevivência emocional*. Exemplo disso mesmo é uma expressão comum em ex-toxicodependentes, que uma das entrevistadas, coordenadora de um dos projectos visitados, nos reproduziu: “*Ainda bem que usei drogas naquela fase da minha vida, senão já tinha acabado por me matar.*” ...

O trabalho sexual. Já referimos algumas facetas do trabalho sexual entre população juvenil a viver nas ruas; abordamos agora outras que também nos foram referidas como relevantes nestas trajectórias. Em primeiro lugar, a necessidade, sobretudo para as jovens, de viver em relações que as protejam e que satisfaçam as suas necessidades básicas, e que têm por contrapartida ou *moeda de troca* o trabalho sexual. Tal não significa, porém, que se revejam como prostitutas ou *sex workers*. Em segundo lugar, e no que diz respeito à prostituição masculina, idêntica estratégia de afastamento em relação à actividade desviante se observa – especialmente entre os jovens hispânicos, as práticas de prostituição raramente se traduzem por um reconhecimento da homossexualidade como orientação sexual.

O papel da ideologia. A ideologia ocupa um papel bastante central na trajectória destes grupos juvenis: são jovens com convicções políticas “desalinhadas”, acerrimamente defendidas, e que começam por ser marginalizados precisamente pelo papel que a ideologia ocupa no seu estilo de vida. A partir daí, a itinerância conduzirá a um envolvimento em círculos crescentes de marginalidade.

Nível das substâncias

Vamos referir em seguida algumas particularidades relativas aos usos de drogas que nos parecem encerrar, do ponto de vista das substâncias, suas modalidades de apresentação, tecnologias de ingestão, etc..., especificidades

que entram em contraste com as nossas concepções *domésticas* deste fenómeno.

Heroína e outras substâncias consumidas IV. A heroína que se vende na Califórnia é proveniente do México. Ao contrário da heroína europeia e nova-iorquina tem propriedades que ajudam a compreender certas variações epidemiológicas. A heroína vendida na cidade é preta e ácida. Para se preparar um *chuto* necessita-se somente de misturar água e de submeter o preparado a um aquecimento – (recordamos que a heroína europeia e nova-iorquina é alcalina, mistura-se com um solvente ácido e não requer aquecimento do caldo). A heroína mexicana protege da infecção do vírus HIV, embora possua outros inconvenientes. Os motivos que protegem da infecção do HIV são os seguintes:

- tem de se aquecer o caldo podendo tal circunstância contribuir para eliminar o vírus;
- o facto de ser ácida pode resultar no mesmo efeito;
- o facto dos restos de heroína mexicana solidificarem na seringa, inutilizando-a, faz com que muitos consumidores lavem o material o que acaba por ter um efeito protector;
- a acidez da heroína mexicana faz com que as veias se retraiam rapidamente; os consumidores acabam por passar em pouco tempo à injeção intramuscular, o que apesar dos graves abscessos assim formados, é simultaneamente um factor protector.

Crack e cocaína. Assumem, neste momento, um papel mais secundário. Todavia, é de salvaguardar que o facto de a investigação a decorrer nos projectos visitados estar voltada para jovens utilizadores de drogas IV's pode resultar em algum enviezamento desta informação. Os padrões de consumo de estimulantes são responsáveis por períodos de grande instabilidade pessoal. Assim, consumos extremamente elevados e concentrados em curtos dias, implicam diversas noites sem dormir e a emergência de atitudes pouco pensadas que favorecem o contágio com diversas doenças infecciosas. A heroína pode surgir aqui como uma substância de fim de linha que acalma a ansiedade dos estimulantes e passa, rapidamente, desse uso mais instrumental, para o desenvolvimento da sua própria dependência.

Anfetaminas e metanfetaminas. O *speed* ou *crystal* ou *crystal meth* é, neste momento, uma das substâncias mais populares e de maior consumo nos EUA e particularmente em S. Francisco. Os pequenos cristais são consumidos sobretudo por via IV; mas também surgem associados ao uso de álcool, por via fumada (tecnologia de ingestão também popular entre a população juvenil) e *snifados* (tecnologia de ingestão que arruína rapidamente as vias respiratórias). Apesar desta diversidade, quando um indivíduo ascende nos consumos a padrões de uso mais regulares, acabará, eventualmente, por chegar à via IV. Esta é uma esfera de substâncias muito associada à cena nocturna. É uma droga de rua, mas também goza de popularidade entre círculos de festas *gay*, na *sex scene* e no trabalho sexual de uma maneira geral – a popularidade nestes núcleos advém-lhe das suas propriedades instrumentais para o comportamento sexual, já que é conhecido o seu efeito no prolongamento dos contactos. A tal ponto que um informante chega mesmo a referir a “*epidemia de metanfetaminas entre gays*”, muito associada ao comportamento sexual e aos banhos públicos. As metanfetaminas IV’s reúnem também adeptos entre a classe média. Esta é a substância-problema do actual cenário juvenil em geral, e ligado à cena festiva em particular. Tem a particularidade de ser popular junto de praticamente todos os grupos e subculturas juvenis. É uma substância de elevada disponibilidade no mercado e que apresenta, como vimos, grande versatilidade do ponto de vista das tecnologias de ingestão.

Ecstasy. Apesar de o “*corte*” do mdma com anfetaminas ser também bastante comum nos EUA, nesta zona em particular assiste-se com grande frequência ao corte com heroína. O ecstasy consumido tende a ser adulterado e os utilizadores que procuram um maior controle sobre as substâncias que ingerem também exibem, à semelhança do que se verifica actualmente na Europa, uma preferência por MDMA em pó. As versões de pó em cápsulas ou de cristal em cápsulas são conhecidas mas muito pouco comuns. É, de um modo geral, a substância mais *mainstream* no meio festivo californiano.

Ketamina e GHB. São substâncias muito populares entre a comunidade juvenil mais normativa, em meio festivo.

Alucinogéneos. Os consumos de ácidos revestem-se de alguma popularidade, particularmente nas modalidades de LSD e cogumelos alucinogéneos. Confirma-se a sua maior popularidade entre os adeptos da cena electrónica e das festas em regime *outdoor*. Mais raros, mas também conhecidos, são os consumos de alucinogéneos vegetais como a *salvia divinorum* e o *ayahuasca*.

PROJECTOS DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Passamos, de seguida, à apresentação dos projectos que constituíram a razão de ser da nossa visita e que alimentaram as reflexões desenvolvidas até aqui. Trata-se de iniciativas em que a tónica se encontra predominantemente voltada para a intervenção assente numa base de proximidade (*outreach work*); num único caso (os *UFO Studies*) encontramos a investigação (de cariz epidemiológico) como móbil para a presença no terreno, sem prejuízo porém, duma preocupação de intervenção e prestação de serviços às populações com que o projecto se cruza.

UFO Studies (Projecto “You find out...”). Este projecto, financiado pelo National Institute of Health e supervisionado pelo Dept. de Medicina da UCSF, tem por finalidade o estudo quantitativo e a epidemiologia da incidência da Hepatite C em jovens IDU’s. A entidade financiadora não exhibe preocupação em acompanhar o processo de desenvolvimento da investigação, solicitando apenas um resumo periódico sintético sobre a evolução dos trabalhos. É a UCSF que supervisiona de perto todo o projecto, através de uma “Comissão de Ética”. O interesse da entidade financiadora reside quase exclusivamente na recolha periódica de amostras de sangue para controle dos níveis de infecção e na obtenção de informação actualizada sobre taxas de incidência. Para dar resposta a este objectivo, proporcionando simultaneamente um serviço às populações em causa, o projecto organiza semanalmente um “*drop-in*”, cujas actividades adiante descrevemos.

Para além do projecto central que visa o estudo quantitativo da infecção por Hepatite C em jovens IDU’s, existem ainda duas linhas de acção: um subprojecto dirigido a IDU’s envolvidos em trabalho sexual como

estratégia de financiamento de consumos (já que o trabalho sexual é preferido em relação a outros tipos de transgressão ou delito porque as sanções envolvidas são menores); e um subprojecto dirigido a população infectada por HIV e DST's (doenças sexualmente transmissíveis), onde se oferece tratamento médico ao que é possível tratar e onde se faz acompanhamento para prevenção de contágio por HIV.

O estudo desenvolve a recolha da amostra por métodos de *snowball* e por trabalho de terreno (para o qual se socorre de uma equipa de *outreach workers*). Uma vez identificados, os indivíduos são convidados a visitar o *drop in* do projecto, que funciona uma vez por semana num centro comunitário de um dos bairros da cidade de maior concentração juvenil – a *Mission*. Aí chegados, encontram um espaço de descanso e lazer, onde são oferecidos alguns serviços básicos (pequena merenda, televisão e sofás, material de higiene pessoal e, de forma “marginal” ao projecto, também troca de seringas e fornecimento de parafernália associada aos consumos). Os indivíduos são convidados a realizar a colheita de sangue que fará o despiste de Hepatite C, HIV e DST's. Por essa colheita é paga uma quantia de \$20. São depois convidados a regressar volvidos 3 meses, com a finalidade de saberem os resultados dos testes numa pequena entrevista de aconselhamento, onde também é feito um trabalho de prevenção de contágio de DST's e apoio psicológico – o retorno ao projecto implica uma gratificação de \$30. Só depois desta fase de identificação da presença ou não de contágio por Hepatite C é que os sujeitos serão convidados a integrar a amostra definitiva e a estabelecerem um vínculo com o projecto cujos contornos mais específicos não apurámos.

Nesta visita tivemos a oportunidade de permanecer por algum tempo no espaço do *drop in*, tomando contacto com a sua população e com os técnicos que aí desenvolvem o seu trabalho. Com a população, os contactos e interacções sofreram de limitações impostas pela fugacidade que uma visita deste género sempre representa. Assim mesmo, permanecer no *drop in* por algum tempo foi fundamental para percebermos perante que tipo de população estávamos, depois de esta já nos ter sido descrita em duas entrevistas anteriores; foi um momento rico na recolha de elementos de observação sobre interacções entre sujeitos,

sua percepção do projecto e funcionamento deste; e, finalmente, foi útil ainda do ponto de vista dos contactos realizados *in loco* com um conjunto de técnicos com diversas funções no projecto. Estas funções pareceram-nos estar agrupadas em quatro grandes tipos de tarefas:

– A coordenação do projecto e da equipa. A cargo de um sociólogo, o desempenho deste tipo de coordenação não invalida, porém, um contacto próximo e um grande interconhecimento entre a figura que representa a direcção e a articulação com a universidade e a população do estudo.

– A supervisão da recolha e tratamento dos dados. Esta função é desempenhada por uma investigadora da UCSF, especializada em estatística e métodos quantitativos. É a figura que se assegura de que a amostra está a corresponder aos critérios definidos pelo estudo e que procederá depois ao tratamento estatístico. Tem um contacto bastante liminar com a população.

– O “recrutamento” dos indivíduos no terreno. Esta tarefa é desempenhada pela equipa de *outreach workers* do projecto. São figuras com um grande conhecimento do terreno – estão familiarizados com os locais de concentração das populações juvenis e têm com os indivíduos em questão, relações de proximidade e confiança. É este seu estatuto e o facto de beneficiarem de uma imagem muito sólida entre a população, que assegura a disponibilidade desta a visitar o *drop in* e a colaborar no estudo. A sua grande experiência de terreno torna-os figuras ricas em informações sobre os estilos de vida e necessidades destes indivíduos. Assim, tivemos contactos bastante informais com três dos *outreach workers* que nos falaram do seu trabalho no projecto, da sua experiência de terreno e das características da população juvenil consumidora de drogas em S. Francisco.

– Finalmente, a oferta de serviços e apoio à população do estudo. Esta função é a que confere ao projecto uma dimensão que vai muito além dos objectivos fixados pela investigação – diríamos que esta funciona, sobretudo, como um pretexto para a prestação de uma variedade de serviços a um conjunto de indivíduos extremamente

carenciados de cuidados sanitários básicos, de informação sobre os riscos associados ao consumo de substâncias IV e promoção de comportamentos que se dirijam à minimização desses riscos e outras dimensões gerais da redução de riscos (aconselhamento e apoio psicológico pontual incluídos). São tarefas desempenhadas pela mesma equipa de *outreach workers* que desenvolve o recrutamento, sendo fundamental que, chegado ao *drop in*, o sujeito *x* encontre a mesma pessoa que realizou o convite a visitar o projecto, de forma a assegurar a continuidade do laço de confiança estabelecido previamente. Será, então, esta figura que recolherá a entrevista inicial de selecção para integração na amostra, que conduzirá os indivíduos à carrinha para colheita de sangue e administração de cuidados de saúde básicos e a fornecer, semanas mais tarde, o feed-back sobre os resultados das análises; isto acontece numa pequena entrevista privada, onde se oferecem alternativas possíveis para adaptar o estilo de vida na rua à convivência com uma doença crónica (como a Hepatite C) ou mortal (como o HIV).

HAYOUT – Haight Ashbury Youth Outreach Program. Este projecto parece ser dos mais estimados pelos técnicos e dos mais conhecidos dos utentes, ao que não será alheia a sua filiação, solidez ao nível da implementação no terreno e localização – já que está sediado na *mítica* zona da Haight Ashbury. Visitámos o *drop in* do HAYOUT na tarde semanal em que se encontrava encerrado para trabalho de rua. Entrevistámos a sua coordenadora actual, com formação em antropologia, e trocámos impressões com alguns membros da equipa.

O HAYOUT é um projecto na dependência dos *Substance Abuse and Treatment Services* da *Free Clinic* de S. Francisco. A *Free Clinic* é uma instituição com grande reputação a operar no terreno há pelo menos 3 décadas e que, como o nome indica, oferece apoio sanitário gratuito a populações marginalizadas e afastadas do sistema de saúde do Estado (que como é sabido, assume nos EUA um carácter predominantemente privado, inviabilizando o acesso das populações marginalizadas a cuidados de saúde especializados). É um projecto vocacionado para o apoio a uma figura de desvio muito característica dos Estados Unidos que descrevemos atrás – a *traveller homeless youth* – e oferece, por essa razão, serviços especificamente dirigidos

a IDU's (o *Needle Exchange Program* da *Free Clinic*, é um exemplo), assim como outros serviços de que qualquer jovem a viver nas ruas poderá beneficiar. A filosofia de intervenção é caracterizada pelo respeito pelas opções e estilos de vida das pessoas que procuram o projecto, numa perspectiva de redução de riscos. Como exemplo do clima de proximidade que se procura estabelecer e da filosofia que regula a atitude dos técnicos perante a opção de viver nas ruas e consumir drogas, veja-se um pequeno excerto do guia oferecido aos utentes:

"This book is designed just for homeless and travelling kids to use however you need it. (...) We tried to include only places that will treat you with respect. (...) We can help you get off the streets (if that's what you want) or stay healthy while you stay on the streets (...)". (Hayout Resource and Referral Guide, 2003)

As duas estruturas centrais de actividade do projecto são o *drop in* que opera em moldes idênticos aos que descrevemos a propósito do Projecto UFO, com a diferença de que apresenta um carácter permanente; e uma equipa de *outreach workers* no terreno. Estas estruturas assumem igual relevância na estratégia de intervenção. No *drop in*, para além dos serviços básicos habituais (ligados à saúde, fornecimento de materiais de higiene e associados aos consumos, alimentação, lazer, descanso, etc) os utilizadores do serviço podem também encontrar marcação de consultas médicas, roupas, apoio à obtenção de documentos de identificação, acesso ao direito a *tickets* de alimentação, ajuda à procura de emprego, ao abandono da vida nas ruas, cheques veterinários (já que muitos jovens têm animais de estimação em cuja saúde depositam maior preocupação do que em si próprios), apoio à entrada em programas de reabilitação, aconselhamento individual, etc, exibindo os técnicos uma atitude de disponibilidade para encontrar soluções para praticamente todos os problemas e dificuldades que os utentes possam apresentar. Já o trabalho das equipas de *outreach* constitui a face visível do projecto nas ruas. Desta forma, não só são apresentadas as alternativas e serviços oferecidos pelo projecto, como existe todo um trabalho de *apoio activo*, chamemos-lhe assim, em que os técnicos fazem visitas a pessoas internadas, vão ao seu encontro para resolver problemas, etc, adoptando o papel de uma figura de vinculação alternativa.

Needle Exchange Program da Free Clinic de S. Francisco.

Este é um serviço de troca de seringas que segue os moldes das estruturas habituais de RR – trata-se de uma moradia localizada na Haigh-Ashbury, em instalações da Free Clinic de S. F., onde para além deste programa semanal decorrem consultas médicas e sessões de esclarecimento dirigidas a jovens IDU's a viver nas ruas. Permanecemos neste espaço por algumas horas e tivemos oportunidade de presenciar de perto a dinâmica da troca de seringas e do fornecimento de parafernália de consumos, produtos sanitários, etc... Apesar de essa não ser a vocação deste tipo de espaço, é proporcionada aos utentes a possibilidade de, ali mesmo, cuidarem da sua higiene pessoal (lavar os dentes, fazer a barba, por ex.) e resolverem pequenos problemas de saúde. É também uma oportunidade de efectuar a divulgação de outras iniciativas e projectos a operar na zona, apelando à frequência do *drop in* do projecto HAYOUT, ou convidando a assistir, nas mesmas instalações, a sessões de esclarecimento sobre *overdosing*. No período de aproximadamente uma hora em que acompanhamos o processo de troca mais de perto, não será errado afirmar que foram trocadas cerca de meio milhar de seringas de diferentes calibres.

O facto dos técnicos aqui presentes serem praticamente a mesma equipa que compõe o estudo UFO e o projecto HAYOUT é um factor acrescido de sucesso – tendo em conta que o universo de utilizadores destes serviços é tendencialmente o mesmo, existe a possibilidade de tirar partido dos vínculos de confiança previamente estabelecidos ou estabelecidos a partir de outros contextos.

Projecto *DanceSafe*. Este projecto apresenta contornos algo distintos dos outros que visitámos. Com um funcionamento assente no voluntariado, os seus colaboradores operam sob a coordenação de um responsável por cada uma das zonas urbanas (*chapters*) em que a *DanceSafe* está instalada nos EUA. O *chapter* que visitámos é aquele que tem a cargo as acções que decorrem em S. Francisco e *Bay Area* e está sediado em Oakland, uma cidade da área metropolitana de S. Francisco. O nosso encontro decorreu no âmbito de uma das reuniões semanais, em que a equipa se disponibilizou para responder às dúvidas colocadas e para apresentar a história, funcionamento e princípios orientadores do projecto.

O *DanceSafe* conta já com quase duas décadas e construiu a sua identidade em torno do meio festivo e manifestações de lazer associadas à música electrónica dirigidas à população juvenil. O seu fundador tomou a iniciativa de criar uma organização em torno da sua necessidade pessoal de, enquanto frequentador de *raves* e utilizador de drogas de síntese, reunir um conhecimento mais preciso e seguro das substâncias em circulação em tais contextos. É essa a origem da *DanceSafe*, uma estrutura afastada da academia e dos projectos financiados governamentalmente, e que opera através de redes informais de indivíduos que são, simultaneamente, frequentadores do meio e voluntários da organização. Assenta numa filosofia de intervenção pelos pares, o que confere aos seus membros uma motivação muito específica para colaborar, já que são, eles próprios, frequentadores e utilizadores de substâncias que sentiram, enquanto tal, a necessidade das iniciativas que desenvolvem.

Qualificam a sua metodologia de intervenção como *intervenção passiva* – “não se oferece nada de forma activa. Espera-se que as pessoas nos procurem”. A reputação da organização e o facto de a população com que contactam não exibir necessariamente um problema com o uso de drogas, dispensa ou secundariza a necessidade de uma intervenção de contornos activos, assente, por ex., no *outreachwork*. E delimitam o seu campo de intervenção no fenómeno dos usos de drogas como aquele que se situa no espaço “entre a abstinência e o abuso”, caracterizando-os uma postura crítica relativamente às políticas estatais de intervenção no campo das drogas e seus princípios genéricos da redução de riscos.

Quanto ao funcionamento, cada *chapter* (área urbana coberta pelo projecto) tem um coordenador que se encarrega de reunir uma equipa de voluntários. Esta rede vai sendo acrescentada à medida que elementos já activos tomam a iniciativa de trazer novos colaboradores para o projecto ou que mais pessoas manifestam, via internet, interesse em participar. Não é, exigida qualquer habilitação específica, nem treino especializado.

A representação da *DanceSafe* nos eventos parece estar bastante simplificada dada a forma como foi consolidando a sua implementação no terreno, sendo bem conhecida dos frequentadores e promotores de eventos. Chegados a um

evento, os membros da *DanceSafe* montam a sua banca no espaço que lhes é atribuído pela organização e expõem o seu material de divulgação, brindes e kits de teste de substâncias.

Como o projecto não beneficia de qualquer subsídio público, financia-se por estratégias que passam por donativos, pagamento de cotas e outras iniciativas pontuais (por exemplo, a equipa poderá agendar um dia em que se oferece para fazer lavagens-auto em troca de donativos). Nas festas, em função do donativo que os participantes estiverem na disposição de oferecer, poderão ser trocados pequenos brindes úteis – desde uma barra de chocolate, a uma bebida, um feixe luminoso ou um kit de teste. O teste de substâncias, seguido de um feed-back total sobre a identificação, qualidade e riscos das substâncias presentes, é a função central da equipa num evento⁽¹⁸⁾.

NOTA FINAL

Era, ainda, nosso interesse saber em que medida projectos da natureza daqueles que visitámos, se relacionavam com os propósitos e estratégias da investigação. Esta não é uma relação pacífica, na medida em que dois tipos de problemas se impõem – por um lado, a excessiva concentração nos objectivos da pesquisa, sem grande interesse em proporcionar um serviço às populações; por outro, a excessiva concentração na prestação de um serviço secundarizando a pesquisa, ou desenvolvendo-a, por ex., de forma deficiente, em torno de questões pouco pertinentes, etc... O principal desafio que se coloca à investigação desenvolvida a partir de projectos que, como estes, gozam de um grau considerável de inserção no terreno, constituindo, por essa razão, pontos de acesso privilegiado a estes fenómenos reside, precisamente, em atingir o equilíbrio entre os propósitos da investigação e os propósitos da intervenção. Também na investigação é o critério da defesa social que parece prevalecer – as entidades financiadoras estão interessadas, exclusivamente, na avaliação das flutuações nas taxas de infecção por HIV, sobre as quais requisitam informação periódica. O facto de a investigação ter vindo a revelar a eficácia das abordagens proximais, de cariz naturalista na recolha destes indicadores, é a razão única para o apoio aos projectos que visitamos. Fica, assim, por

explorar o manancial de informação e a experiência que os técnicos de rua, com o seu conhecimento em profundidade destas populações, teriam para oferecer. Não resta pois, a quem opera no terreno, alternativa outra que não o aproveitamento instrumental dos interesses das entidades financiadoras para, a propósito da tarefa de responder ao seu pedido específico, procurar oferecer em troca, algo de útil às populações.

Contactos

Maria Carmo Carvalho, Psicóloga e Investigadora do Centro de Ciências do Comportamento Desviante da F.P.C.E.U.P.

(ccarvalho@psi.up.pt)

Rui Tinoco, Psicólogo do CAT Cedofeita e docente na Universidade Fernando Pessoa

CAT de Cedofeita

R. Álvares Cabral, 328

4050-040 Porto

Telefone: 22 207 49 90

Luís Fernandes, Professor da FPCEUP. (jlff@psi.up.pt)

NOTAS

(*) O presente texto resulta de uma missão a S. Francisco, realizada no âmbito da investigação “Heroína e ecstasy – distâncias e aproximações entre velhas e novas drogas”, que beneficiou de financiamento atribuído pelos fundos FEDER – Eixo 2, medida 2.3 do POCTI – Programa Operacional “Ciência, Tecnologia, Inovação” do QCA III.

(1) Em *La drogue ou la vie* (1983), Olievenstein relata uma viagem em que visita os lugares míticos que os seus clientes da clínica de Marmottan lhe referiam nas suas aventuras. Consta, com desilusão, que há já em S. Francisco poucos vestígios da revolução lisérgica e que o “novo-toxicodependente” pouco tem das características que marcaram a etapa em que as drogas eram um elemento central da contra-cultura.

(2) O *flâneur* é uma figura que aparece na obra de Walter Benjamin para caracterizar um modo de entrar em relação com espaços urbanos complexos e heterogéneos. Num livro recente de crónicas de viagem, definiamo-la assim: “O flâneur elege a rua como o lugar fabuloso onde, sob a aparência de rotina branda umas vezes, ou de explosão de circunstâncias outras vezes, o cenário muda constantemente. Ela esconde e revela, oculta e

expõe, parece feita de ruídos e é fala o seu barulho” (Fernandes, L. (2001). *Pelo Rio Abaixo*. Lisboa: Editorial Notícias).

(3) Enfatizamos que estes são aspectos reproduzidos a partir dos pontos de vista dos entrevistados nesta visita – técnicos e coordenadores de projectos de investigação e intervenção, desenvolvidos numa lógica de proximidade e redução de riscos.

(4) Falámos do *Civic Centre* e do *Tenderloine*, enclaves situados entre o bairro financeiro e a zona oriental da cidade - onde estão situados, por exemplo, os míticos bairros associados ao movimento libertário *gay* (*Castro District*) e ao movimento *hippie* que se fixou na cidade na década de 60 e que continua hoje a atrair hordas de população juvenil (no cruzamento das ruas *Haigh* e *Ashbury*).

(5) Lembramo-nos, para citar apenas alguns exemplos, do foco de concentração de marginalidade do Centro Histórico do Porto ou, até há pouco, do bairro do Casal Ventoso, em Lisboa.

(6) Michel Foucault, nos seus trabalhos sobre a genealogia do controle social, salienta o papel da lógica da defesa social na criação e expansão do dispositivo da loucura. Aquilo que, num primeiro olhar, era movido por uma vontade científica e humanitária tinha como terreno de fundo, afinal, a protecção da sociedade contra a degenerescência, na linguagem da época. Não é difícil detectar paralelos, na actualidade, no dispositivo da droga.

(7) É o que acontece, por exemplo, com a assistência aos portadores de Hepatite C, não obstante as elevadíssimas taxas de consumo intravenoso de drogas de rua (sobretudo heroína e anfetaminas).

(8) Existem, naturalmente, cruzamentos entre os dois fenómenos – i.e., toxicod dependentes em situação de sem-abrigo; quando atrás nos referimos porém à figura do sem-abrigo, fazíamos-lo pensando sobretudo no indivíduo idoso, com uma trajectória longa de vida nas ruas, entregue à mendicidade como estratégia central de subsistência, por vezes com quadros associados de psicopatologia e alcoolismo.

(9) Stephens (2000) cit in Davidson, P. et al., *Addiction* (2002), 97: 1511-1516.

(10) Shafer, K. et al. (2002). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31: 422-431.

(11) Hahn, J. et al. (2001). *Hepatology*, 34: 180-187.

(12) *idem*

(13) D. Ciccarone, médico e reconhecido investigador da UCSF, defende a existência de um menor grau de incidência e prevalência do HIV na população heroinómana em comparação com outras grandes cidades norte-americanas, nomeadamente aquelas que são abastecidas por heroína proveniente de

mercados asiáticos. Essa diferença seria explicada à luz de diferenças nas práticas de consumo impostas pelo modo de apresentação da heroína de proveniência latino-americana que aqui se consome, e que obriga a um superior aquecimento para permitir a injeção.

(14) D. Ciccarone refere que as prescrições de metadona e subutex implicariam a abertura de registo policial. O mesmo não aconteceria com a sobuxona, de prescrição mais liberal. Note-se que este tipo de fármaco é ainda inexistente em Portugal.

(15) Os nossos entrevistados informaram-nos que o governo interrompeu recentemente o financiamento destes programas sob pretexto de que estaria por comprovar a sua eficácia no controle do contágio dos principais agentes infecciosos que afectam estas populações – HIV e Hepatite C...

(16) Temos conhecimento da existência de grupos de investigação criados, a nível europeu, sobre o fenómeno da *juventude em errância*, e em que Portugal participou através do *Radicário* – Instituto de Ciências do Comportamento Desviante, participação essa coordenada por J. Marques Teixeira. Nos EUA o fenómeno assume uma escala que torna possível o contraste que avançamos comparativamente com a nossa realidade.

(17) A pesquisa a que procedemos com o intuito de encontrar referências a investigação sobre este fenómeno juvenil conduziu-nos exclusivamente a descrições epidemiológicas sobre os problemas sanitários que a afectam; não encontramos referências a pesquisas de cariz qualitativo que explorassem a riqueza sociológica deste fenómeno, suas dinâmicas e trajectórias.

(18) Destacamos o facto de o feed-back oferecido aos consumidores ser total. No nosso país, o único projecto análogo, que funcionou em Lisboa (*Ponto de Contacto*, na Av. 24 de Julho) só estava autorizado a esclarecer sobre a presença de substâncias perigosas, não podendo referir a percentagem/qualidade do mdma presente numa pastilha de ecstasy – devido a tal informação ser pontuada como “incentivo ao consumo”. Este assunto foi, aliás, tema de acesa discussão na comunidade de interventores e especialistas das drogas no nosso país.