

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Mediação na Redução de Riscos e Minimização de Danos na toxicodependência: práticas e desafios

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para obtenção do grau de Mestre em Intervenção Comunitária, especialização em Educação Para a Saúde

Por:

Estela Adriana da Rocha Simão

Sob a orientação de:

Doutor Miguel Prata Gomes

E coorientação de:

Mestre Agostinho Rodrigues Silvestre

Resumo

Na sociedade atual, temos assistido a preocupações emergentes e a novos caminhos de intervenção comunitária que pretendem responder adequadamente a cada situação. Estando a sociedade em constante evolução, também as respostas sociais se vão modificando e adaptando a problemas que “conhecemos” desde sempre (ou, pelo menos, procuramos conhecer) que, contudo, adquiriram outras perspetivas. É exatamente neste sentido, que surge esta investigação na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) na toxicodependência que aborda o fenómeno da toxicodependência para além do modelo de doença, perspetivando-a como um estilo de vida.

A modalidade de RRMD concretiza-se através da atuação de equipas multidisciplinares, que passa não só pela troca de material ou assistência local imediata, mas também pela mediação. O objetivo desta investigação é compreender de que forma a mediação é assumida na ação de duas equipas específicas de RRMD, no âmbito da toxicodependência.

Tratando-se de um estudo de caso, recorreu-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas a um total de dois técnicos e quatro utentes de duas equipas de rua que englobam zonas diferentes da cidade do Porto – Projeto Rotas com Vida (Associação Norte Vida) e Projeto Elos (Arrimo).

Os dados desta investigação revelaram que a mediação é assumida no trabalho destas equipas de rua, sobretudo como um processo de facilitação no acesso dos utentes a outros serviços, pressupondo negociações entre técnicos – utentes e um trabalho em rede e parceria com variadas estruturas. Concluiu-se ainda que este processo pressupõe uma relação de “proximidade” e comunicação com o utente, no sentido de corresponder às suas necessidades, atendendo às reais possibilidades. Contudo, sentiu-se necessidade de realçar a questão da aquisição de ferramentas específicas para a mediação. Para isso, desenhou-se uma proposta muito genérica de um projeto de intervenção. Sucintamente, a mediação apresenta-se como parte integrante do trabalho desenvolvido pelas equipas de rua analisadas, como um meio de estabelecer pontes de ligação entre os seus utentes, comunidade envolvente e serviços.

Abstract

In today's society, we have witnessed emerging concerns and new ways of community intervention wishing to respond appropriately to each situation.

Being a constantly evolving society, the social responses also will be modifying and adapting to the problems that we "know" since forever (or at least seek to know) which, however, have acquired other perspectives. It is exactly this connection that arises this research in Reducing Risk and Harm in addiction that addresses the phenomenon of addiction beyond the disease model, envisaging it as a lifestyle.

The modality of RRMD is achieved through the work of multidisciplinary teams, which involves not only the exchange of material or immediate local assistance, but also mediation. The aim of this research is to understand how mediation is assumed in the action of two specific teams for risk reduction and minimization of damage within the addiction.

Since this is a case study, we resorted to the application of semi-structured interviews with a total of two professionals and four users from two street teams that encompass different areas of the city of Porto – Project Rotas com Vida (Association Norte Vida) and Project Elos (Arrimo).

Data from this study reveal that mediation is assumed in the work of these street teams, especially as a process of facilitating the access of users to other services, assuming negotiation between technicians and users and a whole networking and partnership with various structures. It was concluded that this process presupposes a relationship of "proximity" and communication with the patient, in order to meet their needs, taking into account the most appropriate possibilities. However, it was felt necessary to highlight the issue of acquisition of specific tools for mediation. For this, it was drawn up a very general proposal of an intervention project.

Briefly, mediation is presented as an integral part of the work carried out by street teams analyzed as a means to bridge the connection between its users, and local community services.

Agradecimentos

Esta investigação nunca teria sido possível de realizar sem o contributo e disponibilidade de algumas pessoas que ajudaram, indiscutivelmente, na construção dos seus alicerces.

Em primeiro lugar, o agradecimento a quem aceitou fazer parte deste estudo, colocando nas nossas mãos o precioso conteúdo dos seus discursos, partilhando as suas vidas, pensamentos e pontos de vista. Esperamos ter-lhe dado o uso devido e correspondido de forma assertiva nas suas interpretações de tudo o que nos quiseram transmitir.

O especial agradecimento aos orientadores deste trabalho de projeto – Doutor Miguel Prata Gomes e Mestre Agostinho Silvestre – que me orientaram nesta longa caminhada feita de avanços e retrocessos que acabou por ser finalizada com grande satisfação.

O nosso agradecimento especial ainda à Dr. Manuela Moreira e ao Dr. António Caspurro, que nos abriram as portas das instituições onde desenvolvem o seu trabalho para que pudéssemos chegar até à população alvo desta investigação.

De igual modo, não poderíamos deixar de reconhecer a simpatia e acolhimento que sentimos por parte dos demais técnicos das equipas de rua nas quais incidiu esta investigação.

Finalmente, mas não menos importante, agradecemos a disponibilidade e apoio das pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram para que esta caminhada, com menos ou mais contratemplos, pudesse seguir em frente e chegar a este momento.

Índice

Introdução	2
------------------	---

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Sobre o Objeto de Estudo e de Intervenção.....	6
Capítulo 2. Fenómeno Droga: Enquadramento Geral.....	11
2.1. Enquadramento Sócio Histórico do Fenómeno Droga.....	11
2.2. O fenómeno Droga em Portugal: aspetos gerais.....	14
Capítulo 3. Enquadramento Concetual	18
3.1. Toxicodependência/ Toxicodependente	19
3.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos.....	26
3.3. Mediação	33
3.4. A Mediação nas Equipas de RRMD, no âmbito da Toxicodependência	41
Capítulo 4. Formulação das Hipóteses de Investigação	44

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 5. Estratégias para a Investigação	46
5.1. Método e desenho da Investigação.....	46
5.2. Procedimentos para a Recolha de Dados	48
5.2.1. Contextualização da Norte Vida e Arrimo e suas Equipas de Rua	48
5.2.2. Universo, seleção e caracterização da Amostra	52
5.2.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados	55
Capítulo 6. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados.....	57

6.1. Codificação e Categorização	59
6.1.1. Das entrevistas aos utentes.....	59
6.1.2. Das entrevistas aos técnicos.....	64
Capítulo 7. Apresentação e Interpretação dos Resultados	68
7.1. Descrição Analítica das Categorias	68
7.1.1 Categorias das entrevistas aos utentes	68
1. Representações da toxicodependência.....	68
2. Iniciação ao consumo de drogas	70
3. Trajetória de consumo de drogas	72
4. Períodos de não consumo	74
5. Situação actual: consumo ou Programa de substituição Opiácea	75
6. Trajetória nas Equipas de Rua	76
7. Mudanças durante o percurso nas equipas de rua	79
8. Relação utente – técnico.....	82
9. Intervenção das equipas de rua	83
7.1.2. Categorias das entrevistas aos técnicos.....	85
1. Particularidades da intervenção.....	85
2. Perceção de “mediação”.....	88
3. Negociação com os utentes	90
4. Mediação e integração do utente no meio social.....	91
5. Alterações nos Comportamentos de Risco.....	92
6. Dificuldades no cumprimento deste serviço.....	93
7. Mudanças, factos e desafios a nível geral na área	93

Capítulo 8. Elementos de Síntese Integrativa.....	94
8.1. Toxicodependência: entre a doença e um estilo de vida	95
8.2. Equipas de Rua de Redução de Riscos e Minimização de Danos – da Relação à Intervenção	97
8.3. Processos de Mediação - Atuação das Equipas de RRMD na toxicodependência	98

PARTE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO

Capítulo 9. Desenho do Projeto de Intervenção.....	102
9.1. Planificação das Atividades do Projeto	104
Conclusões Finais	106
Bibliografia	110

Mediação na Redução de Riscos e Minimização de Danos na toxicodependência: práticas e desafios

Introdução

O estudo da toxicodependência tem ocupado um espaço significativo na área da saúde pública a nível nacional e internacional, o que é comprovado pelas várias (re)definições ao seu conceito. Sabemos que todos os fenómenos sociais podem ser observados desde vários ângulos e perspectivas. A toxicodependência não é exceção, podendo adquirir conceções diversificadas que, inclusive, se podem complementar.

A perspectiva da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) traz-nos uma nova perceção do comportamento aditivo, que embora admita o modelo droga-doença, dá prioridade a um novo modelo: droga como estilo de vida.

De acordo com esta vertente, na qual nos situamos pois acreditamos ser mais holística, a investigação na área da toxicodependência deve ser multidimensional, tendo assim em conta as diversas variáveis que integram este processo, designadamente um conjunto de fatores biopsicossociais.

A modalidade de RRMD é aplicável através de todo um trabalho desenvolvido por equipas técnicas multidisciplinares, que podem atuar em unidades móveis ou instituições. Esse trabalho que vai para além da prestação de serviços básicos e fornecimento de material, passa também pela intervenção com base na mediação que possibilita a ligação do utente a outros serviços.

O conceito de “mediação” é inúmeras vezes relacionado com a resolução de conflitos, mas questionamo-nos se este conceito não poderia significar muito mais num contexto de RRMD. Assim, pretendeu-se com esta investigação, compreender como a mediação é assumida na acção das equipas de RRMD na área da toxicodependência. É neste sentido que optamos pelo estudo de caso, para que pudéssemos analisar em profundidade um caso/ contexto particular de duas equipas de rua neste âmbito.

O que pode significar afinal a mediação no trabalho das equipas de RRMD no âmbito da toxicodependência? Como é que a mediação é feita pelos

técnicos destas equipas, neste contexto específico? Nesta investigação propusemo-nos encontrar algumas respostas a estas questões. Compreender as teorias e sobretudo perceber até que ponto elas se verificam neste contexto específico ou, por outro lado, se este último nos conduziu a outros caminhos de conhecimento.

Como forma de recolha de dados, elegemos as entrevistas semiestruturadas aplicadas a quatro utentes e dois técnicos, uma vez que nos pareceu a melhor forma de recolher dados qualitativos. Podemos referir que concluímos que a mediação é um processo reconhecido pelas equipas analisadas e que estas a definem como um processo de facilitação no acesso dos utentes a outros serviços; associam a mediação ao trabalho em rede e parceria que desenvolvem e consideram que a mediação na RRMD passa por estabelecer pontes, nomeadamente no triângulo utentes – serviços – comunidade. A comunicação horizontal e a relação de proximidade sempre com objetivos bem definidos, parece ser um fator indispensável para que seja possível haver mediação.

Relativamente à sua organização interna, este Trabalho de Projeto encontra-se dividido em três partes: Enquadramento teórico; Investigação Empírica e Projeto de Intervenção; subdividindo-se simultaneamente em 9 Capítulos.

Inicialmente, começamos por introduzir o tema - *Mediação no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos na Toxicodependência* - justificando a sua escolha, definindo os objetivos e relacionando o tema com a Intervenção Comunitária. Partindo depois para uma parte de fundamentação teórica, onde é realizado um enquadramento da droga a nível mundial e nacional e são clarificados alguns dos principais conceitos relacionados com o tema, nomeadamente toxicodependência/ toxicodependente; redução de riscos e minimização de danos e mediação. Ao teorizarmos sobre cada um destes conceitos sentimos a necessidade de fazer a ligação entre eles para, em seguida, formularmos as hipóteses de investigação, referindo aqui a título de exemplo - a mediação no âmbito das equipas de RRMD na toxicodependência, pressupõe facilitar o acesso dos utentes a diversos serviços/ integrar o utente no meio social. Posto isto, na parte seguinte do nosso trabalho, damos lugar a

uma investigação empírica. Nesta parte explicitamos e justificamos a utilização do estudo de caso como metodologia de investigação realizando-se uma aproximação qualitativa na análise de dados. Estes últimos (dados) decorrem da utilização de entrevistas semiestruturadas (aplicadas à nossa amostra - 2 técnicos e 4 toxicodependentes) definindo-se assim o nosso instrumento de recolha de dados. Consideramos fundamental a contextualização das instituições e equipas de rua, assim como a caracterização da amostra deste estudo. Os projetos de RRMD analisados das duas instituições – Projeto “Rotas com Vida” (Norte Vida) e Projeto “Elos” (Arrimo) – abrangem zonas diferentes da Cidade do Porto, respetivamente a Zona Ocidental e a Zona Histórica e Oriental. Dentro destas zonas, podemos referir que a população consumidora é maioritariamente do sexo masculino, apresenta longo percurso de vida associado a consumos concomitantes de várias substâncias (heroína, cocaína, álcool...), e na maioria em situação de precaridade económica (situações de sem-abrigo). Da amostra deste estudo, a nível dos quatro utentes entrevistados, estes tinham idades entre os 40 - 48 anos, todos do sexo masculino e a maioria em situação de desemprego, sendo que um é consumidor e três frequentam o programa de substituição opiácea (Metadona). Todos frequentaram outras estruturas (tratamento) anteriormente à RRMD e apresentam percursos de consumo prolongados, entre os 22 - 35 anos.

Relativamente aos dois técnicos entrevistados, ambos exercem funções de coordenação dos projetos de RRMD, sendo que um é Técnico de Serviço Social, trabalhando na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos em Toxicodependência há cerca de 6/7 anos, e outro é Psicólogo Clínico e trabalha na mesma área há mais de quatro anos.

Na análise de dados, estes são agrupados em temas categoriais, respetivas categorias e subcategorias. A partir daí, são apresentados e interpretados os resultados a partir da descrição analítica das categorias e da síntese integrativa, onde são condensados os dados provenientes das entrevistas com os dados teóricos e as hipóteses e investigação.

Na terceira parte, é traçado um plano genérico para um projeto de intervenção como uma forma de projeção desta investigação, que nos pareceu fazer sentido, uma vez que dos dados empíricos surgiram questões que faria

sentido serem trabalhadas. Assim, traçamos um possível projeto que se centrasse na formação em mediação (destinada aos técnicos) e a formação na área do empoderamento e da cidadania (para os toxicodependentes e estruturas/serviços) tendo em conta uma metodologia participativa, visto que se verificou a necessidade de afirmar ainda mais a prática de mediação, o que implica o trabalho com estes três elementos. Genericamente, propomos uma intervenção com base na formação

Por fim, como conclusões finais do nosso trabalho podemos dizer que sem dúvida, a mediação é uma forma de intervenção tão abrangente que, apesar de se verificar nas práticas das equipas de rua analisadas, talvez o desafio se prenda com a afirmação dessa intervenção mediadora.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1. Sobre o Objeto de Estudo e de Intervenção

Ao longo dos tempos, a Redução de Riscos e Minimização de Danos foi-se afirmando como uma política e tem vindo a ser posta em evidência não só como alternativa, mas como complemento a outras respostas para a toxicodependência. Do mesmo modo, a prática das equipas que atuam segundo esta política foram-se alargando e atualmente passa também pela mediação entre os utentes e acesso a serviços. Assim, justificamos a escolha pelo tema “*Mediação no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos na Toxicodependência*” que nos parece ser um bom alvo para investigação, na medida em que o termo “mediação” neste contexto está ainda relativamente pouco esclarecido, estando geralmente mais direcionado para a resolução de conflitos. Assim, procuramos chegar ao “verdadeiro” significado da mediação neste contexto, percebendo o que ele pode envolver.

Poderíamos ter optado por outras perspetivas, como o Tratamento ou a Prevenção do consumo de drogas, indiscutivelmente importantes, mas a perspetiva da Redução de Riscos e Minimização de Danos entendida na sua faceta de mediação pareceu-nos mais desafiadora pelas suas particularidades. Assim, posicionamo-nos na perspetiva da Redução de Riscos e Minimização de Danos, uma vez que esta assenta em práticas e programas que visam em primeiro lugar, reduzir as consequências socio-sanitárias e económicas adversas para a saúde, sociais e económicas do consumo de drogas, sem passar necessariamente pela redução ou abstinência do seu consumo.

Apesar de muitos estudos tentarem apresentar uma definição do conceito de toxicodependência, não nos parece concebível uma única conceção, ou a existência de alguma conceção que seja absoluta. Assim, consideramos que seria muito redutor se tivéssemos em conta apenas a visão do toxicodependente como um doente ou delinquente, ainda que estas categorias

tenham sido resultado da sua história. Daí o facto de optarmos pela área da Redução de Riscos e Minimização de Danos, uma vez que parte da perspetiva da toxicodependência também como um estilo de vida. Deste modo, as intervenções no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos baseiam-se num forte compromisso com os direitos humanos e a saúde pública.

Em termos bibliográficos, atualmente a literatura já se encontra direcionada para esta perspetiva da RRMD, englobando o modelo de toxicodependência – doença mas também como estilo de vida. Contudo, consideramos desafiador abordar o conceito de mediação na prática das equipas de rua de RRMD, uma vez que parece ser uma modalidade bastante abrangente e, desse modo, ainda pouco definida.

A relação entre as equipas de rua e utente é entendida comumente sob a forma de prestação de serviços onde o utente recorre a estas equipas para obter determinada resposta. No entanto, estamos de acordo com Alcaland (cit. in Torremorell, 2008), que refere que o processo de mediação assume um papel mais ativo, passando por tentar compreender os pontos de vista e reconhecer interesses e necessidades. Isto é, tentam-se cruzar os pontos de vista dos intervenientes para assim identificar e conjugar os interesses que estão em jogo em determinado contexto.

É através da pergunta de partida que tentamos exprimir o mais exatamente possível o que procuramos saber, elucidar, compreender e melhorar. Tendo em conta que “uma investigação é, por definição, algo que se procura. É um caminhar para um melhor conhecimento [...]” a pergunta de partida servirá de “primeiro fio condutor” a todo o processo de investigação (Quivy e Campenhoudt, 1998:31/44). A partir de uma pergunta de partida que corresponda a critérios de clareza, exequibilidade e pertinência, começamos a pôr em prática o processo de rutura com os preconceitos e as noções prévias, dando destaque aos “[...]processos sociais, económicos, políticos ou culturais que permitem compreender melhor os fenómenos e os acontecimentos observáveis e interpretá-los mais acertadamente” (Idem: 43).

Tendo em conta o propósito desta investigação, a pergunta de partida formulou-se da seguinte forma: De que forma a mediação é assumida na atuação das Equipas de RRMD no âmbito da toxicodependência?

Nesta investigação, pretendemos, mais propriamente, analisar o significado da mediação no contexto específico onde este estudo se vai centrar e compreender de que forma os técnicos das Equipas de RRMD analisadas fazem essa mediação entre utentes – serviços.

Em suma, pretende-se com este Trabalho de Projeto cruzar o postulado teoricamente com a informação recolhida em meio natural, através da compreensão do trabalho das equipas de rua no sentido de mediação, percebendo o seu trabalho na tomada de decisão consciente do indivíduo, na promoção da cidadania e da liberdade individual e no envolvimento dos serviços de apoio à toxicodependência da rede pública e privada e os serviços de saúde e sociais da rede comunitária neste processo.

A literatura fala-nos da mediação associada a um misto de ações no âmbito da RRMD: a satisfação de necessidades básicas, divulgação de informação, encaminhamento para outros serviços, criação de “proximidade” com os utentes, negociação para encontrar respostas adequadas em conformidade com os objetivos do utente.

Deste modo, o que pretendemos, é chegar ao verdadeiro conceito de mediação para as equipas de RRMD analisadas, isto é, o que ele significa na prática destas equipas e perceber se de alguma forma corresponde ao que a literatura nos diz.

Tendo em conta que o presente Trabalho de Projeto se encontra inserido no âmbito do Mestrado em Intervenção Comunitária – especialização de Educação Para a Saúde, é importante estabelecer a sua relação com o tema investigado. A intervenção comunitária potencia práticas que assentam no desenvolvimento valores comunitários (como a cooperação, coparticipação, comunicação, solidariedade e participação) tendo em conta a diversidade, as particularidades de cada povo e os direitos humanos, não respondendo somente às necessidades de sobrevivência (Fernández, 2009:2).

Cada vez mais é fundamental que os profissionais apostem e partam da perspetiva de fomentar o *empowerment* na participação do próprio indivíduo

como interventor na sua mudança, intervindo não “para” mas “com” os indivíduos. Daí o facto de, neste processo de investigação, se ter recorrido à técnica das entrevistas semiestruturadas quer aos utentes, quer aos técnicos, e nesse âmbito se terem retirado algumas notas de campo para complementar a informação. O interventor comunitário tem de criar estruturas de apoio adequadas às necessidades específicas da população e otimizar os recursos existentes no local. Nas suas intervenções, o Interventor Comunitário deve ter sempre em conta o efeito multiplicador da sua intervenção, uma vez que a intervenção com determinado grupo-alvo, não implica que esta tenha impacto somente neste grupo, podendo funcionar como agente de mudança e “embaixador” na promoção de atitudes positivas de outros indivíduos.

O papel do Interventor Comunitário neste sentido é fulcral, pois deve estar atento às necessidades sociais emergentes e ter consciência dos mecanismos de discriminação e exclusão decorrentes das mudanças na sociedade. Deste modo, o seu papel passa por criar respostas sociais compatíveis com as necessidades dos indivíduos e grupos, tendo por base práticas emancipatórias.

Deste modo, se justifica o estudo da toxicodependência como problema social emergente e o próprio processo de mediação pois está estreitamente relacionado com as respostas que se fazem urgentes contemporaneamente.

A intervenção torna-se sustentada quando é feito o diagnóstico da realidade, com o fim de detetar e conhecer a situação problema para a transformar, sendo que a prática profissional deve assentar nos princípios da cidadania, justiça social, equidade, igualdade, participação, emancipação e corresponsabilização. Neste sentido, lamamoto (2004:20), refere que devemos ser capazes de “ *decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no quotidiano*”. Conclui-se então que, perante a complexidade do processo de intervenção, este só será possível se se desenvolver segundo o princípio da interdisciplinaridade, pressupondo articulação/cooperação e da rede/parceria.

Ora, no domínio da intervenção comunitária, relativamente à mediação no âmbito da toxicodependência, o trabalho em rede funciona como um instrumento de mediação entre os toxicodependentes e os sistemas de apoio social, nos processos de tratamento e reinserção social.

Jorge Barbosa, ao referir-se à prática do Assistente Social, toca em alguns aspetos da prática do interventor comunitário neste âmbito:

“ [...] é uma prática que valoriza a diversidade de visões e a pluralidade de opiniões num processo contínuo de construção da tolerância, admitindo estilos de vida associados ao consumo de substâncias ilícitas e reconhecendo uma relação de intersubjetividade, o direito à diferença e à igualdade [...] e o exercício de formas de cidadania participativa para a mudança das suas condições de vida ” (Barbosa, 2006:70).

A presente investigação mostra-se assim enquadrada na Intervenção Comunitária, uma vez que se assenta no conhecimento de uma realidade específica, para depois intervir de acordo com o que foi proveniente da análise e conclusões daí retiradas.

Uma vez que a especialização do curso de mestrado no qual este Trabalho de Projeto se enquadra está centrada na “Educação para a Saúde”, a OMS (1969) define-a como *“uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos”*. Completa ainda que essa ação é feita com o fim de *“[...] adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”* (OMS, 1969). Mais uma vez se verifica a concordância entre o presente trabalho e a especificidade do mestrado, uma vez que, o falarmos da política de Redução de Riscos e Minimização de Danos, estamos exatamente a falar da questão da mudança de comportamentos de risco para comportamentos mais saudáveis e preventivos, e logo, da promoção da saúde. Através desta promoção da saúde, visa-se *“[...] criar as condições que permitem aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam”* (Carta de Ottawa, 1986).

Capítulo 2. Fenómeno Droga: Enquadramento Geral

2.1. Enquadramento Sócio Histórico do Fenómeno Droga

As drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, não apenas na vertente da ciência e medicina, mas associadas também à cultura e aos cultos religiosos (Poiares,1999:4). O consumo de drogas encontra-se também associado à busca do homem pelo prazer tentando para isso explorar as suas emoções, intensificar os sentidos e promover a sua interação com o meio social facilitando a desinibição para o alcançar. No entanto, os indivíduos atribuem diferentes significados ao consumo de drogas (especificidade dos contextos sociais e culturais...), mas estes persistem na medida em que exercem determinadas funções a nível físico, psíquico e social (Rosa et al., 2000). Assim, a classificação das diferentes drogas como lícitas ou ilícitas também foi variando ao longo dos séculos.

A partir do séc. XVI, as grandes navegações¹, possibilitaram aos europeus o contacto com um grande número de substâncias psicoativas, que por sua vez, foram introduzindo progressivamente nas suas sociedades, com finalidades médicas ou recreativas (Escohotado, 1995).

No decorrer do século XIX, a Europa foi convivendo com uma grande variedade de novas drogas, mas com as quais tinha pouca identificação cultural (Musto, 1987). Com um contexto de industrialização onde cada vez mais se notava a crescente exclusão social urbana, começam a surgir bebidas mais concentradas, desencadeando uma série de complicações clínicas, psiquiátricas e sociais (Edwards, 2000), tendo o tabaco passado por um processo semelhante.

No período entre a Expansão Europeia até à Revolução Industrial, lentamente, as substâncias psicoativas foram adquirindo um novo “estatuto”, convertendo-se em produtos comerciais.

¹ Durante os séculos XV e XVI, os europeus, principalmente portugueses e espanhóis, iniciaram um conjunto de viagens marítimas (nos oceanos Pacífico, Índico e Atlântico) com o objectivo de descobrir uma nova rota marítima para as Índias e encontrar novas terras. Este período ficou conhecido como a Era das Grandes Navegações e Descobrimentos Marítimos.

O uso de drogas na civilização ocidental dispersou-se especialmente no séc. XIX, em particular na Europa, sobretudo pela ação exercida pela Inglaterra no Oriente através da “Guerra do Ópio” (1839-1841), onde implementou a prática comercial de substâncias psicoativas em larga escala. A popularização do consumo desses “novos produtos” comercializados em série (cocaína, heroína) acarretou uma série de impactos sociais, transformando os hábitos sociais locais tradicionalmente instituídos e conservados (Rosa et al., 2000). A partir de 1860 a cocaína começa a ser usada em variados produtos (alimentos, bebidas e medicamentos) espalhando-se por diferentes partes do mundo. Isto acontecia, uma vez que ainda eram desconhecidos os efeitos destrutivos das substâncias psicoativas, sendo o uso destas considerado sinónimo de *glamour* nessa época.

Só no início do século XX foi reconhecido o potencial da cocaína em criar dependência, proibindo-se o seu uso em produtos e, em 1914, foi expressamente proibido o seu consumo. Com o surgimento de epidemias de diversas doenças transmissíveis resultantes nesta época, começa a surgir um novo olhar sobre o contexto sociocultural e biopsicossocial dos utilizadores de drogas (MacRae, 2003). Deste modo, a sociedade começa a conotar negativamente aos consumidores de drogas, associando esse comportamento a este tipo de doenças. Após a I Guerra Mundial, a criação da Sociedade das Nações (atualmente designada Organização das Nações Unidas), enfatizou a internacionalização do proibicionismo do consumo de drogas e da sua produção, que vários países já haviam consolidado.

Com a II Grande Guerra, foram aprofundadas as pesquisas sobre estupefacientes, aumentando a ambivalência em relação ao consumo de drogas. Em 1941, os opiáceos e a cocaína foram retirados das farmácias. Esta opressora restrição começa a ter as primeiras consequências, desencadeando o comércio ilícito nos Estados Unidos.

Nos anos cinquenta, verificava-se o culto às drogas tidas como “leves” que muitos acreditavam trazer-lhes bem-estar, levando à fabricação de drogas sintéticas. Os países da América do Sul começam a apostar na plantação de coca e a cocaína espalha-se clandestinamente por todo o mundo. Nos anos

sessenta era o consumo generalizado dos alucinogénios e estimulantes que estavam em alta, sobretudo no meio das camadas mais jovens.

Apesar desta continuidade histórico - cultural que vem sendo referenciada, só a partir dos anos 60, com a generalização dos consumos, se verifica um maior interesse pelo tema das drogas e toxicodependência, aumentando assim os trabalhos científicos nestas áreas. Tal como Poiares, (1999:8) afirma *“o uso das drogas disparou brutalmente, dando lugar à panóplia de temas conexos (médicos, psicológicos, sociais e jurídicos) com que a as sociedades se debatem”*. De acordo com Fernandes (1990:6), *“é a partir dos anos 60 que aparece o arranque para uma produção científica assinalável, deste modo, o objeto droga [...] tem uma aparição recente no campo percetivo dado aos investigadores”*.

Durante esta época, foram realizadas várias convenções, maioritariamente no âmbito da ONU, e em 1972, a partir do Protocolo de Genebra, modificou-se a orientação proibicionista até aí defendida, que havia fomentado a produção e comércio ilegal. Este protocolo veio alterar o paradigma do até então *“toxicodependente – criminoso”* para o *“consumidor doente”*, incluindo assim o tratamento e não somente a punição.

Apesar destas alterações, o modelo punitivo continuou a dominar a política da droga a nível mundial e o comércio ilegal continuava. No decorrer da década de oitenta (séc. XX), iniciou-se uma fase de novas drogas, nomeadamente a produção de drogas sintéticas em laboratórios ilegais, de fácil acesso e com baixos custos. Na década de noventa os consumos alargaram-se rapidamente até faixas etárias mais jovens, por ser cada vez mais fácil o acesso ao mercado ilegal. Deste modo, a droga outrora acessível apenas à elite, passa a difundir-se nas ruas das cidades e bairros (Poiares, 1999:10), o que permite uma maior visibilidade do fenómeno.

Ao longo dos tempos, as drogas foram adquirindo diferentes significados e assistiu-se a diversas formas de consumo. Ainda de acordo com Poiares, nos últimos dois séculos, a droga foi assumindo três dimensões: como mercadoria; como lúdica e terapêutica, e como objeto e origem do crime, numa perspetiva emergente.

Pode-se concluir *que*:

“O consumo de drogas foi então subvertido [...] banalizou-se e perdeu a sua originalidade [...] já não é intelectualizado, já não se pode falar de um desejo, mas sim de uma necessidade ou dependência latente. A toxicodependência tornou-se num grave problema de saúde, social, económico e político à escala internacional” (Rosa et al., 2000:34).

Deste modo, as drogas foram-se tornando um problema que tem inquietado as sociedades levando à procura de soluções que se mostrem eficientes na redução da comercialização ilegal e na redução dos consumos. Foram assim emergindo novas e variadas perspectivas para abordar o tema das drogas e toxicodependências, o que ainda na atualidade se verifica, uma vez que é um fenómeno em constante evolução.

Atualmente, apesar do modelo punitivo ainda dominar a política da droga a nível mundial, muitos países estão a repensar esta política, uma vez que tem falhado na redução da oferta e consumo de drogas, produzindo muitas vezes efeitos negativos para indivíduos e sociedades (Kasia Malinowska-Sempruch)².

2.2. O fenómeno Droga em Portugal: aspetos gerais

Apesar das drogas estarem introduzidas em meios mais de elite, foi a partir da década de 70 que o fenómeno das drogas começou a ganhar moldes mais definidos em Portugal.

Com o governo de António Oliveira Salazar, durante o seu regime, Portugal apresentava-se como um país conservador, fechado a novas ideias e tendências culturais, e às mudanças das sociedades Ocidentais. (Domoslawski,2011:19). Assim, enquanto noutros países as drogas entraram com maior facilidade, em Portugal verifica-se uma fraca adesão às drogas, tendo pouco impacto social e cultural.

A problemática das drogas em Portugal começa a destacar-se como problema social apenas nos finais da década de 70. O fim da guerra colonial em África, o retorno de pessoas das ex-colónias e a queda do regime salazarista podem ter possibilitando a “abertura” do país ao exterior,

² Diretora, Global Drug Policy Program, Open Society Foundations.

Retirado do prefácio de Artur Domosławski (2011), *Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*, pp.7

contribuído para o aumento do consumo de drogas, até aí de mais difícil acesso. Com o isolamento em que Portugal tinha vivido, não havia ainda o conhecimento sobre os efeitos e riscos que a droga podia representar (Domoslawski, 2011:19), o que se traduziu nesse aumento do consumo de drogas.

Neste contexto, é lançada a primeira campanha contra a droga em Portugal, para a qual o poder político utilizou o slogan “Droga – Loucura – Morte”, tendo sido afixados cartazes por Lisboa e outras zonas, com uma caveira com salpicado das iniciais LSD (Poiars, 1998:239). Contudo, esta campanha *não parece corresponder [...] a um pedido de protecção do corpo social, que não podia, ainda, na altura, perceber claramente aquilo que se passava em grupos bastante restritos de jovens*” (Fernandes, 1990:211).

As mudanças políticas, históricas e sociais que ocorriam nesta altura, levaram Portugal a assumir uma perspetiva criminalizadora do consumo de drogas, através da aprovação do Decreto-Lei n.º 420/70, a 3 de setembro de 1970³, onde era explícita a punição dos consumidores de estupefacientes.

No início dos anos 80, o haxixe e a heroína começaram a ser as drogas mais consumidas. Os padrões de consumo foram-se modificando e o mercado de venda da heroína instalou-se alterando por completo o cenário das drogas. Através dos seus estudos etnográficos, Fernandes (1993:200) comprova que nesta época ressalta uma nova droga (heroína), um novo mercado, novos atores sociais e novos territórios: *“uns relativamente visíveis, porque são feitos de ruas, de esquinas ou de partes de bairros; outros relativamente ocultos porque são feitos de clubes noturnos de entradas selecionadas, de apartamentos ou de ‘meetings’ privados”* (Idem: 200).

Nos finais desta década, e em particular no início de 90, o consumo de drogas tornou-se um motivo de alarme social. Através de um estudo do Eurobarómetro realizado em 1997 (cit in Damoslawski, 2011:20), verificou-se que os portugueses percecionavam as questões relacionadas com a droga como o principal problema social do país, isto porque os consumos começaram a ser mais abertos e visíveis nas ruas.

³ Sob a égide do Ministro da Justiça, Almeida Costa.

De acordo com Rosa et al. (2000:12), referindo-se a Portugal, este fenómeno era inicialmente mais visível nos grandes centros e regiões litorais, mas foi-se estendendo a quase todas as vilas e aldeias, deixando de ser um problema somente de algumas classes sociais e sim, um problema da sociedade. Este fenómeno atravessava, assim, indistintamente todas as categorias de classe socioeconómica e profissional, familiar, de pertença ou crença religiosa.

Apesar de Portugal já ter conhecido o primeiro impulso nas políticas de redução de riscos e minimização de danos nos anos 80 visando prevenir o risco de propagação de doenças infetocontagiosas, é em 2001 que alcançam o seu reconhecimento legal pela aprovação do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho que se refere ao *“reconhecimento da importância de se desenvolverem programas e medidas que contribuam para a redução de riscos e a minimização de danos do consumo de drogas”*.

A percepção sobre a droga começa a modificar-se sendo alvo de investigações mais aprofundadas, e passa a ser entendida como um fator de desorganização dos indivíduos e da sociedade (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76). Daí surgiu a consciência que o problema da droga devia ser entendido de uma forma globalizante na sua complexidade médico-psico-sociológica, e não isoladamente (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76). Pela primeira vez em Portugal, este normativo introduziu a questão da descriminalização do consumo de drogas.

Em julho de 2001, Portugal tornou-se o primeiro país europeu a descriminalizar a posse de drogas para consumo próprio, retirando o consumo de drogas da esfera criminal. Assim, entrou em vigor o atual regime de descriminalização através da Lei nº30/2000, que vem regulamentar o consumo e posse para consumo de substâncias ilícitas - *“define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica”* (Decr-Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro)

Esta lei distingue a posse para consumo (penalizada através de coimas e outras medidas, uma vez que a substância permanece ilegal) e a posse para tráfico que é criminalizada, continuando sob a alçada dos tribunais.

Para operacionalizar esta Lei, foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), que funcionam em cada capital de distrito de Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Assim, os comportamentos de consumo, agora considerados ilícitos de "mera ordenação social" são tratados fora dos tribunais, pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência tal como definido no Decreto-Lei nº 130-A/2000 de 23 de Abril.

Com este novo enquadramento da política de descriminalização do consumo de drogas, o mercado interno das drogas viu o seu quadro de atuação alterado e toda a informação relativa ao consumo de drogas passou a ser conferida ao Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), deixando de constar no Sistema Integrado de Informação Criminal (SIIC) (Dias, 2007:328).

É neste contexto que se torna necessário abordar este fenómeno numa perspetiva global e multidisciplinar para reforçar os mecanismos operacionais de fiscalização da dinâmica dos mercados (Idem, 2007:172)

Com a implementação desta nova Lei da descriminalização do uso de drogas (Lei nº30/2000) e com a intervenção das CDT, e os estudos demonstraram que a droga já não aparecia no topo da lista das preocupações sociais dos portugueses. No contexto português, o consumo de drogas passou a ser tratado prioritariamente como uma questão de saúde pública.

Segundo Poiares (2002:35), esta iniciativa legislativa tem subjacente um conjunto de mudanças: desde a passagem de *“um registo criminalizador-terapêutico para um de motivação e encaminhamento para as vias terapêuticas, sem a ameaça da sanção penal”*, e da representação do consumidor, que *“deixa de ser considerado um delinquente ou doente, emergindo antes como um sujeito que optou por um estilo de vida que não é saudável e que carece de apoio psicossocial”*. Neste sentido, Agra (1997:175) fala-nos de um novo paradigma da investigação assente na ciência do comportamento aditivo, onde se verifica o abandono dos modelos droga-doença e droga-delinquência em benefício do conceito de “forma de vida”.

Atualmente, os dependentes de drogas têm disponíveis tratamentos e programas que procuram (re)integrá-los novamente na sociedade. Além disso, a legislação portuguesa foca a redução de danos, permitindo, por exemplo, o

fornecimento de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis. Assim, na última década, no nosso país, verificou-se uma diminuição significativa no número de novas infecções por VIH e de mortes associadas à droga (Domosławski, 2011:8).

Kasia Malinowska-Sempruch⁴ afirma no seguimento da política de descriminalização de drogas que Portugal adotou, que este se tornou um modelo internacional em termos de política de droga, concluindo: *“Portugal deu-nos a esperança de que podemos superar a propaganda, baseada no medo da “guerra as drogas”, que paralisa as sociedades e dificulta as reformas. Portugal provou que uma estratégia baseada no respeito pela dignidade humana e no direito a saúde pode aumentar a segurança pública”*.

Capítulo 3. Enquadramento Concetual

Consideramos que na fase da descrição do referencial teórico, é também necessário *“[...] precisar os conceitos fundamentais e as relações que eles têm entre si [...]”* (Quivy e Campenhoudt, 1998: 101). A construção de conceitos é *“uma construção abstrata que visa dar conta do real. Para isso não retém todos os aspetos da realidade em questão, mas somente o que exprime o essencial dessa realidade, do ponto de vista do investigador”* (idem: 121-122).

O enquadramento teórico é algo que se constrói progressivamente a partir de leituras e pesquisa. Por outras palavras, apresenta-se como o quadro teórico que especifica os conceitos contidos na pergunta de partida e a partir do qual se vai construído perspectivas para essa pergunta. Então, construir um enquadramento teórico significa formular os principais pontos de referência teóricos para compreender/ interpretar um problema (Idem:102).

Deste modo, são apresentadas algumas perspectivas teóricas relativamente aos principais conceitos em análise: Toxicodependência/ Toxicodependente; Redução de Riscos e Minimização de Danos e Mediação, sendo de seguida estabelecida a relação entre estes conceitos.

⁴ Retirado do prefácio de Artur Domosławski (2011), *Política da Droga em Portugal - Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*, pp.8

3.1. Toxicodependência/ Toxicodependente

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a toxicodependência é:

“um estado psíquico e, por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações e outras reações que incluem sempre a compulsão para tomar drogas de um modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou evitar o mal estar da privação” (cit in Fernandes, 1977:13).

A toxicodependência é, sem dúvida, um fenómeno eminentemente social que afeta uma percentagem significativa de população em todo o mundo. Este fenómeno é promotor de riscos sociais, na medida em que põe em causa o bem-estar familiar, mas pode também ter consequências na vertente social e laboral. Deste modo, é também uma problemática nitidamente associada à exclusão social enquanto *“situação em que indivíduos ou agregados familiares sofrem de privação múltipla; e quando tal privação os separa de formas específicas de uma participação social e económica mais ampla”* (Giddens 2007: 102). Segundo Capucha (2005:198), *“o abuso de drogas tem efeitos destrutivos sobre a saúde dos consumidores e é hoje comum a ideia de que a toxicodependência é um dos principais mecanismos de exclusão social”*. É de referir ainda que o consumo de drogas esteve sempre associado como causa de morte de muitos consumidores, quer pelo efeito das substâncias e aumento das doses, quer pelas práticas de risco associadas. Contudo, de acordo com as estatísticas nacionais de mortalidade do INE, I.P., no que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas, após o aumento contínuo registado entre 2006 e 2009 que inverteu a tendência de decréscimo nos anos anteriores, verificam-se novamente descidas em 2010 e 2011 (IDT, 2011:5).

Apesar de este fenómeno atingir as várias faixas etárias, a toxicodependência atinge cada vez mais as camadas mais jovens, provocando diversos efeitos quer a nível pessoal, quer a nível social (Hespanha, 2000). Um dos períodos mais propícios à iniciação do consumo de drogas é a adolescência que se pode retratar como a organização da vida, da sociedade, da família, de si próprio. *“É um período de crise, de adaptação a novos conceitos, desde a autoestima que se altera [...] até ao conceito de separação*

– *individuação do indivíduo, à sua inserção definitiva numa sociedade com regras e valores nem sempre congruentes com a sua visão do mundo e de si próprio*” (Rosa et al., 2000:80). Contudo, Patrício (2002) refere que os consumidores estão a ficar mais velhos, tendo a idade média aumentado de 20-25 anos para os 30.

São diversas as vertentes que tentam explicar o fenómeno da droga. De acordo com Silvestre (2004:62/63), são de salientar duas vertentes explicativas deste fenómeno: a abordagem balística e a abordagem de consumo como carreira. A primeira pressupõe que a droga é o objetivo maior e assim, a trajetória do consumo de drogas acabaria por anular as demais dimensões de vida dos indivíduos. Nesta vertente estão enquadradas as abordagens que explicam o fenómeno da droga *“com base numa conceção mecânica e circular da relação indivíduo-substância”* (Idem:63).

Em oposto, uma segunda vertente mais holística, na qual nos posicionamos, perspetiva o consumo de drogas como uma carreira ou itinerário onde os indivíduos interagem com as outras esferas da sua vida, continuando a ser atores sociais. Aqui estão englobadas as abordagens que afirmam que os efeitos das drogas dependem de vários fatores, e não exclusivamente do princípio ativo da própria substância. Deste modo, o contexto, o papel desempenhado pela substância nesse determinado contexto e o significado simbólico e social que o indivíduo atribui ao uso de drogas, apresentam-se como fatores que influenciam os efeitos das drogas.

Vários estudos apontam para a ideia que é o conjunto dos fatores biopsicossociais que interferem direta e indiretamente no processo da dependência de estupefacientes, afetando-se mutuamente. Deste modo, é um fenómeno complexo, em que vários elementos de análise convergem, quer para o seu surgimento, quer para a sua sustentação (Stanton e Todd, 1985).

Segundo Nowlis (cit in Agra,1993:21), existem três elementos basilares comuns no uso de qualquer tipo de droga: *“a substância; o indivíduo que a utiliza; o contexto social ou cultura em que a utilização de droga se insere”*.

A mesma autora identificou ainda quatro modelos que correspondem a cada leitura sobre a utilização de drogas e a interação entre os três elementos basilares referidos, nomeadamente: O modelo jurídico-moral que entende a

substância perigosa como causadora da toxicodependência e por isso deve ser evitada, apontando como medidas “*o controlo do acesso à droga, o controlo do seu preço, a punição ou a ameaça da punição*” e dá especial importância à “*divulgação de informação sobre os riscos que o consumo acarreta e sobre a legislação em vigor*” (Idem: 1990:6). No modelo médico o enfoque está voltado para a dependência, a qual provoca o consumo de drogas. Este modelo, tal como o nome indica, trata a dependência como um problema médico que deve ser tratado, uma vez que o indivíduo pode ou não ser vulnerável ao consumo. Assim, os indivíduos consumidores de drogas são tidos como doentes e devem ser tratados. *Aqui, “a droga, o indivíduo e o contexto são considerados respetivamente como o agente, o hospedeiro e o meio ambiente [...]”* (Idem:1990:7).

Quanto ao modelo psicossocial, este dá ênfase ao indivíduo na relação com a droga e o contexto, na medida em que o uso de drogas acontece pois a droga desempenha uma função para o indivíduo. Aqui o contexto é onde se encontram os modelos de referência que rejeitam ou facilitam o consumo, pressionando o consumidor através de atitudes e comportamentos (dos grupos sociais, por exemplo).

Por fim, no modelo sociocultural o consumo de drogas é um comportamento destrutivo que se desvia da normalidade definida por cada sociedade. Aqui é destacada a importância do contexto e do significado da substância, apontando também para as condições socioeconómicas e o meio ambiente onde vive o indivíduo, assim como a pressão referida no modelo anterior que influencia o consumo.

Partindo de uma visão mais crítica sobre o conceito da toxicodependência, Costa (1996:84) coloca a questão “*Se os drogados são doentes, porque é que os hospitais não os “tratam”, se não são, porque é que os tratam como tal, logo irresponsabilizando-os?*”. Este autor lança algumas ideias alternativas no sentido de repensarmos as soluções para não corrermos o risco de que elas mesmas se tornem um problema para a toxicodependência. Ainda neste sentido, Carqueja (2000:83/84) refere que na sua opinião, as dependências (toxicodependências) apenas são consideradas doenças porque vão contra os valores morais dominantes na sociedade.

De maneira geral, a temática da toxicodependência foi sendo tratada debaixo de modelos moralistas e modelos de doenças e não no seu verdadeiro modelo teórico que é sob o olhar biopsicossocial, como um comportamento aprendido envolto em várias crenças (Marlatt e Gordon, 1993). Atualmente existe uma posição unânime que compreende este fenômeno de uma forma multicausal, sendo que a generalidade das análises científicas afirmam a necessidade de uma abordagem multidimensional e multidisciplinar das toxicodependências. Neste sentido, Ló (2007: 13/14) refere que “[...] a toxicodependência deixou de ser um problema da esfera privada, centrado e escondido na intimidade das famílias e passou para a esfera pública, fruto da dimensão e abrangência das situações de uso e abuso de drogas, envolvendo e responsabilizando todos coletivamente, na influência que exercemos nos percursos individuais”.

Assim, nos últimos anos, este fenômeno passou a ser analisado sobre um olhar multifatorial – o modelo biopsicossocial – que abrange a importância de fatores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos (Idem:13). Esta linha de pensamento compreende que “a toxicodependência é o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sociocultural” (Olievenstein, cit in Morel et al, 1998:19). Parece-nos que esta visão que inclui a relação “indivíduo - substância – contexto”, onde os elementos se afetam mutuamente, é a mais realista e abrangente.

Neste sentido, Agra (1997:174) fala-nos acerca das descontinuidades nas estratégias de conhecimento do fenômeno das drogas. O autor refere-se inicialmente à visão de droga-delinquência que é posteriormente alargada para a categoria droga-doença. Relativamente ao fenômeno da droga à luz destas perspectivas, Agra (1997: 174) menciona que “Reduzido à categoria de doença e de delinquência, sobre ele se aplicam sistemas de conhecimento cujos referentes paradigmáticos são esquemas explicativos como normalidade-patologia, físico-psíquico, sintoma-doença, responsabilidade-irresponsabilidade, culpa-pena, pena-comportamento, etc...”.

Assim, considerar este fenômeno apenas sob estas perspectivas seria redutor, pois estaria “aprisionado na razão técnico-assistencial, constituída na cultura institucional dos dispositivos sócio-sanitários e penais” (Idem:174).

Neste sentido, Agra (1997:175) fala-nos então do já mencionado novo paradigma da investigação assente na ciência do comportamento aditivo, que se centra no conceito de “forma de vida”. Com esta nova perspetiva mais abrangente, e que tentamos focar especialmente nesta investigação, assiste-se à descentralização dos modelos médico-psicológicos que passa agora por uma investigação multidimensional que integra “[...] o complexo de variáveis que se cruzam no fenómeno droga: psicofisiológicas, psicológicas, sociológicas, antropológicas, históricas, económicas, jurídicas, linguísticas, éticas [...]” (Idem:175).

Quando se fala de dependências ou adições o nosso pensamento remete-nos para as drogas contudo, qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga. Hapetian (1997:107), considera que a substancia é o menos importante, referindo que “*é no indivíduo e no seu contexto [...] que deverão concentra-se as atenções*”. Deste modo, “*Sendo a toxicodependência a convergência de um indivíduo a uma substância e um determinado momento, as substâncias tóxicas são apenas um meio, um caminho para atingir um objetivo que pode ser o prazer, o esquecimento, a fuga à resolução dos problemas, a alienação da realidade e dos outros*” (Idem, 1997:107). Ainda nesta linha de pensamento, Martins e Jesus (2003:199) afirmam que “*[...]a toxicodependência é um problema que afeta a pessoa em dimensões afetivo/cognitivo/comportamentais*”. Deste modo, o tratamento ou o processo de reabilitação de indivíduos toxicodependentes não se pode centrar exclusivamente no fator da droga, uma vez que, “*mais do que a dependência física e psíquica que decorrem diretamente do consumo da substância, há que reconhecer a importância de fatores relacionais, familiares e pessoais*” (Ramos, 2002: 36). Assim se percebe a referência a três fatores fundamentais que influenciam o efeito das drogas: indivíduo – substância – meio, sendo que se afetam mutuamente (Hapetian,1997:106). Servimo-nos de uma citação de Agra (1997) que nos parece resumir a visão na qual nos posicionamos – “*O saber das drogas [...] Não é um ramo das ciências biomédicas (dando conta das substancias, já lhes escapa os indivíduos e os contextos); não é ramo das ciências psicológicas e do comportamento (dando conta dos indivíduos, já lhes escapa as substancias e os contextos); não é do ramo das ciências sociais*

(dando conta dos contextos, já lhes escapam as substâncias e os indivíduos) ”
(Idem:12).

Concluimos que são muitas as teorias explicativas da toxicodependência e dos processos a ela associados. Algumas vão sendo refutadas com novas percepções acerca deste fenómeno, verificando-se a necessidade de uma vertente crítica das abordagens tradicionais. Podemos aqui mencionar o exemplo do conceito de *escalada*. Segundo Olievenstein (cit in Fonte, 2007:240), esta abordagem pressupõe que haja uma evolução do consumo de drogas desde a fase da experimentação até à toxicodependência através da utilização de diferentes produtos (drogas “leves” para drogas “duras”) ou do mesmo produto (aumento de doses). Hapetian (1997:112) diz-nos que o percurso do consumo da droga podia passar por quatro etapas: a experimentação, que surge geralmente na adolescência, devido à curiosidade ou pelo desejo de se tornarem importantes e de se integrarem no grupo; o uso ocasional, onde os indivíduos passam muitas vezes a usar drogas ilícitas, aperfeiçoando-se nas técnicas de consumo e aos efeitos das diferentes substâncias; o uso regular, em que o ato de consumo torna-se uma atividade de vida quotidiana e, por fim, a dependência - que pode ser física e psíquica, ocorrendo a tolerância, em que o indivíduo vai necessitar de quantidades cada vez maiores de substância para atingir os mesmos efeitos. Na fase do uso ocasional e do uso regular este consumo seria tido como uma opção pessoal, enquanto na fase da dependência seria uma questão de compulsão.

Contudo, sabemos que este conceito derivado de uma visão médico – psicológica é atualmente alvo de críticas, uma vez que a utilização regular de drogas pode não conduzir à escalada. Do ponto de vista onde nos situamos – uma visão socio-cultural - o toxicodependente continua a ser um ator social e a toxicodependência assumida como um estilo de vida, e logo, este percurso denominado de escalada nem sempre se verifica. Tal como Fonte (2007:240) refere “[...] se tem verificado alguma evidência empírica de que a utilização regular de drogas não conduz inevitavelmente à escalada.”

A toxicodependência é um fenómeno social, em que as suas consequências mais adversas – causas e efeitos – são também produto da vida social. Considera-se toxicodependente um indivíduo que fique dependente

de droga e logo, seja muito difícil deixar de consumir. As drogas psicotrópicas, além de poderem modificar a forma de funcionamento do organismo, influenciam o espírito e os sentidos. A dependência destas substâncias pode ter origem no foro físico e/ou psicológico. Na dependência física “a pessoa sente-se doente quando o consumo de droga [...] é interrompido” (OMS,1988:5)⁵, enquanto na dependência psicológica, verifica-se um hábito regular de consumo em que o sujeito sente dificuldades em cessar devido a essa habituação. Patrício (1997) afirma que além da decadência física, psicológica e social, também o estilo de vida do toxicodependente relativamente aos seus valores éticos e morais sofre oscilações. A motivação para consumir drogas conduz à transgressão desses valores, mas quando o toxicodependente toma consciência disso, sofre censurando os seus comportamentos anti sociais.

Atualmente sabe-se que não se pode definir uma estrutura de personalidade específica do toxicodependente ou um caráter predisponente a comportamentos de adição. Neste contexto, de acordo com Bucher (cit in Agra; Fernandes, 1993:60), “A personalidade do toxicodependente permanece enigmática: não se sabe dizer porque é que, em determinado momento, um jovem começa a drogar-se - nem porque é que outros param, em determinado momento de o fazer”.

Os indivíduos toxicodependentes são entendidos, em primeiro lugar como cidadãos, e devemos ter consciência de que muitos se encontram em situações socioeconomicamente desfavorecidas, de doença, de pobreza e de exclusão social. Assim, é particularmente importante lembrar que, antes de mais, um toxicodependente é uma pessoa, um indivíduo, e não há indivíduos iguais entre si, mesmo que consumindo uma mesma substância ou por mais semelhantes que sejam os seus percursos, pois cada história de vida é única.

Olievenstein (cit. in Pinto-Coelho, 1998:23) refere que “o toxicómano não é um delinquente que é preciso punir, nem um doente que é preciso tratar, nem um marginal que é preciso excluir. É simplesmente uma pessoa em dificuldade”. Contrariando esta visão, Dollard Cormier (cit in Pinto-Coelho,

⁵ Grupo Consultivo da Organização Mundial de Saúde, 1988.

1998: 73) assume que “a toxicodependência é um estilo de vida”, partilhando a mesma visão de Fernandes e Ribeiro (2002:65) que referem que “A diversificação das respostas que têm vindo a ser desenvolvidas testemunha uma deslocação do toxicodependente do seu estatuto de doente para o de ator dum estilo de vida”.

Particularmente nesta investigação, parte-se do princípio da toxicodependência como estilo de vida. A partir das várias respostas que têm vindo a ser desenvolvidas – grupos de autoajuda, casas de acolhimento temporário, centros de dia, pontos de troca de seringas, distribuição de metadona – verifica-se essa mudança no estatuto do toxicodependente, onde a toxicodependência é encarada como “um elemento dum conjunto de hábitos adquiridos por sujeitos dum grupo social a partir das suas condições materiais e ideológicas de existência” (Romaní; Pallarés e Díaz, cit in Fernandes e Ribeiro, 2002:65). Deste modo, situamo-nos na perspetiva em que “A toxicodependência está ligada a, e gera, um estilo de vida” (Marques,2006:178), o tal “*novo paradigma*” do qual Agra (1997) acima citado, nos fala.

3.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos

Afinal o que é e em que consiste a Redução de Riscos e Minimização de Danos? A RRMD é definida como uma política cujo modelo de intervenção se apresenta como alternativo, mas também complementar aos modelos tradicionais de intervenção e à estratégia de tratamento.

A RRMD visa prevenir ou minimizar o aparecimento ou agravamento de danos provocados pelo consumo (Patrício, 2002, cit in Catálogo Assistencial – CRI⁶ Porto Oriental,2011:62), focando-se num conjunto de atividades na redução dos danos para a saúde e sociais relacionados com os consumos de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas.

As medidas de redução de riscos tiveram a sua origem em Inglaterra (em Merseyside) em 1985, numa zona que apresentava uma elevada incidência de consumo de heroína e alta prevalência de Hepatite B. Progressivamente, a

⁶ Centro de Respostas Integradas.

RRMD foi surgindo em vários outros países como uma política de saúde pública, salientando os direitos e deveres do cidadão de uma forma responsável e responsabilizante (Catálogo Assistencial – CRI Porto Oriental, 2011: 61).

As políticas de redução de danos foram implementadas em Portugal posteriormente a outros países da Europa. No caso português, podem ser identificadas três fases da emergência de redução de danos (Barbosa, 2009:34-35): A fase clandestina (1977-1992) surge num período onde se fazem as primeiras iniciativas de redução de danos, com caráter experimental. Neste período são destacadas duas áreas de intervenção que se assumiram relevantes ao longo do tempo - a implementação de programas de substituição opiácea com manutenção de metadona e o rastreio de doenças infecciosas; Na fase experimental (1993-1998) assistiu-se ao crescimento do número de utilizadores de drogas injetáveis infetados pelo VIH, o que impulsionou a implementação de projetos experimentais dirigidos à população toxicodependente no âmbito da redução de danos em algumas cidades. Com a crescente implementação deste tipo de programas, o Estado e a sociedade civil iniciaram um debate que resultou na análise de perspetivas não proibicionistas e de outras experiências de países europeus. Por fim, a fase de legitimação política (1999-2005) quando o Conselho de Ministros aprova a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 22 de abril). Este documento assume uma importância vital na atuação no âmbito das drogas e das toxicodependências, apresentando propostas inovadoras para Portugal como a implementação de uma Política de Redução de Danos que tem como objetivo eliminar ou minimizar os danos e riscos derivados do consumo de drogas mesmo que esse consumo se mantenha (ENLCD, 1999: 126).

No Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências (PNCDT, 2013:137), acerca da Redução de Riscos e Minimização de Danos, é referido que “[...] tem como princípio de base o pragmatismo e a compatibilidade com uma abordagem de saúde pública, centrando-se particularmente nas consequências ou nos efeitos dos comportamentos dependentes”, sendo que a redução de danos “assenta na promoção do acesso a serviços de baixa

exigência, alternativamente a respostas tradicionais de alta exigência” (Idem:137). Assim, trata-se de desenvolver respostas de fácil acesso, adesão e utilização por parte dos indivíduos, isto é, respostas de proximidade, com um baixo limiar de exigência (Marlatt, 1999), partindo de uma estratégia de “*outreach*”, que se designa de “abordagem de proximidade” ou “trabalho de rua”.

Ainda no âmbito da RRMD, são definidos como objetivos pelo PNCDT (2013:181) “*Construir uma rede global de respostas integradas e complementares [...], com parceiros públicos e privados*” e “*Disponibilizar programas de redução de riscos e minimização de danos, a grupos específicos*”.

Deste modo, em Portugal as políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos baseiam-se em dois princípios fundamentais que se encontram definidos na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999⁷: O princípio do humanismo que significa “*o reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas*” (Presidência do Conselho de Ministros, 1999: 41); e o princípio do pragmatismo, que implica a:

“promoção de políticas de redução de danos que, ao mesmo tempo que minimizam os efeitos do consumo nos toxicodependentes e salvaguardam a sua inserção socioprofissional,[...] favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infetocontagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicodependência;” (Idem, 1999: 42).

Importa particularmente neste estudo focarmos que, apesar da Redução de Riscos e Minimização de Danos reconhecer a abstinência como um resultado positivo, aceita também outras alternativas. Deste modo, a abordagem da RRMD reconhece que a abstinência, apesar de ser a meta ideal, não é a meta possível para um grupo de consumidores numa determinada fase da sua vida, tratando-se de uma abordagem pragmática sem julgamentos morais (Marlatt, 1999, cit in Núcleo de Redução de Danos – IDT, 2007).

De acordo com o Núcleo de Redução de Danos (2007:3) “O olhar dos técnicos de Redução de Riscos e Minimização de Danos centra-se portanto de

⁷ Aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 22 de abril

forma não valorativa nos comportamentos de consumo dos Utentes, bem como no estilo de vida entretanto desenvolvido por estes como forma de sustentar o seu hábito”. Nesta abordagem, o mais importante é avaliar os riscos e potenciais danos associados ao consumo de substâncias num determinado contexto, assim como identificar as necessidades do indivíduo consumidor para as satisfazer, tratando-se assim, de uma abordagem humanista centrada no indivíduo (Marlatt, 1999). Marlatt (1998:51) afirma que as políticas de redução de danos são assim alternativas de *“promoção de saúde aos problemas de estilo de vida”*. Este estilo de vida é uma opção do indivíduo e ele não pode ser obrigado a deixá-lo, no entanto, a sua prática pode acarretar consequências negativas para o próprio indivíduo ou pode vir a prejudicar outros indivíduos, sendo aí que a RRMD se centra.

O Dec.-lei 183/2001 de 21 de junho, onde é aprovado o regime geral das políticas de redução de danos, demonstra estes dois princípios orientadores:

“do que se trata é de, em certas situações limite, prescindir da abstinência como objetivo imediato e necessário, por forma a assegurar uma intervenção quando o consumo de drogas se apresenta como um dado incontornável. E se essa intervenção é inspirada por uma atitude eminentemente pragmática, não é menos verdade que responde também à preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes”.

A redução de riscos pode ser entendida como *“um objetivo de política social e de organização comunitária, dado consistir em diminuir os riscos de um eventual mal para a sociedade”* (Presidência de Conselho de Ministros, 2001:29). A redução de riscos no âmbito da toxicodependência, encontra-se geralmente associada a *“uma filosofia de ação educativa e sanitária sem juízo de valor prévio sobre uma determinada conduta”* (Baulenas, 1998:7/8). Neste contexto, o objetivo da redução de riscos consiste em *“diminuir a prevalência e a incidência quer do consumo de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo”* justificando-se, deste modo, a sua ação fundamentalmente pragmática e multidisciplinar (Presidência de Conselho de Ministros, 2001:60).

No que concerne ao conceito de minimização de danos, este relaciona-se com *“as medidas que visam limitar ou prevenir os malefícios ligados ao consumo de droga, mais do que ao consumo em si mesmo”* (Presidência de

Conselho de Ministros, 2001:29), tendo assim por objetivo, alcançar o mais baixo nível global possível de efeitos nocivos.

Como se pode constatar ambos os conceitos, – Redução de Riscos e Minimização de Danos – apesar de comportarem as suas especificidades, possuem visivelmente muitos elementos comuns, pelo que pela via do pragmatismo, se utiliza esta expressão conjunta dos dois conceitos.

Fernandes e Ribeiro (2002:64) afirmam que a redução de riscos é o ponto de convergência do setor tradicional e do setor dos interventores adeptos da mudança, e parte de *“novo protagonismo do toxicodependente, que consegue impor a sua adição mais como um estilo de vida do que como uma doença”*. Relativamente ao setor tradicional, os autores referem como exemplo a postura de *“desvalorização sistemática de modalidades alternativas de abordagem do problema, a secundarização da prevenção, a inexistência prática de reinserção, a intervenção concebida como técnica de gabinete [...]”*. Já quanto ao setor dos interventores adeptos de mudança, esta centra-se na *“mudança de conceções sobre a toxicodependência”*, e igualmente na *“mudança no olhar sobre as responsabilidades e direitos do Toxicodependente”* (Idem: 64). Esta visão, foi desencadeada pelas várias mudanças verificadas, como é o caso da diversificação dos técnicos que passou a intervir na toxicodependência, o facto das terapias assentes na abstinência do consumo falharem ou até a necessidade de um olhar que fosse ao encontro dos estilos de vida dos toxicodependentes (Fernandes e Ribeiro, 2002:65).

É indispensável referir então, que a Redução de Riscos e Minimização de Danos, parte do princípio da toxicodependência como estilo de vida – *“de uma conceção de ajuda e do direito a um estilo de vida”* (Idem:65). Isto é, o toxicodependente, mediante este programa, situa-se como ator de um estilo de vida, não tendo o estatuto de doente como outras práticas o consideravam.

Quando um tratamento de abstinência do uso de drogas já não faz sentido no percurso dos toxicodependentes, estes seguem pela via das medidas de redução de danos que visa reduzir os riscos associados ao consumo, tanto individuais como sociais. Assim, ao estabelecer-se uma relação de confiança com o utente, torna-se possível envolvê-lo na reflexão sobre os seus comportamentos e o seu estilo de vida. Por isso mesmo, segundo a

Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, a Redução de Riscos e Minimização de Danos “*não se trata de desistir do tratamento dos toxicodependentes, mas sim estruturar um novo tipo de intervenção, que seja o complementar das estratégias de prevenção, de tratamento e de reinserção*”. De acordo com a síntese do Relatório Anual do IDT, sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências (2011:4), em 2011 foram contactados pelas estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos cerca de 12.550 utentes, mas uma vez que esta população é flutuante, no que diz respeito à utilização dos serviços prestados, em cada mês terão sido contactados em média cerca de 5.979 utentes.

De acordo com Fernandes (2009:3) as políticas de redução de danos relativamente ao consumo de drogas constituem “*uma nova postura normativa em relação ao fenómeno drogas*”, uma vez que introduzem novas práticas e contribuem para a emergência de movimentos críticos das medidas tradicionais neste contexto. Através deste processo assiste-se à legitimação de novas práticas e ao estabelecimento de novas normas sociais estruturadoras da ação de vários agentes sociais neste âmbito. Estas políticas são resultado de um processo de redefinição do fenómeno droga na sociedade portuguesa. Com a adoção das políticas de Redução de Danos, altera-se o enquadramento jurídico-legal, assim como a própria perceção da sociedade sobre o fenómeno das drogas.

Com esta mudança de comportamentos pretende-se reduzir o risco de contração de doenças a nível pessoal e, a nível social, minimizar os danos decorrentes dos comportamentos anti sociais desta população específica. Neste contexto de intervenção das políticas de redução de riscos e minimização de danos junto de populações específicas de consumidores de substâncias psicoativas, assiste-se à necessidade de um modelo de intervenção de proximidade cada vez mais abrangente e contínuo. Tal como o nome indica, este tipo de intervenção está centrado na comunidade local pressupondo o contacto com indivíduos ou grupos que componham populações-alvo específicas que não consegue atingir eficazmente através dos serviços existentes ou pelos meios convencionais de educação em matéria de saúde. Deste modo, os profissionais devem partir da perspectiva de fomentar o

empowerment na participação do próprio indivíduo como impulsionador na sua mudança, intervindo não “para” mas “com” os indivíduos que devem estar envolvidos e ser parte ativa deste processo.

Neste seguimento, pode-se concluir que a política de redução de riscos e minimização de danos é uma aposta inovadora, no sentido em que não visa evitar o consumo, mas sim intervir junto dos consumidores, modificando os seus comportamentos de consumo. Deste modo, difere de outras práticas anteriormente utilizadas no tratamento de dependentes químicos que visavam a abstinência total, pois tem como meta a informação, aproximação, a educação para a saúde, visando produzir atitudes saudáveis que minimizem as possíveis consequências do consumo de drogas.

Uma das estruturas incluídas na rede de repostas que visam a prestação de apoio aos toxicodependentes na perspetiva da redução de riscos, são as Equipas de Rua. Estas pretendem fomentar a integração dos indivíduos em processos de recuperação, tratamento e de reinserção, através do desenvolvimento de ações articuladas de sensibilização, orientação e encaminhamento, sendo estruturas de proximidade e de fácil acesso.

A ação das designadas equipas de rua surge com diferentes formatos nos países europeus, adotando o papel de serviços de proximidade denominados de porta aberta, equipas de proximidade, centros de atendimento de dia e postos de saúde no terreno. Em Portugal, em 2001 é aprovada a *“criação de programas e estruturas sócio sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência”* (Decreto-Lei nº 183 de 21 de junho de 2001), sendo a partir deste Decreto-Lei que surgem as Equipas de Rua, tal como outros programas e estruturas.

A partir desta legislação, as Equipas de Rua são descritas como estruturas sócio sanitárias destinadas a *“promover a redução de riscos, intervindo no espaço público onde o consumo de drogas seja vivido como um problema social”* (Decreto de Lei nº 183 /2001 de 21 de junho).

O trabalho de rua caracteriza-se pela inserção na comunidade para a sua mudança, assim como por uma teia de relações entre técnicos, consumidores

de substâncias e seus pares, que interagem de forma democrática nos processos de tomada de decisão relativamente ao percurso do utente, apesar de assumirem papéis diferenciados na relação (EMCDDA⁸, 2001), tendo um impacto positivo na redução de comportamentos de risco.

As equipas de rua possuem um papel importante na redução de riscos e minimização de danos para os toxicodependentes, nomeadamente através da informação orientada para a prevenção quanto a comportamentos sexuais, efeitos das diferentes substâncias consumidas e hábitos de higiene pessoal, assim como através da sua intervenção com vista à mudança de hábitos do consumidor, no sentido de eliminar situações de risco e procurar encaminhá-lo para outras estruturas de apoio. Os técnicos deste tipo de equipas trabalham de acordo com o denominado “Outreach work” – trabalho de proximidade – o que possibilita criar mudanças a diferentes níveis: mudança individual, que pode criar mudanças em outros através da sua interação; mudança na comunidade e mudanças até na política social (Outreach Manual, 2007).

Em forma de síntese sobre os princípios do programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos, pode-se concluir que se apresenta como alternativo aos modelos moral, criminal ou de doença, respeitando o princípio da liberdade individual dos indivíduos e do seu direito ao consumo, tendo partido de uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do consumidor, e não como política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas (Queiroz, 2001).

3.3. Mediação

A mediação tem sido implementada em diversos contextos, apresentando permanentemente propostas de pacificação social, fundamentadas no diálogo, na intercompreensão e na implicação dos sujeitos na construção de soluções pacíficas para os conflitos que vivenciam. A mediação pressupõe a busca da garantia dos direitos humanos fundamentais de pessoas, comunidades e grupos excluídos.

⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência)

Segundo Moore (1998:34), a mediação sempre foi utilizada, mas foi adquirindo novos contornos tornando-se formalmente institucionalizada e reconhecida. Esta evolução no processo da mediação

“ [...] deve-se em parte a um reconhecimento mais amplo dos direitos humanos e da dignidade dos indivíduos, à expansão das aspirações pela participação democrática em todos os níveis sociais e políticos, à crença de que um indivíduo tem o direito de participar e de ter o controle das decisões que afetam a sua própria vida, a um apoio ético aos acordos particulares e às tendências, em algumas regiões, para maior tolerância à diversidade” (Idem:34).

Desta forma, a prática da mediação começa a modificar-se, tendo em conta uma melhor adequação às necessidades e complexidades da sociedade contemporânea. Atualmente a mediação assume uma importância social, o que conseqüentemente exige repensar novas interrogações e um maior aprofundamento teórico (Silva & Moreira, 2009).

De acordo com Almeida (2002:91), *“a mediação constitui um modelo de suporte a práticas inovadoras no domínio das políticas sociais que respeitam e promovem os valores da dignidade humana e da cidadania”*. A mediação tem como objetivos desenvolver processos de consciencialização e sensibilização, definindo ações e estratégias que visam o desenvolvimento de competências para promover a participação dos cidadãos, assim como a sua implicação quer individual, quer coletiva nos processos de mudança. A mediação, nomeadamente a mediação comunitária, pode ser concebida como uma forma de intervenção social orientada para a mudança social (Neves; Guedes e Araújo: 2009:49). Assim, conclui-se que a mediação pode intervir numa multiplicidade de contextos, sendo a dinâmica entre equipas de rua e toxicodependentes, um dos contextos de atuação em que a mediação assume o papel de *“ técnica ao serviço de uma estratégia de integração e coesão social, implicando uma incorporação dos modelos e metodologias sociais”* (Silva, 2009:72).

Segundo Costa (2009:38) referindo-se à ação do mediador em geral,

“Independente da variedade de titulação específica do mediador (mediador social, familiar, comunitário, penal, laboral, escolar) a ação mediadora, leia-se intervenção capacitadora, facilitadora e transformadora em sujeitos e

contextos, marca a natureza identitária deste agente, não se confundindo com uma simples intervenção ternária”.

De um modo geral o termo mediação está muito associado à resolução de conflitos, contudo a mediação pode contribuir para “*estabelecer ou fortalecer relacionamentos de confiança e respeito entre as partes [...]*” (Moore, 1998:58).

Almeida (cit. in Barbosa, 2011:78) identifica e define três categorias de mediação no âmbito do Serviço Social na toxicodependência, que parecem fazer sentido para perceber melhor este conceito, nomeadamente a “*mediação-assistência*”, a “*mediação-acessibilidade*” e a “*mediação-dinamização*”. A “*mediação – assistência*” baseia-se na satisfação das necessidades básicas referidas pelos toxicodependentes, assentando numa resposta imediata em situações de urgência o que pode muitas vezes envolver ações de apoio psicossocial (relação direta) junto dos utentes. No caso da “*mediação-acessibilidade*”, esta caracteriza-se pela divulgação de informação e pelo encaminhamento para os serviços de apoio existentes (saúde e segurança social), facilitando o acesso dos utentes aos mesmos. Por fim, a “*mediação-dinamização*” centra-se na intervenção comunitária, pressupondo um trabalho em rede e a mobilização de parcerias (Idem: 78/79).

O ideal seria conseguir alcançar a união destes três tipos de mediação, onde cada um seria utilizado de acordo com as necessidades de intervenção.

Tendo em conta a diversidade das situações em que a mediação pode ser aplicada, esta pode ter diferenciadas finalidades. Six (1991:164) refere que neste sentido, a mediação enquadra-se em dois grupos, tendo cada um diferentes tipos de mediação, designadamente: Mediações destinadas a fazer (re)nascer um laço social, onde se destaca a mediação criadora que suscita laços benéficos entre pessoas ou grupos que não os tinham, e a mediação renovadora quando permite melhorar os laços já existentes; e Mediações destinadas a parar um conflito, tendo como tipologias a mediação preventiva que antecede um conflito entre pessoas e grupos e consegue evitar a sua explosão e a mediação curativa que responde a um conflito existente ajudando as pessoas e os grupos envolvidos a encontrar uma solução.

Na perspetiva de Six (cit in Correia e Silva, 2010:40), o papel do mediador felizmente não se resume à intervenção em conflitos, pois seria muito limitativo.

Para este autor, acima de tudo, o mediador é alguém que possibilita uma aproximação entre indivíduos e grupos, nomeadamente através do estabelecimento de novas inter-relações entre elas e da prevenção do conflito.

Um pouco à semelhança da perspetiva de Six, Correia e Caramelo (2003:181) abordam a mediação com relação à mudança social vendo o mediador como *“um artesão na construção de cidades”*. Segundo estes autores, existe a necessidade de uma mediação que possa *“contribuir para a estruturação de modalidades alternativas política e cognitivamente o social e os problemas sociais”* (Idem:189/190), onde o mediador pode dar novas formas ao mundo, não se limitando à resolução de conflitos. A mediação constitui também *“uma modalidade de regulação social, promotora da emancipação e da coesão social”* (Silva et al., 2010: 120).

Não se pode falar da intervenção numa lógica de mediação sem frisar a participação mútua e negociação não só com utentes, mas com os demais serviços. Neste sentido, referimo-nos à mediação na sua dimensão externa e interna. A mediação tem várias dimensões, mas parece-nos importante focar a sua perspetiva de autonomização dos atores. A mediação externa está relacionada com o empowerment, onde o objetivo é empoderar o sujeito na construção de pontes de ligação com outros serviços e dispositivos, isto significa criar condições e potenciar o sujeito para a construção de “poder” (entenda-se que o “não poder” do mediador é uma condição básica para que haja mediação). A mediação interna refere-se à adaptação das instituições e demais dispositivos aos utentes e vice-versa. Assim, o papel do mediador é criar um espaço de diálogo entre as instituições (e suas estruturas de funcionamento) e os toxicodependentes (e o seu contexto) para que haja uma compreensão das suas visões e, possibilitar, a mudança de ambas as partes (ainda que não a concretize) – a mudança para a adaptação. Aqui se percebe o sentido da negociação estar inserida neste processo, onde o mediador deve *“facilitar a realização de um acordo entre as partes”* (Touzard,1977:400), possibilitando que os interesses comuns e opostos permitam estabelecer um acordo. Claramente, esta mediação só seria possível, se assente na participação de todos os elementos. Como referem Oliveira e Freire (2009:19) *“A metodologia da mediação fundamenta-se no reconhecimento de que os*

próprios (as partes) são quem mais sabe acerca das causas dos seus problemas (dos seus conflitos) e das possíveis resoluções. Neste sentido, é amplamente participativa e o papel do mediador consiste basicamente em “assistir” os próprios/as partes no processo de construção de novas soluções”.

Não obstante às várias dimensões da mediação, o próprio conceito de mediação por si mesmo, tem por objetivo a mudança, ou seja, *“contém em si uma orientação transformadora dos indivíduos e das relações entre eles, sustentada em valores positivos, como [...] a participação, o compromisso, a cooperação, o respeito [...] o diálogo”* (Idem, 2009: 19).

Refletindo acerca da mediação, conclui-se que esta não se exprime apenas nas relações interpessoais, mas também nas relações com as instituições, podendo ser relacionada com uma melhoria da relação entre os serviços públicos e os seus utentes. A mediação apresenta assim uma dupla função: por um lado evitar as dificuldades na relação utentes - serviços e, por outro, captar os fatores de insatisfação dos mesmos para que assim se possa responder adequadamente.

Neste âmbito, o utente deve ser o principal ator na intervenção, e toda a abordagem social tem em conta as suas necessidades específicas, multidimensionais e contextualizadas, assim como os recursos pessoais que possui. Assim sendo, é fundamental respeitar a sua dignidade e liberdade de escolha, garantindo os direitos e deveres de cidadania, o que constitui um princípio ético que deve estar presente o longo de toda a intervenção. Acima de tudo, o toxicodependente tem o direito de optar pelo tipo de resposta que melhor considerar adequada, e não simplesmente cingir-se ao que lhe é “imposto”, uma vez que os objetivos e metas pretendidos podem ser diferentes de indivíduo para indivíduo. Aqui é fundamental salientar a liberdade do indivíduo, não apenas a liberdade formal designada nas leis, mas também a que possibilita o indivíduo a fazer resistência e revoltar-se de forma consciente contra uma disposição social.

Ainda neste sentido, Merry e Milner (1995:13) sugerem que a mediação se configura como uma forma específica de intervenção social - a prestação de serviços. Nesta linha de pensamento, Neves, Guedes e Araújo (2009:50), afirmam *“pensar a possibilidade de a intervenção social ser configurada como*

prestação de serviços apresenta uma vantagem sobre a definição comum, e mais limitada, de intervenção social: ela garante poder de escolha aos indivíduos e grupos”.

Neste sentido, a mediação passa também pela articulação entre os sistemas sociais, no sentido de acabar com atitudes preconceituosas em relação aos consumidores de substâncias psicoativas. Ló (2011:56) refere a importância da intervenção continuada e acompanhamento igualmente nas organizações através da mediação social, para que estas estejam preparadas para *“a realidade com que se vão confrontar, e para o papel que podem desempenhar como condicionante central no percurso de integração dos toxicodependentes”*. O objetivo é potenciar e criar condições nos sistemas sociais que garantam a eficácia e a sustentabilidade das intervenções realizadas a nível individual, na (re)adquirição de competências pessoais, sociais, profissionais e de cidadania (IDT, 2009).

Em sentido mais específico, é necessário abordar um tipo de mediação mais direcionado para o trabalho das equipas de rua no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos na área da toxicodependência.

As equipas de rua planeiam vários projetos, partindo da proximidade e acompanhamento dos utentes, podendo assim ter acesso a variáveis específicas ao nível das crenças, atitudes, expectativas e motivações do Utente relativamente a vários aspetos relacionados com um possível percurso no sentido de um projeto de vida progressivamente mais saudável, com menos riscos e danos para si (Núcleo de Redução de Danos, 2007). Estes projetos de intervenção partem assim, de um pressuposto de respeito pela autonomia, individualidade e dignidade do utente. Neste caso concreto, o conceito de Mediação na RRMD encontra-se relacionado com o fator da comunicação e diálogo, sendo a partir destes que muitas vezes os técnicos têm acesso a informações adicionais, contribuindo para novos conhecimentos acerca do fenómeno da toxicodependência, assim como outros daí advenientes. Tal como é referido por Agra (1997:169), *“Não é bom, não é sábio, não é bonito, falarmos e agirmos sobre aquilo que mal conhecemos ou não conhecemos de todo”*, no sentido em que é a partir do contacto com o fenómeno que se cria também o conhecimento. Através das metodologias proximais, é possível penetrar

contextos impossíveis de atingir de outro modo e fundar intuições que poderão depois ser aplicadas noutro tipo de investigações (Comas cit. in Agra, 1993:84).

Nesta mesma perspetiva, segundo Berger (Cit. in Fernandes, 1999:52), *“a tarefa de construção do saber, é precisamente ir buscar junto daqueles que sabem o discurso de que são portadores, [...] o trabalhar o saber de que as pessoas são portadoras”*.

No âmbito da RRMD a mediação também se insere na relação técnico - utente, na medida em que os técnicos têm de dar respostas a situações específicas e há um trabalho de negociação participada na nessa relação, no sentido de encontrar uma solução. De acordo com Alcaland (cit. in Torremorell,2008), um bom processo de mediação pressupõe que os protagonistas comuniquem a fim de tentar compreender os pontos de vista e reconhecer interesses e necessidades mútuas. Assim, deve trabalhar-se conjuntamente na procura de soluções para problemas partilhados. Assim, o tipo de relação técnico- utente - comunidade, não é uma relação de “cima para baixo” como já anteriormente foi referido, mas sim uma relação de parceria na qual se trocam “saberes”, de trabalho e de confiança. Neste sentido, Agra (1997), diz-nos que a investigação científica é importante mas não deve ditar as decisões relativamente à questão de como devemos viver com as drogas. Neste sentido, o mesmo autor afirma *“A resposta a tão complexa questão só pode proceder do acordo comunicacional construído no seio de uma larga comunidade em debate aberto, esclarecido e liberto de todo o tipo de constrangimentos: ideológicos, morais, jurídicos, técnicos e científicos”* (Idem: 170). Assim, como técnica ao serviço de uma estratégia de integração e coesão social, a mediação aqui, deverá ser entendida como a atividade informal onde se procura cruzar os pontos de vista dos intervenientes, através de um processo de comunicação que possibilita identificar e conjugar os interesses em jogo. A partir da conjugação desses interesses é possível identificar que opções existem para dar resposta à questão e estabelecer um acordo, sempre com o fim de todas as partes saírem satisfeitas. Neste sentido, os técnicos devem escutar os utentes, perceber o que procuram e que resposta seria a mais adequada para responder a essas necessidades, seja uma

resposta mais imediata ou o encaminhamento para o serviço mais adequado à situação.

Agra (1997:172/173) referindo-se às discontinuidades relativas às estratégias de intervenção no domínio das drogas ao longo da história, fala-nos da estratégia da “intervenção mediadora”. Os princípios desta estratégia representam a rutura com outros princípios já conhecidos, em oposição com a irradicação da droga na sociedade como ideal ou com o modelo droga-doença/droga-delinquência. A estratégia mediadora, segundo este autor, tem quatro princípios: imanência; tolerância; mal menor e irreversibilidade.

O princípio da imanência refere que o “fenómeno da droga e seus atores não é um fenómeno estranho ou alheio às sociedades atuais” (Idem:172), mas sim inerente ao normal funcionamento das sociedades. O princípio da tolerância “tende a dar lugar a uma atitude de humildade perante o fenómeno das drogas” (Idem:173), onde devemos tolerá-lo na vida em sociedade, assim como os diferentes modos do uso da droga (estilos de vida). Neste ponto, podemos fazer a ponte com a “negociação” entre técnicos – utentes – comunidade, já referida anteriormente. Relativamente ao princípio do mal menor, “*abandonamos a ideologia de uma sociedade sem drogas*” (Idem:173). Assenta assim, na política realista da redução – da procura, de riscos e de danos – em contraposição à ideologia da irradicação das drogas na sociedade. Por último, o princípio da irreversibilidade reconhece que certas situações de consumo de drogas são irreversíveis. Deste modo, estas situações devem ser assumidas e isso implica que se procurem novos caminhos como resposta, quebrando com “*os tabus que durante décadas dominaram o discurso e táticas do combate à droga*” (Idem:173).

A estratégia da intervenção mediadora através da conjugação destes quatro princípios “*é determinada pela sensibilidade ética, pela vontade de conhecimento científico, pelo domínio da razão argumentativa e pragmática, numa palavra, por uma filosofia da praxis*”. (Idem:173)

Em suma, convém frisar a ideia da Mediação no âmbito da RRMD como um processo que se desenrola na relação técnico - utente e também comunidade/serviços envolventes, a partir da comunicação, negociação participada e conjugação de interesses, com o fim de responder a situações

concretas num contexto real e partindo da consciência que a toxicodependência não é um fenómeno alheio à sociedade atual. Assim, a intervenção das equipas de RRMD parte de uma perspetiva que considera os sujeitos envolvidos como atores portadores de direitos e deveres e não apenas como *“utente/ cliente, em condição passiva e submissa, como acontecia para os modelos de intervenção técnico-funcionalista ou assistencial prestacionista”* (Matos, 2009:188). Neste seguimento, a mediação

3.4. A Mediação nas Equipas de RRMD, no âmbito da Toxicodependência

A ação das Equipas de RRMD na área da toxicodependência deve centrar-se na ótica da mediação e da escuta ativa como já referimos anteriormente. Deste modo, neste tipo de intervenção deverá entender-se o olhar do outro, para que assim seja possível estabelecer uma ponte, pois é nesta perspetiva interventiva de atuação segundo uma metodologia participativa e ativa que o próprio sujeito seja implicado enquanto ser presente na esfera do sujeito de intervenção. Tal como defende Silva (2004:271), *“[...] o papel dos técnicos que intervêm [...] é ter a capacidade para antever e intervir, ajudando as pessoas a construir as soluções mais acertadas para cada uma delas, de acordo com os momentos, os meios e as populações envolvidas”*.

O mais importante no trabalho com a realidade social é o contexto em que se insere o objeto de análise, ou seja, as pessoas alvo da mudança. O ponto de partida de qualquer intervenção, são as experiências e prioridades das comunidades, tal como elas vêm e vivem o seu contexto de vida, e não como os técnicos acham que deve ser, pois o objetivo principal é a autonomia e independência, na procura de mudanças sustentáveis e de resultados duradouros. Daí a mediação ser tão importante no contexto das ciências sociais, pois é a partir dela que ambas as partes caminham num mesmo sentido de mudança.

No contexto das Equipas de RRMD em contexto de rua, a mediação pode abrir novos horizontes quer para os utentes, quer para os técnicos das equipas, e também para os serviços envolventes. Neste sentido pode haver todo um

trabalho de relação entre as partes envolvidas, para que seja possível chegar às reais necessidades dos utentes e perceber de que modo os técnicos poderão corresponder a essas mesmas necessidades. Tal como Ló (2011:56) afirma: *“A mediação social surge como um instrumento facilitador e potenciador do sucesso de outros objetivos específicos: as terapias, o restabelecimento dos laços familiares, a criação de condições habitacionais e os cuidados de saúde”*, o que nos remete para a complexidade da utilidade da mediação.

Ainda neste sentido, é partindo da lógica da mediação que se deve procurar efetuar uma mudança no que diz respeito aos fatores de ordem subjetiva muitas vezes associados ao fenómeno da toxicodependência, sendo que *“os preconceitos e tabus face ao fenómeno da toxicodependência constituem um forte entrave ao surgimento de oportunidades e às possibilidades de integração”* (Ló,2007:34).

O papel da mediação no âmbito das toxicodependências pode passar por vários aspetos, tais como *“inverter o comportamento defensivo dos toxicodependentes [...] fruto da experiência de modos de vida marginais, [...] e da acomodação à situação”* (Ló, 2011:56). Deste modo, a mediação social passa por criar novas oportunidades para o toxicodependente, assentando *“no apoio, na aquisição e desenvolvimento de ferramentas de valorização pessoal, social e profissional, que esbatam o sentimento de insegurança e promovam um comportamento e uma atitude positiva, de progressiva confiança em si e nos outros”* (Idem:56).

As políticas de redução de danos no âmbito das toxicodependências remetem para a intervenção *“[...] numa relação de proximidade e de mediação orientada essencialmente para o acionamento de respostas centradas na distribuição de material asséptico, na sensibilização para o rastreio de doenças infecciosas, no ensinamento de práticas de consumo de menor risco e práticas sexuais seguras [...]”* (Barbosa, 2006:65). Indo mais além, as equipas de RRMD em contexto de rua fazem ainda a mediação no sentido de encaminhamento para outros serviços quando assim é necessário, possibilitando também o acesso dos utentes a determinados serviços. Pensamos ser importante referir que estas equipas, muitas vezes se disponibilizam a inclusivamente acompanhar os utentes ao Centro de Saúde,

Segurança Social, etc... Mas a mediação, não se traduz apenas na adaptação dos utentes aos serviços que têm à disposição. Ela passa também pela comunicação com demais serviços para assim possibilitar que estes se adaptem à nova realidade do fenómeno, uma vez que uma série de fatores se vão modificando e é necessário acompanhar essas alterações. Deste modo, a mediação destas equipas de rua assenta ainda numa lógica de comunicação com e entre os vários serviços e dispositivos, no sentido de trabalhar a compreensão e adaptação desses serviços ao próprio estilo de vida dos utentes. Neste sentido, como afirma Gimenez (1997:142), autor que fala da mediação intercultural ou social, a mediação deve ser *“orientada para a consecução do reconhecimento do Outro e para a aproximação das partes, a comunicação e a compreensão mútuas, a aprendizagem e o desenvolvimento da convivência, a regulação de conflitos e a adequação institucional, entre atores sociais ou institucionais etnoculturalmente diferenciados”*.

Barbosa (2006:70), menciona a prática do Serviço Social no seio das políticas de droga, que aqui nos parece estar intimamente relacionada com a visão das políticas de redução de riscos e minimização de danos, referindo-se à prática:

“que valoriza a diversidade de visões e pluralidade de opiniões, num processo contínuo de construção da tolerância, admitindo estilos de vida associados ao consumo de substâncias ilícitas e reconhecendo [...] o direito à diferença e à igualdade [...] e o exercício de formas de cidadania participativa para a mudança das suas condições de vida”.

Devemos contudo, estar sempre conscientes que na mediação não existem fórmulas predefinidas, uma vez que uma atitude que obteve resultados positivos numa determinada situação, poderá não ter o mesmo feedback num outro contexto. Aqui, as referências teóricas apresentam-se como orientadoras da prática, mas não a limita.

É necessário ainda seguir a ideia que *“O saber das drogas não é mais um ramo das ciências constituídas”* (Agra, 1997:12). Quer Agra com isto dizer que é urgente uma abordagem transdisciplinar onde o biológico, o social e o cultural, se possam cruzar.

Capítulo 4. Formulação das Hipóteses de Investigação

Após a formulação do problema e a análise bibliográfica relativamente ao tema a ser investigado, torna-se agora necessário colocar as questões a que se pretende responder ao longo da investigação, ou seja, as hipóteses de investigação.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998:151), *“uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos que, segundo os casos, podem ser conceitos ou fenómenos. É, portanto, uma proposição provisória, uma suposição que deve ser verificada”*. Para se formularem hipóteses é necessário uma reflexão, uma pesquisa, um contacto com os factos. Quase sempre as hipóteses derivam da observação (hipótese indutiva) ou de uma teoria capaz de estabelecer previsões (hipótese dedutiva).

Tendo em conta os objetivos desta investigação, optou-se pelo tipo de metodologia intensiva e, sendo que neste caso a compreensão dos fenómenos é feita a partir dos resultados da recolha de dados num contexto muito específico e demarcado (estudo de caso), não se pretende testar hipóteses neste caso específico, uma vez que neste tipo de abordagens a ideia é descrever e interpretar qualitativamente o significado que os fenómenos têm nesse determinado contexto. Contudo, as hipóteses são constituintes de uma problemática, abordada a partir da fundamentação teórica e que pretende ser verificada aquando a construção e aplicação dos instrumentos de recolha de dados. A partir das hipóteses, podemos então colocar a parte da fundamentação teórica em confronto com a parte prática da obtenção de respostas através da análise de dados. As hipóteses não são necessariamente verdadeiras, pois o objetivo é serem formuladas para que no final da investigação possam ser consideradas verdadeiras ou falsas (Sousa e Batista, 2011: 27) de acordo com o que interpretamos dos dados retirados na parte prática.

Deste modo, neste ponto, formulamos as hipóteses de acordo com os conceitos anteriormente analisados, isto é, a partir da parte teórica, definimos o que pretendemos verificar. Deste modo colocamos as seguintes hipóteses teóricas, apresentadas como linhas de orientação:

H1: A mediação nas Equipas de RRMD no âmbito da toxicodependência, passa principalmente pela negociação participada entre técnico – utente – serviços, assentando numa interação de “proximidade” e comunicação “horizontal”.

H2: A mediação no âmbito das equipas de RRMD na toxicodependência, pressupõe facilitar o acesso dos utentes a diversos serviços/ integrar o utente no meio social.

H3: O trabalho de mediação das Equipas de RRMD em contexto de rua tem que ver também com a tentativa de adaptação das variadas estruturas às especificidades dos utentes.

Relativamente à H1 o que se pretende saber é se, no contexto específico que se vai investigar, a mediação se apresenta sobre a forma de comunicação/negociação entre técnico – utente – serviços. A título de exemplo, pode-se constatar ou não que a mediação potencia uma maior adequabilidade das respostas às necessidades específicas/particulares dos utentes. Pretende-se também constatar se o procedimento destas equipas se mostra dialogante em determinadas situações, também no sentido de aproximar os serviços às necessidades dos utentes. Pretende-se ainda verificar se, neste contexto específico, a mediação requer que haja um trabalho de proximidade técnico – utente, onde a esta interação é “horizontal”, no sentido em que o utente é o elemento central no trabalho desenvolvido pelo técnico.

Na H2, pretende saber-se, neste contexto específico, se a mediação pressupõe que os técnicos estabeleçam pontes entre utentes e serviços, aos quais estes últimos anteriormente não tinham acesso (ou este era dificultado por diversos fatores) ou informação.

Quanto à H3, pretende-se perceber se a mediação feita pelas equipas de rua específicas assenta na comunicação com as variadas estruturas que trabalham com a população toxicodependente, no sentido de tentar conjugar interesses entre estas e as necessidades dos utentes.

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 5. Estratégias para a Investigação

5.1. Método e desenho da Investigação

O método da investigação vai-nos orientar durante todo o processo de investigação, ou seja, é um caminho percorrer. Pode-se entender por método, um conjunto de estratégias e operações intelectuais. De acordo com Grawitz, o método é *“um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada [...] é um conjunto de normas que permitem seleccionar e coordenar técnicas”* (cit. in Carmo, 1998:175).

O método mais adequado e que corresponde aos objetivos supramencionados desta investigação é o estudo de caso que *“analisa, de modo intensivo, situações particulares. Sob condições limitadas, possibilita generalizações empíricas”* (Pardal e Correia, 1995: 17), uma vez que visa a análise ou o estudo de modo intensivo ou em profundidade de situações particulares (casos). Assim, trata-se de um estudo detalhado, onde é explorado um fenómeno específico, limitado no tempo e na ação. A partir do método do estudo de caso vamos poder aprofundar o tema em investigação, num determinado contexto específico, isto é, pretende-se saber de que forma a mediação é assumida na atuação das Equipas de RRMD de duas instituições que atuam no âmbito da toxicodependência na zona metropolitana do Porto: a Norte Vida e a Arrimo. Assim, não se pretende aqui generalizar, mas sim compreender como a mediação é assumida nestas equipas de rua especificamente.

O método privilegiado para a análise dos dados é qualitativo uma vez que o investigador tem como objetivo o conhecimento e a compreensão dos significados e interpretações dadas pelos atores sociais às situações e acontecimentos em que estão envolvidos. Segundo Mucchielli (1991:3), os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenómenos (visíveis ou ocultos) que, por essência, não

são passíveis de serem medidos numericamente, eles possuem as características específicas dos “factos humanos”. Nesta abordagem qualitativa *“propõe-se descrever os fenómenos sociais e [...] explicá-los ou fornecer os elementos da sua compreensão. O registo dos domínios a que ela pode aplicar-se é extremamente vasto: sociedades globais, sistemas sociais, relações dos indivíduos com o seu meio, comunidades, instituições etc”* (Gazeneuve e Victoroff, 1982: 378).

Deste modo, delineamos como amostra para este estudo, um total de seis pessoas, nomeadamente dois técnicos (um de cada equipa) e quatro utentes (dois de cada equipa). Optou-se assim, por integrar a visão quer dos técnicos, quer dos utentes, uma vez que consideramos ser fundamental conjugar as duas posições face ao fenómeno em análise. De acordo com Albarello et al. (1997:103) *“nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca”*. Deste modo, este método fornece uma compreensão profunda de determinados fenómenos mais complexos e únicos. Neste sentido, tal como já anteriormente foi referido, não se pretende seguir a via da representatividade, mas sim a compreensão da mediação no contexto específico destas equipas de rua. Assim, visa-se compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos, em situações particulares.

Tendo em conta as especificidades mencionadas, optou-se pela aplicação de entrevistas semiestruturadas como instrumento de recolha de dados. Assim, aplicaram-se entrevistas distintas aos técnicos e aos utentes que fizeram parte da amostra, sendo que as entrevistas ao utentes foram realizadas em meio natural (contexto de rua, durante as rondas das equipas) e os técnicos em gabinete e uma respondida por e-mail. Deparamo-nos, contudo com algumas dificuldades na aplicação das entrevistas, nomeadamente o facto de nem sempre os utentes disporem de tempo para responder às entrevistas (pelo que algumas foram divididas em mais do que um momento), e também pela disponibilidade de tempo reduzida por parte de um técnico, sendo que a sua entrevista foi respondida por e-mail, não sendo possível ser presencial e gravada como as demais.

5.2. Procedimentos para a Recolha de Dados

Para que fosse possível a recolha de dados para esta investigação, e considerando que seria mais significativo podermos comparar dois contextos, estabelecemos contacto com duas associações com serviços direcionados para a vertente de RRMD, ambas sediadas na Cidade do Porto. Inicialmente contactamos a Norte Vida – Associação para a Promoção da Saúde e, de seguida, com a Arrimo – Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Social e Comunitário, tendo ambas se mostrado recetivas a esta investigação.

5.2.1. Contextualização da Norte Vida e Arrimo e suas Equipas de Rua

Caraterizaremos em seguida as Associações que configuraram o suporte institucional que nos serviu de base para podermos recolher os dados pretendidos. Parece-nos importante mencionar que foram consultados documentos sobre as instituições e suas equipas, como complemento à informação, para que assim pudéssemos compreender melhor as suas dinâmicas diárias e objectivos. Consultar este tipo de documentos acaba por ser uma *“técnica de recolha de informação necessária em qualquer investigação”* (Pardal e Correia, 1995:74). Assim, passaremos a fazer a contextualização das instituições que fazem parte do nosso estudo. Relativamente à “Norte Vida - Associação para a Promoção da Saúde”⁹, esta é uma Instituição Privada de Solidariedade Social criada em 1991, por iniciativa do Governador Civil do Porto e do Núcleo Distrital do Projeto Vida. Os fundadores definiram para esta instituição os seguintes objetivos genéricos: apoio a jovens, à família e ao desenvolvimento comunitário; a promoção da saúde, designadamente através do desenvolvimento de projetos e da criação de serviços de prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas toxicodependentes e a educação e a formação profissional dos cidadãos.

Mais especificamente, a Norte Vida, a nível da RRMD, desenvolve o Projeto “Rotas com Vida”, financiado pelo Serviço de Intervenção nos

⁹ Endereço: Rua de Entreparedes, nº 60/62, 4000-197, Porto
Contactos Oficiais: nortevida@sapo.pt Telefone:[+351] 222 071 298

Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, ex-IDT) e apoiado por quatro freguesias do Concelho do Porto (Aldoar, Lordelo do Ouro, Nevogilde e Ramalde). Este projeto inscreve-se numa lógica de resposta de proximidade tendo como suporte um gabinete de apoio móvel que se orienta para a prestação de cuidados indiferenciados a consumidores de drogas em situação de precariedade ou rutura individual, familiar, profissional e social. Esse apoio traduz-se em respostas assistenciais de carácter imediato e sem exigências às condutas de consumo (de baixo limiar), tendo como destinatários os consumidores nos bairros sociais da parte Ocidental da Cidade do Porto, independentemente da sua proveniência, origem ou condição biopsicossocial.

Mais especificamente, este gabinete de apoio móvel, funciona em dois turnos diariamente (manhã e tarde) e duas vezes por semana é feito o turno da noite, para assim poderem alcançar diferentes tipos de população, sendo que a rota passa pelo Bairro do Viso, Francos, Bairro Pinheiro Torres e Bairro do Aleixo. A equipa é constituída por um Assistente Social, um Enfermeiro, um Psicólogo e um Técnico Psicossocial.

Esta unidade móvel de RRMD está organizada de forma a prestar os seguintes serviços aos utilizadores: avaliação psicossocial; avaliação médica; troca de kit's de material asséptico e distribuição de preservativos; acompanhamento médico e psicossocial; encaminhamento para estruturas e serviços que garantam continuidade de cuidados; cuidados de enfermagem; programa de baixo limiar de exigência e satisfação das necessidades humanas básicas (nomeadamente cuidados de higiene e de alimentação básica).

A nível do funcionamento, inicialmente é a fase do acolhimento onde é feito o primeiro contato com o utente, a partir do qual este é informado sobre os serviços disponíveis, horários e locais de funcionamento e é-lhe fornecido um panfleto com a informação dada. Neste momento pretende-se fazer a triagem dos utentes, e só numa fase posterior são recolhidos aprofundadamente os seus dados e a sua situação biopsicossocial.

Após diagnóstico das necessidades de intervenção e depois de ouvido o pedido do utente, estão disponíveis várias respostas, designadamente: promover a redução de riscos e a minimização de danos associados ao comportamento aditivo e a práticas sexuais de risco; promover os cuidados de

saúde e de higiene, e contribuir para a progressiva estruturação psicossocial do indivíduo.

Relativamente à Arrimo¹⁰, esta Cooperativa de Solidariedade Social tem como objeto intervir com as pessoas, comunidades e instituições e/ou associações para a erradicação da pobreza, da exclusão social, da injustiça, pela promoção dos direitos fundamentais à saúde, à democracia, à educação, ao trabalho, à cultura, à influência nas transformações sociais, ou seja, à participação nas diferentes esferas de atividade e no exercício de uma cidadania ativa.

A Arrimo desenvolve, entre outros projetos que incidem na RRMD, o Projeto “Elos”, que é e cofinanciado pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, no âmbito do Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI). Este projeto apresenta-se como uma resposta de proximidade para o fenómeno da exclusão social associado à toxicodependência, pretendendo contribuir para a melhoria das condições sócio sanitárias dos indivíduos alvo, marginalizados e excluídos dos serviços comunitários, bem como para o diagnóstico e encaminhamento social e terapêutico adequado. O “Elos” trabalha a partir de um conjunto de estruturas de proximidade, nomeadamente a equipa de rua, o gabinete de apoio e a unidade de apoio móvel, tendo como destinatários os consumidores da Zona Oriental (Bairros Sociais das Freguesias de Paranhos e Campanhã, nomeadamente: São João de Deus, Cerco e Lagarteiro) e Zona Histórica (Sé-São Bento).

Este projeto tem como objetivos gerais: reduzir os riscos e minimizar os danos associados ao consumo de drogas ilícitas; contribuir para aproximar os utilizadores de drogas dos serviços de saúde e sociais; criar condições que permitam ao indivíduo alvo desenvolver uma estruturação de vida com um mínimo de dignidade ou seja desenvolver a consciência de que é uma pessoa com direitos e deveres e, por fim, envolver a comunidade num processo dinâmico e interativo, tendo em vista de eficácia das respostas aos problemas desta população específica.

¹⁰ Com Sede na Rua Formosa, 1º, nº 187, 4000-251, Porto
Endereço do Projeto Elos: EN 12, junto à ETAR do Freixo, 4200-225, Porto
Contactos Oficiais: Telefone: 22 531 40 20 / 22 540 11 22

O projeto “Elos” baseia-se na articulação sinérgica dos recursos comunitários, internos (Equipa e Rua e Gabinete de Apoio) e externos (rede formal de respostas comunitárias). O Elos funciona tendo por base três eixos estratégicos de atuação. O primeiro é a aproximação e monitorização do grupo alvo através da equipa de rua.

A equipa de rua faz o “giro” de rua diário, integrado nas dinâmicas e quotidianos da população alvo, em função dos seus ritmos circadianos; fornece de material de consumo esterilizado e informações e aconselhamento no âmbito da educação para a saúde. O segundo eixo é o da satisfação das necessidades básicas de saúde, através do Gabinete de Apoio e Unidade Móvel. Neste âmbito são fornecidas refeições, higiene básica (banhos, corte de cabelo e muda de roupa), são prestados cuidados de enfermagem elementares, avaliação médica e é facilitado o acesso aos cuidados de saúde primários e especializados assim como a indução terapêutica de programas de baixo limiar de exigência. O terceiro eixo é a promoção da adesão às estruturas especializadas da rede formal de apoio sanitário e social possível através do Gabinete de Apoio e Unidade Móvel. Aqui é feita a sensibilização/informação sobre os recursos da rede de apoio, o desenvolvimento de atividades sócio ocupacionais e a orientação dos indivíduos alvo para a rede formal de respostas socio sanitárias da comunidade.

Deste modo, neste âmbito, as equipas de rua efetuam um trabalho de primeira linha nos territórios de consumo focalizado no estabelecimento de relação de confiança e de proximidade, mas também desenvolvem trabalho no âmbito do atendimento de segunda linha em que asseguram acompanhamento aos utentes nas primeiras etapas do seu projeto de reabilitação para que estes transitem para patamares mais estruturados de intervenção de uma forma mais preparada e estruturada. A unidade de apoio móvel funciona diariamente, sendo que a rota passa pelo Bairro do Cerco e pela zona de São Bento em três turnos diários. A equipa de rua é constituída por Psicólogo, Assistente Social, Enfermeiro e dois técnicos animadores socioculturais ou adjuntos da saúde.

5.2.2. Universo, seleção e caracterização da Amostra

Na zona ocidental do Porto, nos bairros abrangidos pelo Projeto “Rotas com Vida” (Norte Vida) foram identificados 2462 consumidores de substâncias psicoativas (Núcleo Territorial da Zona Ocidental de 20 de dezembro de 2011), tendo em conta o diagnóstico efetuado a partir dos dados provenientes de projetos financiados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), e das estruturas da comunidade. De acordo com este diagnóstico, este grupo é constituído maioritariamente por indivíduos do sexo masculino, com uma média de idades nos 35 anos, que não se encontram integrados do mercado de trabalho e a viver com os pais, em sistema de agregado familiar alargado ou em situação sem-abrigo. Trata-se de uma faixa populacional com um longo percurso de vida associado ao consumo diário de heroína e cocaína por endovenosa e via fumada, incluindo portadores de patologias do foro infeccioso e situações de comorbilidade psiquiátrica (SICAD, 2013).

Na Zona Histórica do Porto, espaço abrangido pelo Projeto “Elos” (Arrimo), relativamente aos segmentos populacionais e contextos mais afetados pela problemática do consumo de substâncias psicoativas, foram identificados 866 Consumidores de substâncias psicoativas na zona Central do Porto (Núcleo Territorial da Zona Histórica e Baixa do Porto, 23 de novembro de 2011) que se movimentam, essencialmente, em zonas mais degradadas, caracterizadas por fenómenos de tráfico, consumo e prostituição. Na zona Oriental do Porto, foram identificados 826 consumidores de substâncias psicoativas (Núcleo Territorial da Zona Oriental do Porto, 25 de novembro de 2011). Estes indivíduos movimentam-se por locais associados ao consumo e tráfico de substâncias psicoativas, nomeadamente na zona envolvente à Universidade Lusíada, no Bairro do Lagarteiro e área envolvente, Parque Oriental, zona das Antas e em S. Roque da Lameira.

Nas Zonas abrangidas por ambos os projetos que abordamos nesta investigação, a população consumidora é constituída maioritariamente por indivíduos do género masculino e de nacionalidade portuguesa e apresenta consumos concomitantes de heroína, cocaína, cannabinóides, álcool e

benzodiazepinas, utilizando várias vias de consumo (fumada, injetada e oral). Esta população apresenta um baixo nível de escolaridade e qualificação profissional, assim como poucas competências laborais, sendo que a maioria vive em situação de precariedade económica, beneficiando de medidas de apoio social diversificadas. Frequentemente verifica-se o recurso a práticas de mendicidade, pequena criminalidade e trabalho sexual como forma de subsidiar consumos e regista-se uma elevada taxa de comorbilidade psiquiátrica. As habitações são precárias e, em termos familiares, apresentam história de desestruturação familiar e rutura face às famílias de origem (Resumo do Diagnóstico Analítico das Dependências do Concelho do Porto – PORI:3/4).

Como refere Fortin (1999: 202), a população-alvo pode definir-se como a *“população particular que é submetida a um estudo”*, esta é *“constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*. A dimensão da população contactada por cada projeto varia em função de diversos fatores, nomeadamente o tipo de serviços prestados, a sua abrangência territorial ou o tipo de “cena de consumo” em que incide a intervenção. No ano de 2011, o Projeto “Rotas com Vida” (Norte Vida) contactou cerca de 1422 utentes, e no mesmo período, o Projeto “Elos” (Arrimo) contactou cerca de 305 utentes (SICAD, 2011). Neste caso específico, o universo seria demasiado grande para ser totalmente englobado neste estudo, e, visto ser uma população flutuante, não seria possível concretizar dados precisos acerca da população.

Assim, como em qualquer estudo de investigação social, usualmente não é possível implicar a totalidade dos membros da população que se pretende estudar, e para isso é necessário delimitar a nossa população e circunscreve-la a uma amostra, ainda mais quando se trata de um estudo de caso. Deste modo, da amostra fazem parte um técnico de duas equipas de RRMD diferentes (num total de dois técnicos) e quatro utentes, sendo dois de cada equipa. Deste modo, poderá ser uma mais-valia conhecer as duas equipas e as suas dinâmicas.

Para selecionar a amostra recorreu-se à técnica de amostragem não probabilística pois a população-alvo foi selecionada de acordo com critérios considerados importantes para esta investigação e tendo em conta os objetivos

deste trabalho (Carmo e Ferreira, 1998:192). Deste modo, a escolha dos elementos que iriam constituir a amostra foi feita de forma intencional, tendo em conta que nos poderiam fornecer informação relevante sobre o tema em estudo. Deste modo, passam a ser descritos os critérios que foram tidos em conta para a seleção da amostra. No caso dos utentes, ter disponibilidade que permita a realização da entrevista (utentes); terem recorrido ou estarem a recorrer a uma equipa de rua (utentes); terem frequentado programas terapêuticos anteriormente para que seja possível ver as diferenças; e, no caso dos técnicos, trabalhar na equipa de rua há pelo menos 4 anos.

Numa análise geral, os utentes entrevistados comportam idades entre os 40 e os 48 anos e são todos do género masculino. É de salientar que apenas um entrevistado se encontra em situação de consumo assumido, sendo que os demais estavam, no momento das entrevistas, a frequentar o Programa de Substituição Opiácea (PSO) com Metadona nas unidades móveis (apenas num caso tinha acabado de passado para a instituição para a toma de metadona).

	Idade	Situação profissional	Percurso consumo	Tempo consumo	Situação atual	Associação frequentada
Entr.A	44	Desempregado	Cocaína e heroína	22 anos	Consumo ativo	Norte Vida
Entr.B	48	Desempregado /part-time	Heroína e Cocaína	35 anos	PSO	Norte Vida
Entr.C	40	Reformado p/invalidez	Heroína e Cocaína	25 anos (6 de drogas leves)	PSO	Arrimo
Entr.D	46	Desempregado	Heroína e Cocaína	24 anos	PSO	Arrimo

Tabela 1. Caracterização dos utentes entrevistados

No caso dos técnicos entrevistados, o técnico da Norte Vida é do sexo feminino e exerce funções de coordenação do projeto “Rotas com Vida” e funções de Técnica de Serviço Social, trabalhando na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos em Toxicodependência há cerca de 6/7 anos.

Relativamente ao técnico da Arrimo, é do sexo masculino e exerce funções de Coordenação da Arrimo, trabalhando nesta área há mais de quatro anos.

Identificação	Formação	Associação	Função exercida na Associação	Tempo de trabalho*
Entr.X	Assistente Social	Norte Vida	Coordenação do Projeto “Rotas com Vida” / Técnica de Serviço Social	6/7 anos
Entre.Y	Psicólogo Clínico	Arrimo	Coordenação da Arrimo	Há mais de 4 anos

Tabela 2. Caracterização dos técnicos entrevistados

*Na área de Redução de Riscos e Minimização de Danos na Toxicodependência

5.2.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de dados

A recolha de dados pode ser feita a partir de um conjunto de técnicas e ferramentas a que nos conduziu o processo de investigação. Assim, as técnicas podem ser definidas como instrumentos de trabalho que requerem múltiplas competências e exigindo a sua integração consequente no processo de pesquisa. As técnicas são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, suscetíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problemas e aos fenómenos em causa. A escolha das técnicas depende do objetivo que se pretende atingir (Carmo, 1998), e pode sempre haver uma parte de engenho e criatividade do investigador na forma como são utilizadas.

Para esta abordagem qualitativa, recorreremos às entrevistas semiestruturadas, como técnica de recolha de dados. A entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupo em que o grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos de recolha de informações (Ketele e Roegiers 1999). Mais especificamente optou-se por entrevistas do tipo semiestruturado, uma vez que não são inteiramente livres, mas também não são orientadas por um

leque inflexível de perguntas estabelecidas *a priori*, permitindo alguma liberdade ao entrevistado. Deste modo, por um lado não se pretendia colocar questões excessivamente fechadas, e por outro não dar total liberdade para falar de tudo que quisessem, mas sim “*um formato que obedece aos dois tipos anteriores*” (entrevistas estruturadas, entrevistas não estruturadas) (Afonso, 2005: 99).

De acordo com Fortin (1999: 247), nas entrevistas semiestruturadas utiliza-se “*um guião com as grandes linhas dos temas a explorar [...]*”, pelo que foram construídos os guiões que serviram de referência à condução das entrevistas, tanto para os quatro utentes das equipas de ruas, como para os dois técnicos das duas equipas.

Segundo Afonso (2005: 99) “*O guião deve ser construído a partir das questões de pesquisa e eixos de análise do projeto de investigação.*”

“*Fazer perguntas é normalmente aceite como uma forma rentável, frequentemente a única de obter informações sobre comportamentos e experiências passadas, valores e atitudes, isto é, sobre um conjunto de variáveis/fenómenos do foro subjetivo não diretamente mensuráveis*” (Foddy, 1996:1), pelo que consideramos ser esta uma das técnicas que melhor se adaptariam ao tipo de estudo. É necessário referir que, embora apenas como complemento à informação, aquando da aplicação e realização das entrevistas assim como no acompanhamento das equipas, foram recolhidas também as respetivas notas de campo que se mostraram relevantes nalguns aspetos. Deste modo, foram elaborados dois guiões de entrevista (um para os utentes e outro para os técnicos), tendo em vista o que procuramos investigar. Para a aplicação das entrevistas, começamos por acompanhar a Equipa de RRMD da Norte Vida em dois turnos da carrinha (manhã e tarde) para melhor conhecer os técnicos e o próprio ritmo e procedimentos deste serviço. A partir deste acompanhamento, e com a ajuda dos técnicos, tivemos a possibilidade de entrar em contacto com os utentes para lhes explicarmos os objetivos do estudo e saber se estariam disponíveis para participar. Este acompanhamento durou cerca de duas semanas para que fosse possível a recolha de dados, uma vez que dois dos utentes entrevistados se mostraram indisponíveis nas datas acordadas pelo que foram necessários alguns adiamentos, e por não ter

sido possível recolher as entrevistas num só momento.

Após a aplicação das entrevistas nesta equipa, iniciamos a recolha de dados na Arrimo. Neste caso não foi possível acompanhar a Equipa de RRMD na sua dinâmica diária. Assim sendo, através da comunicação com o Coordenador do projeto e técnicos da equipa foi possível a realização das entrevistas aos utentes que se mostraram disponíveis e recetíveis ao estudo.

As entrevistas, em ambas as instituições, (que tiveram duração variável entre trinta e cinco minutos e uma hora e meia) foram feitas de forma presencial e gravadas com o consentimento dos entrevistados pelo que não houve oposições, à exceção da entrevista a um técnico da Arrimo que, por indisponibilidade, deu preferência a responder ao guião através de e-mail.

Também em ambas as instituições, as entrevistas aos utentes foram realizadas no horário das rondas das equipas de rua, em meio natural (contexto de rua), embora não na presença dos técnicos para que assim as respostas não resultassem de alguma pressão sentida pela sua presença. No caso dos técnicos, uma das duas entrevistas foi realizada num gabinete nas instalações da associação, sendo que a outra foi respondida através de e-mail como já referido.

Capítulo 6. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Como forma de tratamento e análise de dados, utilizamos a análise de conteúdo que consiste em analisar qualitativamente os dados da investigação e visa captar o sentido dos textos e conteúdos. Segundo Bardin (2009:89) “*O recurso à análise de conteúdo, para tirar partido de um material dito «qualitativo», é indispensável [...]*”. A análise de conteúdo “*procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça [...] é a busca de outras realidades através das mensagens*” O seu objeto “*é a fala, isto é, o aspeto individual e atual (em ato) da linguagem*”, tendo em conta o conteúdo, as significações do discurso (Idem: 45).

Berelson (cit in Silva e Pinto, 1987:103) definiu a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que permite “a *descrição objetiva, sistemática do conteúdo manifesto da comunicação*”.

Mais especificamente, o material recolhido através das entrevistas foi submetido a uma análise de conteúdo categorial. Esta parece-nos ser a mais adequada, uma vez que este estudo não pretende medir a frequência com que surgem certas características do conteúdo, mas sim interpretar os dados dos vários discursos dos entrevistados, as suas ideias, opiniões e ainda o “[...] *estudo do não dito, do implícito*” (Quivy e Campenhoudt, 2005:230). Guerra (2006:80), define mais especificamente a análise categorial como “a *identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar*”. Resumidamente, pretende-se agrupar os dados em determinadas categorias que nos permitam realizar uma análise de acordo com as hipóteses colocadas.

A análise de conteúdo foi organizada de acordo com as propostas de Guerra (2006), Bardin (1995) e Poirier et al. (1999) dividindo-se em três etapas: pré-análise, trabalho de codificação e descrição analítica e, por fim, o tratamento dos resultados e interpretação.

Segundo Guerra (2006:59), quando as entrevistas são gravadas, a transcrição das entrevistas é sempre aconselhável, sobretudo “*no caso das entrevistas em profundidade, quando o material é tratado diretamente*”. Deste modo, após termos realizado as entrevistas procedemos à transcrição integral do conteúdo das gravações, embora não tenhamos registado os momentos do discurso relativos a risos, pausas etc, por não considerarmos ser relevante para o nosso estudo.

Assim, iniciamos o processo que Poirier et al.(cit in Barbosa, 2011:73) designa de “*leitura flutuante*”. Procedemos como Guerra (2006:70) sugere: inicialmente fizemos uma leitura no sentido de captar os pontos gerais referidos por cada entrevistado, e depois uma leitura mais aprofundada e direcionada no sentido de resumirmos os pontos mais importantes e começarmos a agrupar pontos convergentes e identificar possíveis categorias. Este processo permitiu-nos elaborar as grelhas de análise das entrevistas para a segunda fase, onde as “*frases-chave*” retiradas das narrativas, foram agrupadas por temas

categorias, categorias e subcategorias. A maioria dos temas principais estão alinhados com as questões colocadas *a priori* dos guiões (numa abordagem hipotético-dedutiva), no entanto, foi a partir das narrativas *a posteriori* que chegamos à definição das categorias que foram surgindo naturalmente. Deste modo, este processo foi um “*período de apalpadelas, de tentativas e erros, de idas e vindas do texto à análise*” (Poirier et al., 1999:129). Por fim, na fase de tratamento e interpretação dos resultados, dedicámo-nos à análise reflexiva e crítica a que se refere Bardin (2009), passando da fase descritiva para a interpretativa, atribuindo sentido ao corpus de análise.

6.1. Codificação e Categorização

Para a codificação utilizamos a frase como unidade de análise, uma vez que assim podemos compactar a informação, sem correr o risco de perder alguns significados como no caso da análise por parágrafo, por exemplo.

Apesar das entrevistas já terem *a priori* um guião dividido por assuntos, as categorias foram surgindo também a partir do próprio conteúdo retirado das entrevistas. Em seguida passaremos à explicitação e tratamento das categorias e subcategorias que foram surgindo relativamente às entrevistas aplicadas aos utentes e, posteriormente às entrevistas aos técnicos.

6.1.1. Das entrevistas aos utentes

Da análise relativamente às entrevistas aos utentes aqui analisados, resultaram 3 temas categoriais principais: Toxicodependência; Equipas de Rua de RRMD; Mediação (entre equipas de rua de RRMD e utentes). Destas entrevistas surgiram um total de 9 categorias.

Para o tema categorial “Toxicodependência” surgiram as seguintes categorias: representações da toxicodependência; iniciação ao consumo de drogas; trajetória de consumo de drogas; períodos de não consumo e situação de consumo de drogas atual. O tema categorial “Equipas de Rua de RRMD” teve como categorias: trajetórias nas equipas de rua e mudanças durante o

percurso nas equipas de rua. Por fim, o tema “Mediação” teve como categorias: a relação utente – técnico e a intervenção das equipas de rua.

Dentro das categorias mencionadas, surgiram um total de 15 subcategorias, as quais passaremos a especificar, explicando diretamente a que se referem. De maneira a melhor explicitar a forma como dividimos os temas, apresentamos a seguinte grelha:

Temas cat.	Categorias	Subcategorias	Significação
1.Toxicodependência	1.Representações da toxicodependência	1.1. Definição de toxicodependência	Engloba as referências dos indivíduos relativamente à perceção de toxicodependência. Exemplo: <i>“vejo isto como um estilo de vida”</i> (Entr.A); <i>“hoje não tenho qualquer dúvida de que é uma doença”</i> (Entr.B).
	2. Iniciação ao consumo de drogas	2.1. Motivos de iniciação ao consumo	Inclui referências dos indivíduos aos motivos/razões que os levaram a iniciar o consumo de drogas. Exemplo: <i>“Curiosidade, alguma excentricidade”</i> (Entr.A) ; <i>“conhecer uma rede de amigos”</i> (Entr.B).
		2.2.Substâncias de iniciação ao consumo	Integra referências às substâncias com as quais os indivíduos iniciaram o consumo. Exemplo: <i>“Sou da geração que começou pela Cannabis”</i> (Entr.A); <i>“ drogas pesadas”</i> (Entr.D).
	3. Trajectória de consumo de drogas	3.1.substâncias de eleição	Refere-se às afirmações sobre as drogas de eleição dos indivíduos durante o maior período de tempo - dependência. Exemplo: <i>“A minha droga de eleição era a heroína”</i> (Entr.C); <i>“consumia heroína e</i>

			<i>cocaína</i> ” (Entr.D).
	4. Períodos de não consumo	4.1. Recurso a programas terapêuticos	Inclui referências a programas terapêuticos frequentados pelos indivíduos, anteriormente à perspectiva de RRMD, assim como a sua avaliação. Exemplo: <i>“Após os tratamentos, sempre tive recaídas”</i> (Entr.B); <i>“metia-me em clínicas e centros [...] mas depois vi que não tinha suporte cá fora”</i> (Entr.C)
	5. Situação de consumo de drogas actual		Engloba referências à situação de consumo/não consumo dos indivíduos no momento da entrevista. Exemplo: <i>“ eu não quero [deixar de consumir] para já, assumidamente”</i> (Entr.A); <i>“tornei a entrar no programa (PSO)”</i> (Entr.C).
2. Equipas de Rua de RRMD	6. Trajetória nas Equipas de rua	6.1. Acesso à equipa de Rua / 1º contacto	Inclui indicações dos indivíduos sobre como tiveram conhecimento e primeiro contacto com a equipa de rua frequentada. Exemplo: <i>“falavam com as pessoas e iam pelo terreno onde as pessoas consumiam”</i> (Entr.B).
		6.2. Acesso a outros serviços	Engloba referências dos indivíduos sobre de que forma a Equipa de rua possibilitou ou não o acesso a outros serviços. Exemplo: <i>“Foi depois de ter conhecido esta equipa que já tratei dos meus documentos”</i> (Entr.B); <i>“Hoje em dia, tenho centro de saúde”</i> (Entr.D).

		6.3.Acompanhamento até outros serviços	Refere-se a afirmações dos indivíduos sobre o desempenho da equipa de rua no acompanhamento até determinados serviços quando assim necessário. Exemplo: <i>“acompanhavam-me todas essas caminhadas”</i> (Entr.B); <i>“seguiram-me, foram comigo também [...] às consultas”</i> (Entr.D)
7. Mudanças durante o percurso nas equipas de rua		7.1.Trajecto de vida - consumo / saúde	Diz respeito a afirmações dos indivíduos que sejam referentes a mudanças na sua saúde, nos comportamentos, nos consumos ou outro a nível pessoal, a partir do percurso na equipa de rua. Por exemplo: <i>“o pessoal começou a ter outro tipo de comportamento nas práticas”</i> (Entr.A); <i>“De um modo muito radical, claro que senti (melhoria saúde) ”</i> (Entr.B)
		7.2. Sistemas informais	Inclui indicações dos indivíduos que se refiram à forma como as equipas de rua facilitaram a proximidade a sistemas formais ou informais e as mudanças na vida dos entrevistados a partir daí. Exemplo: <i>“consegui um contacto mais regular com a minha família”,</i> (Entr.B); <i>“tem a maior influência nestes contactos”</i> (Entr.D).
		7.3. Sistemas formais	Engloba indicações de alterações ou tentativas a nível de sistemas formais dos indivíduos. Exemplo: <i>“Tenho a esperança de que vá</i>

			<i>conseguir entrar agora num curso de formação</i> ” (Entr.B); <i>“vou [...] com a Dra. para ver se consigo ir para o programa dos cursos”</i> (Entr.D).
3. Mediação	8. Relação utente - técnico	8.1. Relação com os técnicos da equipa/ questões partilhadas	Referente a afirmações que contenham informações sobre o tipo de relação que os indivíduos têm com os técnicos das equipas. Por exemplo: <i>“portanto há aqui relações afetivas”</i> (Entr.A); <i>“temos uma boa relação”</i> (Entr.B); <i>“em geral tive sempre respostas positivas”</i> (Entr.D)
		8.2. Negociação de casos pontuais com os técnicos	Inclui alusão a casos em que os indivíduos tiveram de fazer algum tipo de negociação/acordo com os técnicos, no caso de incumprimento de algo já definido. Exemplo: <i>“[...] sou franco com eles quando preciso peço [...] Nunca me vedaram, de maneira nenhuma.”</i> (Entr.B).
	9. Intervenção das equipas de rua	9.1. Posição face às equipas de rua – pontos considerados importantes	Refere-se a afirmações dos indivíduos que incluam aspetos que consideram importantes para o sucesso do trabalho das equipas de rua que frequentam/frequentaram e a sua dinâmica. Por exemplo: <i>“a química que existe e a forma de comunicar e a preocupação”</i> (Entr.A); <i>“diariamente vir ao nosso encontro”</i> (Entr.B).

		9.2. Satisfação das necessidades	Refere-se a afirmações dos indivíduos que indiquem se as suas necessidades são satisfeitas a partir da equipa de rua a que recorrem/recorreram. Por exemplo: <i>“eu preciso das coisas que estão ali (Entr.A); “O bem absoluto completamente” (Entr.B); “só posso estar satisfeito” (Entr.D).</i>
--	--	----------------------------------	---

6.1.2. Das entrevistas aos técnicos

As entrevistas realizadas aos técnicos incidiram principalmente no conceito de mediação e na forma como esta se podia relacionar nas suas práticas, de forma a perceber também a atuação das equipas de rua. Assim sendo, os principais temas categoriais abordados foram três: Equipas de Rua de RRMD; Mediação; Percurso dos utentes.

Relativamente às entrevistas aos técnicos, surgiu um total de 7 categorias, que por sua vez deram espaço a 6 subcategorias que passamos agora a especificar. De acordo com as entrevistas aos técnicos, elaboramos a seguinte grelha para que fosse mais perceptível a explicitação de cada tema:

Tema cat.	Categorias	Subcategorias	Significações
1. Equipas de Rua de RRMD	1.Particularidades da intervenção	1.1. Comunicação na interação com os utentes	Engloba as referências dos indivíduos relativamente ao tipo de diálogo e que é estabelecido com os utentes. Exemplo: <i>“É horizontal, sempre foi ” (Entr.X); “a comunicação deverá ser sempre assimétrica” (Entr.Y).</i>
		1.2. Discussão de problemas	Referente a afirmações dos indivíduos que contenham

			<p>informações sobre a forma como a discussão de problemas é feita na interação com os utentes. Exemplo: <i>“promove-se sempre a participação do utente”</i> (Entr.X); <i>“dependerá sempre da sua natureza”</i> (Entr.Y).</p>
		<p>1.3. Soluções procuradas pelos utentes</p>	<p>Inclui referências dos indivíduos sobre o tipo de soluções que os utentes geralmente mais procuram neste serviço. Exemplo: <i>“há situações em que [...] há um encaminhamento rápido [...] outras que implicam um trabalho de proximidade”</i> (Entr.X); <i>“tende a ser a de uma solução imediata”</i> (Entr.Y).</p>
		<p>1.4. Relação técnico-utente</p>	<p>Engloba afirmações dos indivíduos acerca do tipo de relação com os utentes, nomeadamente sobre a proximidade que este tipo de resposta (RRMD) propõe. Exemplo: <i>“a componente fundamental deste trabalho é a relação”</i> (Entr.X); <i>“A comunicação é o mais importante”</i> (Entr.Y).</p>
<p>2. Mediação</p>	<p>2. Perceção de “Mediação”</p>	<p>2.1. Definição de mediação</p>	<p>Engloba as referências dos indivíduos relativamente à perceção de “mediação”. Exemplo: <i>“ligação de um ponto a outro ponto”</i> (Entr.X); <i>“processo de facilitação do encontro entre duas partes”</i> (Entr.Y).</p>

	2.2. Relação com a prática	<p>Refere-se a afirmações dos indivíduos que revelem de que forma a mediação se verifica na sua prática no trabalho de rua.</p> <p>Exemplo: <i>“aproximar os utentes dessas estruturas”</i> (Entr.X); <i>“um esforço de aproximação entre os utentes e as respostas da comunidade”</i> (Entr.Y).</p>
	3. Negociação com utentes	<p>Refere-se a afirmações dos indivíduos sobre “negociações” com os utentes e a forma como procedem nesses casos.</p> <p>Exemplo: <i>“Tentamos sempre arranjar estratégias em conjunto com o utente”</i> (Entr.X); <i>“Cada situação é avaliada individualmente”</i> (Entr.Y).</p>
	4. Mediação e integração do utente no meio social	<p>Engloba referências à relação da mediação com a integração do utente no meio social (instituições, serviços, lazer...), e também quanto ao papel da Equipa de Rua no auxílio do estabelecimento da relação utente – comunidade. Exemplo: <i>“se nós conseguimos que um utente passe a frequentar os serviços que aqui a Casa de Vila Nova disponibiliza [...] já é um passo muito significativo”</i> (Ent.X); <i>“enquanto estratégia de apoio à inclusão dos utentes”</i> (Entr.Y).</p>

3. Percorso dos utentes	5. Alterações nos comportamentos de risco	Inclui referências dos indivíduos acerca das mudanças nos utentes, relativamente aos comportamentos de risco. Exemplo: <i>“o consumo fumado começa a aumentar”</i> (Entr.X); <i>“Sim (verifica mudanças), apesar de existirem comportamentos comuns”</i> (Entr.Y).
	6. Dificuldades no cumprimento deste serviço	Refere-se a afirmações dos indivíduos sobre o que consideram ser as maiores dificuldades dos utentes em cumprir o serviço das equipas de rua. Exemplo: <i>“cumprimento do horário”</i> (Entr.X); <i>“confronto com as regras de funcionamento”</i> (Entr.Y)
	7. Mudanças, factos e desafios a nível geral na área	Inclui afirmações sobre as diferenças e desafios que os indivíduos têm vindo a notar a nível geral na área, desde que trabalham na equipa em questão. Exemplo: <i>“a Hepatite C [...] acho que pode ser o desafio agora da redução de riscos”</i> (Entr.X); <i>“Aumento de procura e da adesão aos serviços do projeto”</i> (Entr.Y).

Capítulo 7. Apresentação e Interpretação dos Resultados

Inicialmente começaremos por fazer a descrição e análise aprofundada de cada categoria já anteriormente apresentada de forma resumida. Posteriormente, passaremos à sua interpretação e integração com os dados empíricos, assim como com a abordagem teórica à mediação na RRMD na área da toxicodependência de acordo com os objetivos do estudo.

7.1. Descrição Analítica das Categorias

7.1.1 Categorias das entrevistas aos utentes

1. Representações da toxicodependência

De um modo geral, os entrevistados parecem avaliar a situação de toxicodependência e suas consequências de uma forma negativa *“Tive que me defender obrigatoriamente, para poder ah...dentro da desgraça em que portanto...dentro da merda de vida que tenho, tentar durar o mais tempo possível não é...”* (Entr.A) ; *“E digamos, é muito difícil em relação ao mundo da toxicodependência, nós poderemos objetivamente dizer o motivo/ a razão, o porquê que eu me meti nesta porcaria”* (Entr.B); *“Foi por esse caminho que eu enveredei, esse caminho mau mas que agora graças a Deus estou do lado de cá”* (Entr.C); *“Foram 24 anos perdidos da minha juventude em que eu sofri muito e fiz sofrer os outros, principalmente a minha família mais próxima [...]”*; *“Foram anos horrorosos porque isto não faz bem a ninguém, destrói a nossa saúde”* (Entr.D).

De acordo com os objetivos para este estudo, interessa-nos focar que dois dos entrevistados consideram a toxicodependência como um estilo de vida/opção de vida - *“temos que olhar para a toxicodependência atendendo às possibilidades que nos dão, às portas que nos são abertas para enveredarmos pelo caminho teoricamente normal, penso que é uma opção de vida, pelo*

menos interpreto dessa forma: opção de vida, só. Eu não sou doente [...] acredito que neurologicamente haverão lesões que certamente farão sistematizar o consumo mas a decisão é minha [...]” “Por isso é que estou aqui: opção de vida” (Ent.A); “Na altura eu que eu enveredei por esse mundo pronto, era mais um estilo de vida. Sim, foi uma opção minha” (Entr.C).

Um entrevistado admite ter considerado a toxicodependência como uma opção ou estilo de vida, mas apenas numa primeira fase, quando ainda não detinha a consciência sobre estado de dependência, sendo que atualmente, percebe-a mais numa perspectiva de doença - *“Eu inicialmente quando iniciei via como um estilo de vida, mas hoje não tenho qualquer dúvida de que é uma doença [...]” (Entr.B); Já o último entrevistado considera que a toxicodependência é uma doença, não considerando qualquer ligação com um estilo de vida - Não é uma opção de vida, isto tudo vai da maneira de estarmos na vida, de um passo que damos em falso”; “...eu considero mais como uma doença. Uma doença porque isto é como o álcool...”; “E acho que é uma doença que afeta se não tivermos muita atenção [...] o mundo que era na altura, a informação que havia na altura levou-me a ter a curiosidade do consumo, e desde aí posso considerar uma doença” (Entr.D).*

Apesar de partilharem as suas visões sobre a “toxicodependência”, os entrevistados fazem também alusão à maneira como sentem que são vistos pela sociedade de uma forma negativa – *“Assusta-me um bocadinho, eu acho que nós somos uma classe eliminada da sociedade, nós somos uma despesa grande para o Estado. Portanto, não interessa muito avançar no conhecimento porque...”morreu, coitado oh, tá tudo...cremou” percebes? É mesmo um bocado isso, eu penso que neste momento nós somos vistos mais como um empecilho e uma despesa estrondosa para o governo do que como pessoas, e isso é assustador para quem está deste lado” (Entr.A); “Não sei se as empresas ou os empresários ou quem o faz, se o faz por hipocrisia ou com peninha de nós... o certo é que são-nos abertas portas ao abrigo de protocolos...” (Entr.A)*

É também de salientar que há uma ideia dobre o toxicodependente associada a fatores negativos, como a prática de ilicitudes e a falta de higiene, por exemplo – *“[...] eu também fui um bocado assim mas nunca me abandalhei*

a ponto de não tomar banho nem desfazer a barba nem coisa que se pareça. Sempre fui uma pessoa que tive objetivo, embora fosse tóxico, mas...” (Entr.C); “[...] o facto por ter optado por um determinado estilo de vida de drogas e de ilicitudes” (Entr.A). Este facto pode estar relacionado com o discurso dominante, nomeadamente a relação droga-crime, comumente estabelecida.

2. Iniciação ao consumo de drogas

Os entrevistados referem diversos motivos para terem iniciado o consumo de drogas. São várias as investigações que apontam para a rede de amigos e grupo de pares como fatores decisivos na iniciação ao consumo de drogas, sendo que também nesta investigação o mesmo motivo é apontado - *“com as drogas leves inicialmente foi conhecer uma rede de amigos, pessoas com as quais passava bastante tempo também se iniciaram a fumar uns charros e assim e...foi um bocado por aí”* (Entr.B). Outro dos nossos entrevistados fala-nos da rede de contactos e também da falta de informação acerca dos efeitos da droga (dependência) - *“Comecei a parar em casa dele (colega de trabalho), realmente comecei a achar estranho, porque aquilo era visitas em cima de visitas, e eram pessoas todas toxicodependentes. Fui parando lá [...] até que houve um dia que uma moça que me pediu para experimentar [...] disse que aquilo não me fazia mal, que era só aquela vez e...O certo é que eu experimentei e senti-me mal com isso [...] E então ela disse-me que para aquele mal estar sair eu tinha que consumir outra vez, e eu fui consumindo [...] ao fim de uma semana e tal/ duas semanas [...] só sentia esse alívio se fosse realmente consumir. E a partir daí foi a descida total da minha vida...”*(Entr.D).

Outro dos fatores apontados foi o poder económico que facilitou o acesso, neste caso, às drogas pesadas, assim como o facto de na altura (passagem para os anos 80) este tipo de experiências com drogas ter começado a ser mais comum sobretudo na população mais jovem que procurava novas experiências e descobertas - *“eu com 16 anos ganhava mais que a minha mãe que era funcionária pública...e então eu acho que atribuo o motivo para me ter-me metido nas drogas duras foi a começar muito cedo a ter bastante dinheiro sabes... e era moda [...]”* (Entr.B).

É sabido que as drogas são também muito procuradas inicialmente para funcionarem como fator desinibitório e um dos entrevistados afirma que esse foi o motivo para ter iniciado o consumo de drogas - *“Solidão. Sentir-me só e ali era o meu escape, eu partia para outro mundo e então ali era sociável, falava para tudo e todos”* (Entr.C). A curiosidade também foi apontada por dois entrevistados - *“Curiosidade, alguma excentricidade, alguma irreverência não é porque...nós temos uma idade...há uma idade que nós pensamos que nada nos acontece, somos indestrutíveis, e eu também passei por ela, como é obvio...”* (Entr.A); *“Só que o mundo que era na altura, a informação que havia na altura levou-me a ter a curiosidade do consumo”* (Entr.D).

Todos os entrevistados tiveram o seu primeiro contacto com as drogas com o haxixe, sendo que apenas um refere que apesar da experimentação do haxixe não deu continuidade inicialmente e considera que o início dos consumos foi com a heroína *“Não, nunca gostei de haxixe, experimentei mas não gostei porque punha-me numa situação desagradável, muito instável, tinha de ir a correr para a cama, e realmente fui logo infelizmente por essas drogas pesadas”* (Entr.D). Todos os outros referem o haxixe como substância de início aos consumos - *“Haxixe. Sou da geração que começou pela Cannabis”* (Entr.A); *“[...]depois de ter começado a trabalhar tive logo experiências com drogas leves, na altura o haxixe”* (Entr.B); *“Eu comecei a tomar o haxixe com os meus 15 anos”* (Entr.C).

É importante referir que dois dos entrevistados parecem considerar mais a fase da iniciação ao consumo da heroína e cocaína, isto é, não dão relevância a drogas leves como o haxixe que era comumente fumado entre amigos, mas sim à fase em que iniciaram o consumo das drogas pesadas sem se aperceberem das consequências que estas poderiam desencadear - *“Os nossos governantes ou alguém vizinho meteu no mercado a heroína, e eu fui uma daquelas pessoas inocentes que no fim de semana gostava de fumar o meu charro e não tinha [...] Pronto, e então comecei a fumar a heroína”* (Entr.C); *“A minha geração justifica como tendo sido vítima de uma jogada das redes de tráfico, ou seja... havia o haxixe, havia um ritual de consumo diário de grupinhos de amigos todos os dias depois das aulas, do trabalho não sei quê, que se juntavam para comprar a sua ganzazita e...depois tiraram-nos o haxixe”*

e enfim, meteram a heroína” (Entr.A). Isto demonstra que, apesar de reconhecerem que o haxixe é de facto uma droga e foi com ela que iniciaram os seu consumo – “Portanto, eles substituíram uma droga com outra droga” (Entr.A), foram as drogas “pesadas”, nomeadamente o haxixe e cocaína, que marcaram o inicio dos seus consumos pelas suas particularidades - “Só que a heroína é uma droga de separação, de egoísmo, que provoca egoísmo nas pessoas ao ponto de três meses depois um grupo de quatro pessoas estava reduzido a dois” (Entr.A); “[...]ainda hoje em dia que fumo às vezes o meu charro esporadicamente, não procuro nem me deito e a sonhar que amanhã vou comprar um ponto de haxixe para fumar, não. Portanto se surgir surgiu, se não surgir eu não procuro. O haxixe leva a outras coisas e foi assim que eu me matei [...]” (Entr.C).

3. Trajetória de consumo de drogas

Apesar de inicialmente os entrevistados terem iniciado os consumos com o haxixe, todos passaram para o consumo de drogas pesadas, nomeadamente a heroína e cocaína.

Os entrevistados referem que o seu trajeto de consumo de drogas, referindo-nos aqui ao maior período de tempo de consumos ativos, passou sobretudo pela heroína e cocaína - *“Houve uma altura em que estava a consumir uma média de 5g por dia de heroína [...]”, “andava a fazer diretas dia sim, dia não para gastar dinheiro nessa porcaria a que chamam a coca” (Entr.B); “A minha droga de eleição era a heroína, eu era obcecado pela heroína” “Portanto, foi um bocado a heroína que me estragou a vida, e a coca agora mais pró fim” (Entr.C); “Sim já vai para 4 anos que graças a Deus deixei, consumia heroína e cocaína” (Entr.D)*

Um dos entrevistados refere que consome heroína e cocaína, mas mostrando uma preocupação com a qualidade atual da substância visto já consumir há 22 anos e notar diferenças na sua qualidade - *“Ora bem... atualmente, quimicamente falando, não sei o que consumo. Antigamente sabia dizer à boca cheia que consumia heroína, podia dizer à boca cheia que consumia cocaína [...] Hoje em dia eu não posso dizer à boca cheia que estou*

a consumir essas substâncias, porque eu não sei” (Entr.A). Também outro entrevistado que consumiu durante 35 anos, mas atualmente não consumidor, refere essa mesma preocupação – *“porque eu já tive a sorte de consumir cocaína boa e sei bem o que é a cocaína. E hoje em dia, as pessoas andam iludidas porque não se consome cocaína”* (Entr.B).

Relativamente à via como os consumos eram feitos, todos começaram por via fumada mas passaram a via injetada, sendo esta última a que prevaleceu mais nos seus trajetos – *“Sim comecei por fumado. [...] e então na época, passado um ano já estava viciado na heroína, já sabia o que era a ressaca. E então aí, depois comecei a injetar”* (Entr.C). Um dos entrevistados afirmou que a via fumada foi a utilizada para quase todo o seu trajeto de consumos, tendo passado à via injetada apenas nos últimos anos de consumos – *“Porque no fundo sempre foi fumada, o meu consumo era fumado, mas nos últimos três anos conheci um colega que se injetava e infelizmente também me meti por esse caminho que é mais fácil, as dores passam mais depressa. E os últimos três anos do meu consumo foi injetado”* (Ent.D).

Todos os entrevistados, com idades compreendidas entre os 40 e os 48 anos, apresentam tempos de consumo prolongados, entre os 22 e os 35 anos, sendo que este tempo pode ser ainda mais alargado visto que estes números se referem a consumos mais ativos.

Apesar de já termos referido que a noção de escalada se mostra já ultrapassada, verificamos através do discurso dos entrevistados que domina muito esta ideia da evolução do consumo até à toxicodependência. *“foi um bocado por ter iniciado a vida nesse meio que me deixei envolver e isso tornou-se uma rotina. Conforme, não é novidade nenhuma, uma pessoa iniciando nessa vida, principalmente depois de se entrar nas drogas duras, uma pessoa [...] só pensa/ o objetivo é a próxima dose, conseguir-se ter dinheiro para conseguir consumir”* (Entr.B); *“o haxixe começou outra vez a existir, eu já não gostava da moca do haxixe”* (Entr.C) *O haxixe leva a outras coisas [...]*” (Entr.C). Não deixa de ser um facto que nos provoca alguma inquietação, no sentido de questionarmos o porquê dos entrevistados identificarem os seus casos em concordância com este conceito. Talvez possa estar relacionado com a questão do discurso dominante já mencionado que, como é sabido, acaba

por estar interiorizado na própria visão que os toxicodependentes têm de si mesmos.

4. Períodos de não consumo

Ao longo dos seus percursos de consumo, os entrevistados tiveram períodos de tentativa de desintoxicação, numa perspetiva diferente da RRMD pela qual posteriormente enveredaram.

Estas tentativas de não consumo passaram pela inserção em comunidades terapêuticas, clínicas, recurso a CAT's – *“Já estive em duas comunidade pah onde não, não pah...não era...não estava de acordo com os métodos e com os objetivos em causa, ou seja, quererem dar uma casinha pah, um espaço a um gajo para um gajo viver alegando que é gratuito e cinco dias depois estarem-me a pedir cinquenta euros, porem-me na rua a pedir”* (Entr.A); *“Sim, no decorrer da minha vida já fiz vários tratamentos. Inclusive o primeiro tratamento que fiz foi em 93. Tive 22 meses em Espanha numa instituição [...] e isso foi o primeiro que fiz... mas depois disso já fiz vários tratamentos”*(Entr.B); *“Estive em várias comunidades, as quais, que dizer eu saía de lá limpo, só que a cabeça não estava a funcionar bem e eu era novo, estava fora de casa [...]”* (Entr.C) ; *“Estive no CAT, estive num centro em Aveiro, estive noutra centro na Aguda, estive no Outeiro, estive em vários centros e sempre porque a família me pediu, nunca deu certo”* (Entr.D).

Um entrevistado referiu ainda as tentativas de forma solitária sem recurso a algum apoio – *“Já tentei só, solitariamente falhou como é óbvio, já tive muita gente a querer ajudar-me, falhou”* (Entr.A).

É importante para o nosso estudo referir que estas tentativas não surtiram o efeito desejado, quer pelo facto dos tratamentos não corresponderem às expectativas dos entrevistados, quer por não ter sido uma opção feita inteiramente pelos entrevistados, ou mesmo pela falta de suporte após o tratamento - *“Portanto tudo o que tentei até hoje falhou. Falhou porque eu não quero. Portanto para já, assumidamente”* (Entr.A); *“Houve vários interregnos em que eu metia-me em clínicas e centros para parar o consumo, mas depois vi que não tinha suporte cá fora e acabava outra vez por engrenar mesmo na*

mesma vida” (Entr.C); *“Decidi por muitos tratamentos, ainda antes fiz muitos tratamentos para agradar à família e nunca deu certo”* (Ent.D); *“após os tratamentos, sempre tive recaídas...acho que o período mais longo que estive, após um tratamento desses, foi cerca de dois anos que estive sem consumir”* (Ent.B). Podemos aqui refletir sobre a constante adaptação que deve ser feita por parte dos serviços que se destinam a esta população em concreto. A partir destes relatos, conseguimos compreender que não há uma resposta única para a toxicodependência pelo que deve ser entendida nas suas diferentes vertentes. Este facto reafirma o nosso ponto de vista, no sentido em que acreditamos que cada caso é único e, por isso, não existe uma resposta, mas sim possíveis recursos que devem ser activados de acordo com os percursos e desejos dos utentes.

5. Situação actual: consumo ou Programa de substituição Opiácea

No momento da entrevista, apenas um entrevistado se assume toxicodependente e consumidor ativo, recorrendo à equipa de rua sobretudo obter o material para os consumos ou cuidados médicos na unidade móvel. *“ eu não quero. Portanto para já, assumidamente. Não tenho programado mas [...] a médio longo prazo, no próximo meio ano...eu estipulo as coisas um bocado a médio/ longo prazo”* (Entr.A). Os restantes entrevistados encontravam-se, no momento da entrevista, a frequentar o Programa de Substituição Opiácea de baixo limiar nas unidades móveis (apenas um tinha passado para a instituição para a toma de metadona) - *“Atualmente [...] consegui meter na minha cabeça que, devido à falta de qualidade de droga que hoje em dia se encontra por aí, que eu andava a ser estúpido, andava-me a matar”, “E eu já vai para três anos que consegui ganhar força para dizer não [...]”* (Entr.B); *“Já fiz duas vezes o programa, entrei uma e depois passado meio ano recaí outra vez e depois tornei a entrar no programa e ainda não abandonei [...]”* (Entr.C); *“houve um dia que apareci de surpresa, apareci aqui em cima na Batalha e então apareci de surpresa na carrinha e disse que chegou a altura, que chegou a hora de fazer o meu tratamento e até hoje estou*

aqui” (Entr.D).

Verifica-se a partir do discurso dos utentes, que no início do PSOM (Programa de substituição opiácea com metadona), em alguns casos ainda conjugavam com o consumo de heroína, o que depois acaba por ser anulado com o aumento gradual das doses no seu percurso que depois vai sendo diminuído - *“E depois comecei-me a mentalizar de que não fazia sentido nenhum estar num programa de metadona e continuar a consumir a heroína”; “consegui principalmente ganhar força e deixei de consumir a heroína e continuo no programa porque não se deve deixar a metadona assim de um momento pró outro... mas no meu caso, eu estava a tomar 90 gotas e fui reduzindo...já estou com 60” (Entr.B).*

Ainda assim, se verifica, por exemplo, o uso do haxixe – *“ainda hoje em dia que fumo às vezes o meu charro esporadicamente, não procuro nem me deito e a sonhar que amanhã vou comprar um ponto de haxixe para fumar, não”. (Entr.C)*

6. Trajetória nas Equipas de Rua

Os entrevistados fazem alusão a como tiveram acesso e ao primeiro contacto com as equipas de rua nas unidades móveis. Um dos pontos que os entrevistados referem ser importante para se terem aproximado destas equipas, foi o facto de estas terem ido ao seu encontro nos seus terrenos de consumo e apresentarem um leque de respostas em falta nas suas áreas - *“Fizeram um bom trabalho em termos de darem-se a conhecer, foi. Em primeiro lugar, eles vieram tapar um buraco que existia que era precisamente esta questão das seringas [...]”; “Espalhou-se, o pessoal começou a ter outro tipo de comportamento nas práticas e reduzimos “n´s” de riscos” (Entr.A); “Foi lá (Bairro do Aleixo) que tive conhecimento e eles já desenvolviam este projeto, já faziam troca de seringas e assim... E falavam com as pessoas e iam pelo terreno onde as pessoas consumiam e assim...tentar incentivar as pessoas [...]” “um fator bastante positivo ter aparecido este projeto: Virem ao encontro das pessoas e acho que ajudou não só a mim [...]” “dirigi-me a eles e foi uma opção minha... É, falaram-me, deram-me conhecimento que iam abrir esse*

projeto da metadona” (Entr.B); “Comecei a conhece-los em Campanhã, comecei a ter acesso a este programa, a saber o que era e o que não era, mas nunca me interessei; fazia só as trocas que precisava e tinha sempre os conselhos deles, quando quisesse tinha sempre a porta aberta, tinha aquela companhia diariamente que eles passavam àquela hora todos os dias lá: todos os dias me perguntavam como eu estava e foi daí que me levou a procurar a Arrimo. Sempre pude saber que isto existia derivado a eles nos procurarem sempre” (Entr.D). Aqui conseguimos perceber a importância deste tipo de intervenção (RRMD) com base na proximidade, indo de encontro ao contexto do utente e não o contrário, isto é, verifica-se também uma adaptação deste serviço aos contextos e rotinas dos utentes.

Um dos entrevistados teve contacto com a equipa a partir do encaminhamento a partir de um Hospital - *“eu fazia a minha toma de metadona e a minha medicação no Joaquim Urbano [...] a minha médica de infeciologia disse “[...] já que tu moras no Bairro do Cerco tens a carrinha lá da Arrimo que vai lá ao bairro[...]” e foi por aí que eu me virei para a Arrimo” (Entr.C).*

Relativamente ao acesso a outros serviços a partir da colaboração da equipa de rua, os entrevistados referem que as equipas de rua os ajudaram a estabelecer ligação com as devidas instituições para tratarem de documentações, questões legais e encaminhamentos para outros serviços, nomeadamente de saúde. A partir dos seus discursos conclui-se que a equipa de rua serve de ponto de ligação a outros serviços necessários e do interesse dos utentes - *“a última vez que pedi tinha um processo pendente... eles trataram-me disso [...], queria pedir o bilhete de identidade e penso que me é facultado por eles” (Entr.A); “Foi depois de ter conhecido esta equipa que já tratei dos meus documentos, que eu nem Bilhete de Identidade tinha...Levaram-me a tratar do cartão do cidadão...”; “[...] tudo isso foi bastante positivo, e tudo isso foi apoiado pela equipa, sem dúvida” (Entr.B); “Até este momento não, mas vou precisar por um motivo judicial [...] é uma ajuda muito grande para mim” (Entr.C); “Eu quando deixei a droga eu estava mesmo magro [...] entretanto fui seguido pelo Joaquim Urbano, aconselhado aqui da Arrimo fui para o Joaquim Urbano”; “Hoje em dia, tenho centro de saúde de Rio Tinto [...] e já recorri lá várias vezes para fazer análises”; “Mesmo problemas de*

segurança social, tudo...tudo o que esteja ligado a essas coisas assim, basta-me abrir a boca, que eles estão prontos a ajudar” (Entr.D).

Mostra-se pertinente referir que o trabalho destas equipas de rua não se resume à prestação de serviços como podemos constatar pelo discurso dos entrevistados. A sua atuação passa por possibilitar a ligação com os demais serviços existentes adequados a cada caso e, se necessário, acompanhar ainda os utentes até esses mesmos serviços. Ou seja, percebe-se aqui que há uma mediação no sentido dos técnicos facilitarem o acesso aos diversos dispositivos, o que se relaciona com uma das hipóteses colocadas - A mediação no âmbito das equipas de RRMD na toxicodependência, pressupõe facilitar o acesso dos utentes a diversos serviços/ integrar o utente no meio social - *“Inicialmente eu era bastante apoiado pela equipa, até ao ponto de eles sentirem que eu me tinha tornado uma pessoa já com responsabilidade [...], quando é necessário ir fazer análises ou algum exame médico ou assim, eu já tenho autonomia para ir sozinho e inicialmente ao princípio, acompanhavam-me todas essas caminhadas”* (Entr.B); *“Os doutores seguiram-me, foram comigo também ao Joaquim Urbano às consultas”; “Ainda agora, vou no dia 20 com a Dra. precisamente, para ver se consigo ir para o programa dos cursos que há, para se fazer pela vida”* (Entr.D). Um dos entrevistados refere que nunca precisou desse acompanhamento por parte da equipa de rua - *“Não, para já não. Ainda me sinto com autonomia para gerir a minha vida nesse sentido”* (Entr.C).

Ainda neste seguimento, o entrevistado que consome ativamente refere ao longo do seu discurso que a equipa de rua frequentada, de facto, apresente várias propostas para aceder e acompanhá-lo a centros de saúde entre outros, as quais rejeita por sua própria opção. - *“Marcado. Sim, sim, marcado ficou mas...normalmente sou sempre eu que não apareço. Melhor ainda, não é normalmente, sou sempre eu que não apareço. É-me facultado, é-me proposto, com alguma insistência até [...] e o meu agradecimento só que eu é que tenho recusado ajuda portanto tenho de admitir: Eu. Ah mas há outros indivíduos que já foram ajudados e que hoje estão bem encaminhados! Já têm quarto, já melhoraram muito as condições de vida, possivelmente porque se entregaram ao projeto, sem dúvida nenhuma”* (Entr.A).

7. Mudanças durante o percurso nas equipas de rua

Durante o percurso nas equipas de rua os entrevistados foram verificando alterações a nível da sua saúde, assim como nos seus comportamentos de consumo – *“De um modo muito radical, claro que senti (melhoria saúde). Tanto que eu hoje sou uma pessoa preocupada com o meu bem estar, com a minha saúde”*; *“E depois comecei-me a mentalizar de que não fazia sentido nenhum estar num programa de metadona e continuar a consumir a heroína”* (Entr.B); *“foi aqui que eu consegui basicamente esquecer mesmo a droga [...]. E pessoas de cá [...] me têm ajudado e dado ânimo para que eu siga em frente com as ideias que tenho e não me arrependo de nada”*; *“Hoje em dia [...] já não acordo a tossir todo desgraçado, como diz o outro, todo desgraçado; Se acordo bem, sinto-me bem, sinto-me outro”* (Entr.C).

A partir do contacto com as equipas, os indivíduos passaram a ter outra visão acerca da sua saúde e preocupação em ter cuidados de saúde - *“É assim, foi da água para o vinho. É assim, eu como já disse à bocado, nem mais um passo já mais podia dar, estava com o problema da hepatite e se continuasse certamente não estava neste mundo”*; *“É assim, eu nunca liguei à saúde porque a minha saúde era...o meu medicamento era consumir todos os dias e nunca tive essa preocupação em... Hoje em dia, tenho centro de saúde [...] e já recorri lá várias vezes para fazer análises”* (Entr.D)

Contudo, um entrevistado refere que além de a equipa de rua lhe proporcionar várias opções, por opção própria não quer recorrer a serviços de saúde ou outros serviços de integração - *“Sim, é redução de riscos, mas é rampa de lançamento para quem quiser dar um salto em frente... Sim, penso que temos ali um bom suporte, é uma questão de querermos, isto é o essencial em questão, que é o querer”*; *“Tem que haver um seguimento, e eu nunca, nunca me entreguei a esse seguimento. A partir daí, eu não posso culpar o projeto. O projeto está bem elaborado dentro do contexto, do contexto atual”* (Entr.A).

Não foi apenas em termos de saúde e comportamentos que se verificaram mudanças positivas na vida dos entrevistados desde o seu acompanhamento pelas equipas de rua. Embora os discursos não sejam

bastante elucidados, percebe-se que, principalmente a nível dos sistemas informais, os entrevistados verificaram transformações. Apesar de muitas vezes não ser pedido esse acompanhamento específico por parte da equipa, os entrevistados verificam que a sua vida modificou nesse sentido - “[...] Tenho alguns desabafos de umas coisas pessoais sim, mas a nível técnico institucional nunca nunca lhes pedi ajuda nesse sentido”; “Família, sim tinha aí visitas regulares de dois irmãos, eh pah acho que é assim: cada um seguiu o seu caminho, cada um tem a sua luta por aquilo que quer que defende, pelo estilo de vida pelo qual optou...eu optei por isto pah”, “[...] não estou ao abandono”/ “Tenho duas famílias, que é a família da droga, porque claro, há alguns afetos que nós vamos criando aqui também” (Entr.A); “Foi por minha iniciativa (estabelecer contacto com família). A Associação ajudou-me no mais importante que foi eu encontrar-me a mim mesmo, sem dúvida”; “[...] isto veio mudar a minha forma de vida: tornei-me mais responsável, consegui um contacto mais regular com a minha família e tudo isso tem-me vindo a ajudar”; “Mantenho (contacto com a família) e...o meu objetivo é conseguir arranjar forma de poder recuperar ah...um contacto permanente com os meus filhos” (Entr.B); “Sim, presumo eu que me ajudasse no sentido da minha esposa porque se eu continuasse na vida que andava, acabava por a perder e se eu a perdesse acho que a vida para mim deixava mesmo de fazer sentido”; “Sim, mas tenho poucos amigos. Só tenho dois em que tenho tido contactos e já estive com ele e já veio cá a minha casa onde eu vivo agora [...] Portanto esse amigo é um irmão praticamente não é” (Entr.C)

Os entrevistados reconhecem que a partir da alteração dos seus comportamentos com o apoio das equipas de rua, as suas relações familiares começaram a restabelecer-se gradualmente - “A Arrimo tem a maior influência nestes contactos. [...] se eu não viesse para a Arrimo não estava com a minha família de certeza, e é assim, a Arrimo falou várias vezes com a minha irmã, chegou a vir aqui precisamente comigo”; “[...] estiveram em contacto com a minha outra irmã também e foi isso que deu o seguimento de eles acreditarem que realmente eu estava aqui, que realmente eu estava a ir pelo caminho certo. Tiveram grande influência porque se eu não estivesse agora aqui...eu estou aqui é derivado à Arrimo; E tenho contacto com os meus irmãos: com as

minhas irmãs e com o meu irmão e com tios meus, e portanto com a família toda sim”; “Desde que entrei aqui completamente, aliás estou a conquistar a minha filha, que tenho uma filha com treze anos” (Entr.D).

A nível dos sistemas informais, não se verificaram grandes alterações do percurso, principalmente na parte profissional, uma vez que esta integração é feita de forma muito gradual e nem sempre os entrevistados reuniam todas as condições para iniciar este percurso. Os entrevistados apresentam baixa escolaridade e qualificação profissional, na maioria afastados do sistema de trabalho há tempo prolongado - *“Sim, estou reformado por invalidez. Na altura, as pessoas que apanhassem a tuberculose pronto”. Tentei já depois de estar reformado, tentei fazer uma formação para poder arranjar algum trabalho extra mas não... não me foi concedido, derivado a eu estar já...portanto, ser aposentado” (Entr.C).*

Apesar dessas características, dois dos entrevistados encontram-se em fase de frequentar formações - *“Não, não tou a trabalhar e dificilmente com a minha idade já tou a fazer 50 anos...”; “Tenho ah... a esperança de que vá conseguir entrar agora num curso de formação, embora pa começar vou começar com um destes cursos de curta duração. Mas já é um começo...já me vai ajudar a estabelecer, a ter horários, isso já é bom e ter responsabilidades não é... e através do fundo do desemprego espero conseguir depois qualquer coisa mais sólida” (Entr.B); “[...] a minha situação é desempregado, não posso ter a minha independência [...]”; “Ainda agora, vou no dia 20 com a Dra. precisamente, para ver se consigo ir para o programa dos cursos que há, para se fazer pela vida” (Entr.D).*

Um entrevistado encontra-se desempregado e para já não pretende fazer nenhum tipo de formação para a integração no sistema de emprego, uma vez que admite não ser a fase adequada para iniciar esse processo que é faseado - *“Ora bem, mais uma vez...estou desempregado...é pah...se me sinto vocacionado pa fazer coisas? Sei fazer algumas coisas mas... há todo um processo que eles têm, que tem de ser seguido para as coisas serem bem sucedidas”; “Portanto, eu não posso começar pelo meio e depois vir pra trás, e depois vou pra cima, tenho de começar por...” (Entr.A).*

8. Relação utente – técnico

A relação estabelecida entre utentes e técnicos parece estar ligada à comunicação, ao respeito das suas opções, o que acaba por deixar os entrevistados à vontade para procurarem a ajuda dos técnicos quando surge um problema ou mesmo para desabafar, construindo uma relação de confiança - *“Além disso é só pessoal bacano pa dar duas de letra [...] tem muitas vantagens, muitas vantagens eles virem cá”; “Tenho uma boa relação, tento o mais franca possível. Acho que quando é pra brincar, é pra brincar, mas também quando é pa falar de coisas sérias cá estamos”; “Ora bem, tenho os meus técnicos de fetiche não é...tenho aqueles que procuro mais e aqueles que procuro menos. Normalmente procuro, mas tenho aqueles com quem falo mais um bocadinho...se for uma situação um bocadinho mais profunda [...] (Entr.A); “Sim, tenho uns mais do que outros” (relação de confiança com os técnicos); “Eu gosto muito de conversar com [nome de uma técnica] [...]e o resto da equipa, mas basicamente são estes três com quem eu lido mais e...[...] mas também tem aqui os outros técnicos com quem gosto de falar e falo, pronto e há aquele que a gente gosta mais”; “Que sempre me ajudaram naquilo que eu precise” (Entr.C).*

A partir do discurso de dois entrevistados, verifica-se que o facto de os técnico estabelecerem contacto com os utentes diariamente, possibilita uma maior proximidade, fazendo com que os utentes sintam que há “uma entrega” a este projeto também por parte dos técnicos - *“[...] não tenho a certeza mas hei de dizer que devo ser dos mais antigos neste projeto, ou o mais antigo mesmo”. “Sim, temos uma boa relação, sim. E quando me é pedido a minha colaboração para reuniões ou para participar em algum tipo de eventos eu sempre estou disponível” (Entr.B); “E eles tinham sempre esperança em mim, como têm em todos que aqui vêm”; Tudo, tudo. [...] porque eles estão sempre preocupados para nos por a par de tudo, é uma informação sempre no máximo”; “se eu vir que esse problema não pode ser diretamente resolvido por mim recorro aos técnicos, e em geral tive sempre respostas positivas” (Entr.D).* Inclusive, os entrevistados consideram mesmo que *“portanto há aqui relações afetivas por muito que não se queira, não é? As pessoas, afinal estamos juntos*

diariamente há quanto tempo? Há algum tempo há aqui pessoas que há dois anos é vir todos os dias” (Entr.A)

Apesar desta relação de proximidade, dois dos entrevistados não mencionam nenhum tipo de negociação pontual concreto com os técnicos, acerca do não cumprimento dos objetivos do programa de RRMD, por nunca ter necessitado - *“Não...nunca necessitei, nunca necessitei de recorrer... Não, nunca tive situações dessas para...com os técnicos” (Entr.B); “Não, eu nesta instituição nunca troquei seringas, portanto eu já quando vim para cá já não fazia [...] foi só o objetivo metadona mesmo. E a alimentação, dão duas refeições diárias”;*

Por sua vez, os restantes entrevistados, afirmam que estão à vontade para tentarem encontrar uma solução em conjunto com os técnicos quando não cumprem alguma regra no âmbito do funcionamento do programa - *“[...] sou franco com eles quando preciso peço.” (referindo-se ao caso do programa de troca de seringas) “Nunca me vedaram, de maneira nenhuma” (Entr.A); “Só se for uma coisa completamente impossível que esteja mesmo completamente fora do alcance deles mas nunca tal aconteceu” (Entr.D).*

9. Intervenção das equipas de rua

Os entrevistados mencionam ao longo das entrevistas alguns pontos que consideram que foram fulcrais para que este tipo de intervenção das equipas de rua de RRMD tenha sucesso contrariamente a outros tipos de abordagem pelos quais passaram.

Um dos pontos referidos é exatamente o feedback que sentem por parte dos técnicos - *“Então eu penso que se as pessoas que estão a trabalhar aí estão a trabalhar com brio e com profissionalismo, penso a química que existe e a forma de comunicar e a preocupação é uma coisa que vem naturalmente do técnico não é...esse apoio... é uma coisa que nós deste lado sentimos, porque está ali alguém que está a trabalhar por gosto, além dos objetivos profissionais” (Entr.A); “Eram atenciosos, lá nisso até acho que é das poucas instituições que eu vejo mesmo [...] que faz um trabalho bom, de entreajuda” (Entr.C); “porque eles têm uma entrega total para connosco, eles ajudam-nos*

em todos os problemas desde o mais pequeno ao maior”; “São espetaculares, não há palavras para definir concretamente a bondade que eles têm, a entrega que eles têm para com todos nós” (Entr.D)

Os entrevistados mencionam também a continuidade do trabalho destas equipas e o facto de serem elas a vir de encontro aos contextos de consumo como um ponto essencial, além dos objetivos diferentes deste tipo de intervenção - *“É pah não é acabar com o tráfico, aqui ninguém pensa em acabar com o tráfico nada disso, nem com o consumo” (Entr.A); “Ah...no fundo foi a continuidade...a continuidade desta equipa de diariamente vir ao nosso encontro tem possibilitado eu manter-me sóbrio neste percurso porque eu já não tenho necessidade de recorrer a esses esquemas nem estratégias, já não vendo kits, já não ando na rua, já não tenho necessidade de andar a angariar dinheiro, não preciso dessas situações” (Entr.B); “Se este programa houvesse na minha zona, talvez não houvesse tantos seropositivos, não havia. Havia só uma única farmácia a dar kits e depois as pessoas que estavam lá dentro eram obrigadas a levar com tóxicos, e então começava a perder clientela e a farmácia acabou por deixar de fazer troca de seringas [...]”; “Se calhar hoje há pessoas que têm o HIV sem necessidade porque não havia seringas, e ao menos aqui as pessoas fazem um bom trabalho nesse sentido.“[...] porque sem eles, eu neste momento não estava aqui” (Entr.C); “É assim, eles têm vários pontos da cidade onde existe mais afluência de toxicodependentes e arrumadores ou assim que andam na toxicodependência, e eles percorrem esses pontos da cidade” (Entr.D).*

Na generalidade, os entrevistados mostram-se satisfeitos com este tipo de intervenção, assumindo que sentem as suas necessidades satisfeitas - *“Então se ele está aqui à porta, porque é que eu não hei de disfrutar das coisas caras? Então se está ali não é...Se eles estão ali... eu preciso das coisas que estão ali. Porque é que não hei de lá ir?” (Entr.A); “O bem absoluto completamente, e espero conseguir concluir este programa ao ponto de não necessitar de recorrer mais à metadona, de conseguir ir fazendo uma descida gradual” (Entr.B); “Sim, sim. Algumas mais do que outras, mas neste momento queixas não tenho” (Entr.C); “[...] eu estou satisfeito porque as condições que*

eles têm, para aquilo que eles nos dão, só posso estar satisfeito, não mudava nada” (Entr.D).

7.1.2. Categorias das entrevistas aos técnicos

1. Particularidades da intervenção

Na interação com os utentes, os entrevistados consideram que a relação estabelecida com os utentes é um ponto fundamental nas suas intervenções - *“Porque eu acho que a relação que se estabelece acaba por ser uma das ferramentas principais na promoção da mudança de algumas coisas na vida dos utentes” (Entr.X).*

Apesar do discurso dos dois entrevistados ser convergente, as suas visões quanto ao tipo de comunicação estabelecido entre técnico e utente difere em alguns pontos. O Entr.X considera que a comunicação e relação neste tipo de trabalho de rua assume-se de forma horizontal, mas tendo sempre objetivos definidos - *“É horizontal, sempre foi, acho que tem a haver, este trabalho mais do que outro, requer uma relação próxima. É logico que temos de ter sempre uma intencionalidade no discurso [...] porque nós não somos amigos dos utentes mas... não há aquele distanciamento como se calhar num outro tipo de serviço mais convencional”; “Na rua, no trabalho de rua, pressupõe uma relação horizontal. [...] sempre percebendo qual é o nosso objetivo e qual é a nossa intencionalidade junto daquele utente”.*

Já o Entr.Y, afirma que *“Na interação com os utentes, a comunicação deverá ser sempre assimétrica (técnico-utente) e seguir uma linha compreensiva, preferencialmente, centrada no utente e/ou os seus problemas”.*

Na sua interação com os utentes, o Entr.X menciona que quando surge um problema ou a equipa é procurada por algum utente para a resolução de problemas, a discussão é feita de forma a apelar a participação do utente, tendo em conta os seus objetivos mas também as possibilidades reais - *“é obvio que nós tentamos sempre perceber qual é a intenção do utente, como é que ele está a pensar resolver aquela situação, até porque não, não há, como é que eu hei de dizer... nós não acreditamos numa intervenção em que “ok,*

para o seu problema a resposta é x, ou a resposta é y”, promove-se sempre a participação do utente e na promoção da própria responsabilização dele e perceber o que é que ele quer, o que é que não quer, o que é que ele está disposto a fazer, o que é que não está, até para haver aqui um trabalho de ajustamento das expectativas às respostas que são dadas”; “A intervenção dos técnicos acaba por ser “ok, há o utente, há o interesse do utente” e a intervenção acaba por pegar nas potencialidades e nas intenções e na motivação do utente e tentar ajudar a criar algum caminho”.

O Entr.Y refere que nesse mesmo caso, tudo depende das diversas circunstâncias, e é feita uma avaliação para atuar de forma congruente com a situação - *“Na interação com os utentes, quando identificado um problema, a discussão deste dependerá sempre da sua natureza, assim como do momento e pessoa em questão. Ou seja, em função de uma avaliação das vantagens e desvantagens dessa discussão, para esse utente”.*

Na procura de soluções para os problemas ou questões apresentadas pelos utentes, os técnicos entrevistados mencionam que de um modo geral, os utentes ambicionam respostas mais imediatas, embora nem sempre essa seja a solução viável e aí a equipa intervém da forma que melhor se adaptar ao caso, explicando sempre o porquê de determinado processo ao utente - *“Depende muito do utente, depende muito da situação em que o utente se encontra”; “há situações em que - ok o problema é este, a resposta é sair daqui o mais rapidamente possível- e há um encaminhamento rápido, como há outras situações que implicam um trabalho de proximidade, de motivação...”* (Entr.X); *“Geralmente, a expectativa dos utentes relativamente à equipa técnica, tende a ser a de uma solução imediata para as suas dificuldades ou necessidades, em vez de um apoio que promova a sua autonomia”* (Entr.Y).

Neste ponto parece-nos importante para a nossa investigação perceber que relação é estabelecida entre técnicos – utentes nesta perspetiva de trabalho de rua em RRMD. O Entr.X afirma que *“a nossa intervenção tem um começo muito diferente da que é comum [...] começa já com um pressuposto diferente, quer dizer, não é o utente que vem, somos nós que vamos ter com ele aos sítios onde está, temos que respeitar e perceber como é que são as normas de funcionamento, perceber as rotinas que os utentes têm”; “A nossa*

prática tem de ser adaptada e ter em conta as características e as rotinas dos utentes, [...] as normas do contexto, é preciso ter atenção senão não vale apenas, se chegarmos com as coisas, se nós traçarmos uma intervenção ou uma resposta que não atenda as particularidades do contexto e do próprio utente”. A partir do seu discurso percebemos que esta intervenção pressupõe uma relação mais próxima de compreensão do contexto dos utentes, em que a equipa é que se adapta às necessidades dos utentes, estabelecendo uma relação de confiança de parte a parte - “também há aqui esta componente baseada na confiança e na aceitação do género: eu sei que aquela pessoa que está do outro lado não me está a julgar, estamos aqui duas pessoas a conversar” (Entr.X). Refere também características que os técnicos que trabalham neste contexto devem ter para “chegar” aos utentes – “por exemplo a flexibilidade, o respeito, a aceitação...se o técnico não tem essas características pode ser um aluno de 20 na escola, mas não vai conseguir estabelecer relação com aquele utente”.

Neste sentido, verificamos que esta relação de “proximidade” é fundamental também para a perceção por parte dos técnicos de como são as rotinas dos utentes, de modo a que consigam responder adequadamente às necessidades dos utentes nos seus contextos. O entrevistado X refere um exemplo disso - “ [...] o utente pede-me para ir ao Centro de Saúde, se eu combino com ele para ir às 9:30 ele não vem claro, por mais que ele queira ele não vem, porque ele vai acordar a ressacar, e a primeira coisa que ele vai fazer é arranjar dinheiro para fazer o seu primeiro consumo, e só depois é que terá disponibilidade para outras coisas. E é preciso ter muita consciência disto.

O mesmo técnico afirma “Eu acho que a componente fundamental deste trabalho é a relação, porque, por exemplo, se fosse só uma questão da troca de material punha-se máquinas a trocarem material como existe em outros países ou...não era?”; “ [...] muitas vezes na relação que se estabelece com os utentes passa muito por um bocadinho de convívio também, porque há utentes que nós conhecemos há imensos anos [...]”. Em concordância com esta visão, o Entr.Y diz-nos que “A comunicação é o mais importante do trabalho técnico, devendo promover uma relação de confiança entre a equipa e o utente”. Os dados retirados do discurso dos técnicos parecem relacionar-se com uma das

hipóteses que colocamos – A mediação nas Equipas de RRMD no âmbito da toxicodependência, passa principalmente pela negociação participada entre técnico – utente – serviços, assentando numa interação de “proximidade” e comunicação “horizontal”. No discurso dos entrevistados, percebemos que trabalho de rua em RRMD pressupõe claramente objetivos diferentes de outras perspetivas como tratamentos que visam a abstinência, por exemplo - *“O que importa é tentar melhorar as condições das pessoas, sejam elas nível biológico, seja de apoio social, seja de que âmbito for”*; *“Há utentes que se se for a avaliar este trabalho só na base dos consumos – consumo ou não consumo – é muito redutor, porque há pessoas que nunca...uns não querem e outros não conseguem. Há pessoas que vão consumir sempre, mas se conseguirem adotar comportamentos menos arriscados ótimo, é por isso que estamos aqui”* (Entr.X).

2. Perceção de “mediação”

Quando questionados sobre o que entendem pelo conceito “mediação”, ambos os técnicos entrevistados consideram como um processo que facilita a união de um determinado ponto a outro ponto, de modo a integrar - *“ [...] é como se fosse uma intervenção que está qui no meio de fazer uma ligação de um ponto a outro ponto”*; *“E o que acontece muito no nosso trabalho é “ok eu tenho pessoas que estão em determinada situação e precisa de apoio ou de respostas, de um conjunto de sistemas [...] e que se calhar estes utentes de forma autónoma não tinham condições para aí se dirigir autonomamente [...] e acho que nós acabamos por fazer um bocado essa mediação de aproximar os utentes dessas estruturas”* (Entr.X). Também o Entr.Y considera que “A mediação é um processo de facilitação do encontro entre duas partes, no sentido de uma integração”

Começa-se assim a perceber que para os entrevistados, a “mediação” a que se referem está intimamente ligada com as sua prática nas equipas de rua - *“ [...] o próprio trabalho de redução de riscos e minimização de danos passa muito por fazer essa mediação, essa aproximação entre o utente e o leque de serviços que existem”* (Entr.X).

Verificamos ainda no seu discurso que, na prática das equipas de rua, a mediação relaciona-se também com a aproximação das várias estruturas (Centros de Saúde, CATs, etc...) aos toxicodependentes e suas características

“na rede formal, mesmo até num serviço como uma estrutura de tratamento, requer aqui uma mediação muitas vezes - apesar de ser um serviço que é criado para esta população, já é específico, já tem esse objetivo - muitas vezes é necessária mediação da equipa de rua, porque para se dirigirem lá...há coisas muito simples, como por exemplo, a distância, o tempo de espera”.

Verificamos ainda que, tal como focamos numa das hipóteses colocadas, a participação e negociação técnico - utente – serviços é fundamental. Isto é, além da facilitação no acesso a outros serviços, o facto é que a mediação aparece aqui na vertente também do diálogo com os serviços para que estes se adaptem também às necessidades e todo o contexto dos utentes – “ [...] para quem está numa estrutura de tratamento a receber um utente que chega da rua, para os técnicos que estão nessa área e não têm esse conhecimento, se calhar, não imaginam uma série de coisas ou quais são as dificuldades que essa pessoa tem, quais são as barreiras que essas pessoas têm para chegar àquela consulta por exemplo (Entr.X). Nesta mesma perspetiva, o Entr.Y, diz-nos que esta mediação está presente na prática das equipas de rua *“na medida em que está implícito um esforço de aproximação entre os utentes e as respostas da comunidade às suas necessidades”.* Neste sentido, podemos aqui constatar, que talvez uma das hipóteses que colocamos inicialmente possa fazer sentido, pois parece-nos que o trabalho de mediação para estas equipas, tem que ver também com a tentativa de adaptação das variadas estruturas às especificidades dos utentes. Contudo, apesar de haver esse reconhecimento, parece-nos que essa vertente da mediação não esteja ainda efetivada de forma mais organizada para a mudança dessas estruturas - *E acho que era muito importante para toda a gente que trabalha na área da toxicodependência ter uma ideia do contexto de rua, ter uma ideia de quais são as dificuldades, as barreiras, para também se conseguir agilizar as respostas”* (Entr.X).

Para os técnicos, apesar de trabalharem na área de RRMD, têm consciência que há outras respostas que também se podem adequar a cada

caso e a fases diferentes dos utentes - *“tem que haver respostas de tratamento para quem quer tratamento, tem que haver respostas de redução de riscos para quem não quer ou não consegue aderir a tratamento. É muito por aí, não se pode estar a defender umas e a condenar outras, tem que haver de tudo para adequar a cada fase em que os utentes se encontram”*.

3. Negociação com os utentes

Como sabemos, existem protocolos quer para os programas desenvolvidos por estas equipas, quer a nível interno. Contudo, muitas vezes os utentes não cumprem determinados pressupostos deste programa e a atitude das equipas pode ou não ser de flexibilidade. O Entr.X, sobre esta questão, afirma que acima de tudo está a saúde do utente e caso surja algum incumprimento (dependendo sempre de todo o contexto em que acontece), a atitude dos técnicos é procurar estratégias em conjunto com os utentes - *“É assim, nós, o nosso primeiro objetivo é não deixar o utente sem material novo para fazer os seus consumos, porque queremos reduzir os riscos e as hipóteses de recorrerem a material de outras pessoas ou até reutilizarem o seu próprio material [...] tentamos é negociar com eles [...] e explicamos que para nós, uma das nossas funções é permitir o acesso a material novo, mas também é recolher o material que já é utilizado, aqui também uma função de proteção da Saúde pública”*; *“Tentamos sempre arranjar estratégias em conjunto com o utente, de forma a ele conseguir guardar o material para depois trazer”*; *“Só em casos muito muito muito excecionais é que se nega uma seringa a alguém”*. O Entr.Y sublinha a importância das circunstâncias em que essas situações possam acontecer, sendo que a intervenção desta equipa vai depender de uma avaliação individual - *“Cada situação é avaliada individualmente, tendo em conta os objetivos da equipa”*

Há situações em que o protocolo tem de ser seguido – *“É lógico que, por exemplo, no programa de metadona existem horários, existem regras e isso eles têm de cumprir gostando ou não e não dá para flexibilizar muito”*, mas se por exemplo o utente não comparecer há sempre flexibilidade a partir do protocolo interno e atenção às características - *“É lógico que para ter um prazo*

grande para ser expulsos há também aqui uma questão cuidadosa na dose de metadona que o utente faz há algumas questões defensivas, ok se o utente faltou à metadona possivelmente teve de consumir mais, se calhar na próxima vez que consome, toma uma dose mais pequena até começar a aumentar outra vez” (Entr.X). Aqui verificamos uma ligação com uma das hipóteses formuladas inicialmente - a mediação nas Equipas de RRMD no âmbito da toxicodependência, passa principalmente por uma negociação participada entre técnico – utente.

4. Mediação e integração do utente no meio social

Quando confrontados com a questão da mediação em relação com a integração do utente, um dos entrevistados começa por referir o carácter relativo do conceito de “integração”. No contexto em que trabalha, refere que *“Se alguém me disser que a integração social passará por conseguir um emprego e autonomia económica, atendendo se calhar às especificidades de alguns utentes, o conceito de integração pode ser muito exagerado”*, considerando que no contexto de RRMD o conceito de integração pode ter outro significado, falando em exemplos específicos da sua prática – *“Depende muito também do contexto, nós estamos a falar de utentes que estão muito enraizados e muito integrados naquele contexto, no contexto dos consumos. Ou seja, temos também de ter em atenção essas características, por exemplo se nós conseguimos que um utente seja integrado ou que passe a frequentar os serviços que... por exemplo aqui a Casa de Vila Nova disponibiliza, que é na mesma uma resposta no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, já é um passo muito significativo para algumas dessas pessoas com quem contactamos diariamente”* (Entr.X).

Afirma ainda que a integração tem de ter em conta outros fatores – *“depende do percurso do próprio utente a nível da carreira dos consumos, como também dos próprios apoios que têm e aqui a questão familiar acaba por ser um ponto muito importante, enquanto suporte para esse utente. Temos um utente que [...] não tem suporte nenhum, essa questão da promoção da autonomização dele é mais demorada”* (Entr.X). Aqui verificamos que a

mediação está intimamente ligados com o processo de autonomização dos utentes, sendo que este processo pode ser mais rápido ou mais demorado, tendo em conta as especificidades de cada caso, mas sempre presente.

Também o Entr.Y identifica a mediação como estratégia para que seja possível a integração do utente no meio social - *“A mediação é muito importante enquanto estratégia de apoio à inclusão dos utentes, os quais habitualmente têm dificuldades acrescidas de relacionamento com os serviços da comunidade”*.

5. Alterações nos Comportamentos de Risco

Durante o seu percurso profissional nas equipas de rua, os entrevistados notam varias alterações nos comportamentos dos utentes, provenientes de novos recursos - *“a questão da alteração do comportamento não está diretamente ligada à questão informativa, está também ligada aos recursos existentes”* (Entr.X). Com o surgimento de novos recursos, mesmo no âmbito de RRMD verificaram-se alterações de comportamento dos utentes mas também nos contextos onde há afluência de consumo de drogas - *“[...]houve uma alteração nos kits, e começou a ser fornecido ácido cítrico para destilar o produto e fazer o caldo [...] deixou de haver filtros, deixou de haver filtro”; “[...] a utilização de prata velha encontrada no chão, isso é uma coisa que não assisto a isso, nem ouço os utentes a dizerem que têm esse tipo de comportamentos, porquê? Porque vão à carrinha e nos disponibilizamos a prata”*. Assistem ainda a tendências positivas ao longo dos anos de trabalho na área da toxicodependência em geral - *“[...] noto diferenças no tipo de consumo, ou seja [...] há tendencialmente, o consumo fumado começa a aumentar, o que é bom em termos de prevenção de transmissão de doenças”; “Quando há uma alteração no consumo, é porque entram para metadona, há normalmente uma redução do consumo de heroína e pode ser acompanhada também pelo consumo de cocaína - pode haver uma redução no consumo das duas, mas tendencialmente reduz-se mais a heroína, porque lá está, existe a metadona para compensar”* (Entr.X). Um dos entrevistados refere que verifica mudanças *“apesar de existirem comportamentos comuns”* (Entr.Y).

Contudo, os entrevistados acentuam a importância de ter em conta todo o contexto em que os utentes se inserem para poderem chegar até eles, porque existem questões relacionadas com as próprias rotinas e meio envolvente – *“Uma coisa que eu acho que era importante para se perceber e desenhar as respostas no âmbito das ditas dependências, perceber o contexto, o que é estar na rua e o que é estar inserido e agarrado muitas vezes eu acho que, dependência do sítio até é maior que a dependência da substância em si. Ainda hoje falava disso com um utente. Ele dizia que às vezes só o chegar ao bairro já o acalmava mais e ainda nem tinha consumido nada”* (Entr.X).

6. Dificuldades no cumprimento deste serviço

Os entrevistados admitem haver dificuldades no cumprimento de alguns parâmetros deste tipo de serviço por parte dos utentes, embora não considerem ser importantes ao ponto de colocar em causa o seguimento do utente - *“[...] uma coisa que eles sentem alguma dificuldade às vezes é de esperar [...]”* De resto, é assim, também não há tanta dificuldade em cumprir [...] porque as regras rígidas em si também não são muitas [...] “[...] na questão da troca de material, a dificuldade é trazer sempre as seringas quando precisam de novas, mas basicamente não há assim que me lembre grandes dificuldades”; *“Pode haver dificuldades nos momentos em que há essa tal mediação com os serviços da rede [...] há a exceção no cumprimento do horário, nem sempre conseguem se organizar para cumprir”* (Entr.X). Um dos entrevistados afirma que *“As maiores dificuldades são habitualmente as que dizem respeito ao confronto com as regras de funcionamento pré estabelecidas”* (Entr.Y).

7. Mudanças, factos e desafios a nível geral na área

Os entrevistados verificam, de um modo geral que o tipo de população toxicodependente é agora mais velha, mas continua a liderar o sexo masculino e o consumo do power (heroína e cocaína juntos) – *“os utentes já são utentes mais velhos, continua a ser a maioria do sexo masculino”*; *“quando eu vim para*

cá eles já consumiam muito o power e atualmente é também o que é mais consumido; “[...] entram para metadona, há normalmente uma redução do consumo de heroína e pode ser acompanhada também pelo consumo de cocaína - pode haver uma redução no consumo das duas, mas tendencialmente reduz-se mais a heroína, porque lá está, existe a metadona para compensar” (Entr.X).

Quanto aos assuntos para os quais os utentes procuram os técnicos, os entrevistados referem - *“Uma questão que atualmente se vê mais, nem é tanto de dúvidas, é mais problemas, tem a haver muito com a intervenção policial e a forma como a intervenção policial é feita junto desta população”*. Ambos os entrevistados afirmam que a procura dos seus serviços tem aumentado - *“Aumento de procura e da adesão aos serviços do projeto” (Entr.Y) “[...] nota-se que há mais utentes e há mais pedidos de ajuda atualmente nesta fase, pelo menos este ano de 2013” (Entr.X).*

Os entrevistados fazem também referencia a novos desafios que considerem importantes nesta perspetiva de RRMD, é referido que - *“[...]acho que o próximo desafio para a redução de riscos ao nível da prevenção de doenças, é a Hepatite C...e a criação de um dispositivo para responder tanto à prevenção como ao tratamento [...] na questão do agilizar ao tratamento e a um diagnostico rápido, acho que pode ser o desafio agora da redução de riscos, pode virar-se muito para a Hepatite C” (Entr.X).*

Capítulo 8. Elementos de Síntese Integrativa

Após a descrição analítica das categorias, passaremos finalmente à sintetização da informação que dessa análise foi surgindo.

Consideramos importante lembrar que, tal como qualquer estudo do foro qualitativo, também este não pretende ser um estudo representativo mas sim interpretativo de um caso e contexto específicos, daí a designação de “estudo de caso”. De acordo com Yin (1994:91) os estudos de caso, tal como

os estudos experimentais, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos.

Contudo, apesar dos resultados desta investigação não serem provenientes de um procedimento estatístico, um estudo com características como a aplicação de entrevistas a alvos fidedignos reveste-se de legitimidade uma vez que daí foram retirados dados reais que, embora possam ser considerados subjetivos noutros contextos, a intenção deste estudo é compreender apenas este determinado contexto. No entanto, para Patton (1990:477), *“a credibilidade com que é encarado um estudo qualitativo, por exemplo, o estudo de caso, está relacionada com as convicções do potencial leitor/utilizador do estudo”*.

8.1. Toxicodependência: entre a doença e um estilo de vida

A toxicodependência tende a ser vista como algo que afeta negativamente a vida dos utentes entrevistados, quer estes a percecionem como uma doença, quer como um estilo de vida. Deste modo, dão relevância ao trabalho das equipas de RRMD uma vez que aborda a toxicodependência de um modo mais alargado, principalmente o entrevistado toxicodependente, considera que é um meio para que possa ter uma vida o mais saudável possível dentro de um contexto de consumos que considera deteriorante.

Dentro do contexto analisado há aqui uma balança entre o que consideram ser a toxicodependência. Se uns consideram que a toxicodependência é, de facto, um estilo de vida a que têm direito de optar e que deve ser respeitado, outros consideram que se trata, sem dúvida, de uma doença, sob a qual é muito difícil ter controlo. Na perspetiva de estilo de vida, há a consciência que de facto a substância em si provoca a dependência que leva a um círculo vicioso, mas a manutenção do consumo é uma opção pela qual o toxicodependente tem responsabilidade. Note-se que, por exemplo, no início do seu trajeto de consumo, um entrevistado considerava a toxicodependência como um estilo de vida pelo qual optou, mas atualmente diz que acredita ser uma doença. É importante aqui salientar que, é visível a mudança de perceção de estilo de vida para doença, como que ligada à fase

em que se apercebem da dependência e esta já vai para além do seu controle, tornando-se numa doença que precisa de tratamento.

O que verificamos com os testemunhos dos entrevistados, é que, de facto, a toxicodependência não é só uma doença ou apenas um estilo de vida, havendo espaço para estas duas perspetivas, sendo que na RRMD as equipas têm de direcionar os serviços de acordo com o que os utentes pretendem. Isto é, as equipas atuam tendo por objetivos reduzir os riscos e minimizar os danos, mas servem também de rampa de lançamento para quem quiser iniciar um tratamento, ainda que possa não passar pela abstinência.

Parece-nos importante retirar ainda dos dados que, apesar das diferentes visões, é unânime que a situação de toxicodependência se traduz em consequências negativas. Neste sentido, é também referenciado que sentem que a sociedade os vêem igualmente de forma negativa como que indivíduos que dão despesas ao Estado, usando mesmo a expressão “*classe eliminada da sociedade*”.

Parece-nos ainda importante focar mais uma vez a questão dos entrevistados utilizarem um discurso algo pejorativo sobre a toxicodependência ou então, conseguimos associar os seus discursos a ideias já refutadas sobre essa condição. Podemos deixar esta questão em aberto que, não sendo o objetivo deste estudo, parece-nos ser interessante uma investigação no sentido de perceber o porquê deste facto acontecer. Terá a ver com o discurso dominante que se cruza com a relação de poder de que Foucault (1979:12) fala, em que cada sociedade teria o seu regime de verdade, ou seja, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros. Neste sentido, parece-nos que a mediação também se faz num processo de reconstrução das representações sociais dos sujeitos acerca de si próprios, dos outros e dos contextos nos quais interagem, na co-construção e na partilha de novas realidades. Nesse âmbito, os técnicos têm um papel muito importante enquanto mediadores entre utentes e serviços (estruturas), no sentido de trabalhar quer a perceção dos utentes face aos serviços, quer a perceção dos serviços face aos utentes.

8.2. Equipas de Rua de Redução de Riscos e Minimização de Danos – da Relação à Intervenção

Como acabamos de perceber no capítulo anterior, quando se fala do trabalho de rua de Redução de Riscos e Minimização de Danos, está implícito todo um trabalho diferenciado pois o contexto de rua pressupõe isso mesmo.

O trabalho de rua em RRMD é, assim, distinto de outros tipos de contexto mais formais, sendo que o serviço é que vai ao encontro dos utentes nos seus contextos e rotinas. Assim, pressupõe que as equipas conheçam as suas rotinas, normas e contextos e sejam elas adaptar-se para assim corresponder às reais necessidades dos utentes. Além disso, vamo-nos apercebendo que o trabalho de rua desenvolvido por estas equipas possibilita que estas tenham acesso a informações relativamente às rotinas dos utentes, que de outra forma, talvez não chegassem a essa informação. Note-se, a título de exemplo, a dificuldade do cumprimento de horários de certos serviços, que parece ser bem percebido pelos técnicos neste meio pois conhecem as rotinas de consumo dos utentes e sabem que, à partida, a “x” horas da manhã o utente provavelmente vai estar a consumir ou a tentar encontrar forma de conseguir dinheiro para a próxima dose e não irá comparecer, por exemplo às análises. Os técnicos apercebem-se ainda, na prática que, tal como vários estudos confirmam, o meio é extremamente importante para as rotinas dos consumos, sendo que a dependência do local acaba por ser maior que a dependência da própria substância em si.

O contacto diário sucessivo entre utentes e técnicos, cria também uma relação de maior proximidade, de maior abertura até para os utentes exporem situações que, talvez noutro tipo de serviço, isso não ocorresse. A relação entre técnicos e utentes é assim, vivenciada de forma muito próxima, havendo um sentimento de confiança e respeito mútuo que se vai construindo através do contacto diário. Se para os técnicos a relação que estabelecem com os utentes é fundamental para depois intervirem adequadamente, para os utentes é estabelecendo esta relação que conseguem partilhar as suas questões e sentir que os técnicos estão prontos para os ajudarem e escutarem e sobretudo não sentirem julgamentos de qualquer tipo por parte dos técnicos.

É através da comunicação que se estabelece esta relação de proximidade e confiança de que nos falam os entrevistados. Apesar de os técnicos entrevistados assumirem visões diferentes sobre esta forma de comunicação – horizontal e assimétrica – chega-se à conclusão que esta comunicação é feita de forma a ter como ponto central o utente e a intencionalidade do discurso. Contudo, não se pode assumir que seja uma relação convencional como a de outros serviços existentes como resposta para a toxicodependência.

Trata-se então, de um serviço que, apesar de criar esta relação de informalidade e flexibilidade, requer também que a intencionalidade e objetivos estejam sempre presentes nos discursos dos técnicos, e claramente nas intervenções.

8.3. Processos de Mediação - Atuação das Equipas de RRMD na toxicodependência

A expressão “mediação”, como é sabido, é muito utilizada em diversos contextos. Nesta investigação não se pretendeu perceber o papel dos mediadores profissionais em outros contextos, nem desenvolver quais as suas práticas. Pretendemos sim, compreender o papel específico dos técnicos de RRMD na área da toxicodependência, que trabalham diariamente com os utentes em contexto de rua. Concluiu-se que a mediação faz precisamente parte das suas intervenções diárias, assumindo-se sobre a forma de várias práticas. E é aqui que verificamos que a mediação é muito mais do que aquilo que o senso comum nos dita, dando lugar a uma expressão muito mais alargada neste caso concreto.

O que devemos sublinhar e retirar deste estudo é que, no caso da atuação das Equipas de RRMD analisadas, se verifica que a mediação é assumida sob a forma de um conjunto dos três tipos de mediação que Almeida (cit in Barbosa, 2011:78) nos falava: assistência, acessibilidade e dinamização. A assistência está claramente presente na medida em que muitas vezes são necessárias respostas de intervenção direta junto dos utentes a fim de satisfazer necessidades básicas. Assim, estas equipas desenvolvem um trabalho de contínuo acompanhamento do percurso dos utentes, mas quando o

caso o exige, intervêm de forma imediata. As equipas desenvolvem todo um trabalho de divulgação de informação junto dos utentes, mas também um trabalho de facilitação no acesso aos serviços de apoio existentes, a partir do encaminhamento, atuando como elo de ligação entre utentes e serviços, verificando-se assim, a mediação – acessibilidade. Muitas vezes, esta mediação passa também pelo acompanhamento até esses serviços, até os utentes atingirem uma maior autonomia e sentido de responsabilidade. Assim, o processo de autonomização dos utentes é fundamental e constitui uma parte integrante da mediação. Relativamente ao trabalho de rua com consumidores de drogas, Pinto et al.(cit in Barbosa,2011:77), refere que os técnicos ao acompanharem os utentes aos serviços de saúde e ao sensibilizarem os profissionais que com eles contactam, acabam por diminuir as dificuldades dos consumidores de drogas em adaptar-se ao modo de funcionamento das unidades de saúde (que podem ser as mais discriminatórias relativamente a estes indivíduos). Este trabalho só é possível se houver um processo de dinamização, o qual se assiste nas equipas analisadas a partir de um trabalho em rede e parcerias, para que seja possível ter em conta todos os recursos existentes. Deste modo, a mediação apresenta-se também como forma de estabelecer diálogo entre as estruturas que intervêm com a população toxicodependente em forma de triângulo – técnicos - utentes - estruturas. Neste sentido, os técnicos podem criar espaços de diálogo entre os utentes e as estruturas para que assim possa haver uma compreensão de ambas as partes, para que os utentes se adaptem às estruturas e vice-versa. Os utentes dos serviços podem sentir-se vezes sufocados na sua relação com as instituições, como por exemplo, no caso dos horários pré-estabelecidos. Aos técnicos, como mediadores, compete-lhes sensibilizar as instituições para que haja uma resposta para o problema, sendo que a mediação pressupõe a participação mútua.

Os dados analisados mostram-nos que a “relação” se apresenta como um elemento fundamental para que este processo de mediação seja possível, uma vez que é partindo de uma relação de aceitação e confiança que os técnicos conseguem (co)responder adequadamente às necessidades dos utentes. Não é por acaso que, como mencionado nas entrevistas, este trabalho de rua de

RRMD não se trata apenas de trocar e fornecer material, mas sim de um trabalho de relação, de proximidade, que possibilita aproximar os utentes a outras estruturas. Deste modo, a mediação é tida como um processo que visa facilitar o acesso dos utentes aos mais variados serviços e ao mesmo tempo possibilitar a integração do utente no meio social.

Por detrás deste trabalho de mediação, diríamos mesmo por dentro dele, existe ainda a flexibilidade, sobretudo por parte das equipas, que tentam assim, citando um dos entrevistados “[...] *fazer uma ligação de um ponto a outro ponto*”. Neste sentido, estas equipas sabem que os seus utentes têm características específicas a serem tidas em conta, o que muitas vezes dificulta o acesso a determinados serviços e estruturas. O seu trabalho passa por compreender essas características e rotinas e, junto dos utentes, desenhar um trajeto possível de ligação com as estruturas. Assim, a mediação nestas Equipas de RRMD passa pela negociação participada entre técnico – utente, onde se tem em conta os objetivos do utente, mas também os trajetos possíveis de executar, tendo de haver em muitos casos um reajustamento da expectativa-realidade.

Sublinhe-se ainda que, no caso do incumprimento de determinados parâmetros por parte dos utentes relativamente às equipas de rua, assegurar a Redução de Riscos e Minimização de Danos está em primeiro lugar. E aqui, mais uma vez se verifica a flexibilidade, no sentido em que as equipas tentam, em conjunto com os utentes, encontrar estratégias para contornar estas situações. Isto é, a participação do utente na procura de soluções e respostas é um ponto assente neste tipo de intervenção. Daí, a mediação se apresentar sob a forma da negociação participada que referimos, onde há uma tentativa de adaptação das equipas aos contextos dos utentes, para assim comunicarem também com os outros serviços envolvidos a fim de criar um acordo entre ambos. Contudo, os técnicos não centram a mediação somente na vertente de facilitar o acesso e adaptação dos utentes aos serviços, tendo como foco o utente. Mais uma vez sublinhe-se que é fundamental a outra face da mediação, no sentido de estabelecer um diálogo também com esses serviços para que estes possam adaptar-se também ao estilo de vida dos utentes. Também esta vertente prova que a metodologia da mediação é claramente participativa. Esta

vertente da mediação parece-nos ser um desafio, na medida em que talvez pudesse ser melhor organizado o diálogo técnicos – serviços e, deste modo estabelecer uma relação mais sólida entre utentes – serviços.

PARTE III - PROJETO DE INTERVENÇÃO

Capítulo 9. Desenho do Projeto de Intervenção

A partir dos dados retirados deste estudo de caso, podemos traçar um possível caminho de intervenção. Tal como verificamos no nosso estudo, servindo-nos na citação de Almeida (2008:5), *“A mediação não se exprime apenas nas relações interpessoais, mas também nas relações que cada um pode ter com as instituições e com a sua administração, podendo ser associada a uma melhoria da relação entre os serviços públicos e os seus utentes”*.

Tendo em conta o tema deste trabalho de projeto e as suas conclusões, o objetivo de uma intervenção neste âmbito teria como principal foco melhorar a mediação entre técnicos – utentes – serviços/estruturas, partindo da participação dos intervenientes. Assim sendo, relativamente à população alvo, o projeto destinar-se-ia aos técnicos (das equipas de rua das instituições Norte Vida e Arrimo), aos seus utentes e às estruturas/serviços (profissionais da área da toxicodependência de outras estruturas que apoiassem os utentes da Norte Vida e Arrimo).

Este projeto seguiria a linha da metodologia participativa, pois consideramos que apenas com a participação dos intervenientes, um projeto neste âmbito faria sentido. Neste sentido, o projeto iniciar-se-ia com uma reunião prévia com a população alvo/os intervenientes. Esta reunião seria feita a modo de brainstorming para que este estudo, as linhas de trabalho e as conclusões obtidas fossem discutidos com os intervenientes. Poderíamos assim considerar esta reunião como um diagnóstico participativo, onde no seguimento desta, seriam captadas informações a serem tidos em conta na continuação do projeto.

Acreditamos que seria pertinente a elaboração de um projeto que apostasse em duas vertentes principais: a formação em mediação (destinada aos técnicos) e a formação na área do empoderamento e da cidadania (para os toxicodependentes e estruturas/serviços).

No caso da formação em mediação para os técnicos, esta teria como objetivo capacitar os técnicos para a mediação e, deste modo, chegar até aos pólos de mediação, neste caso, os utentes e as estruturas/serviços. Aqui estariam incluídas temáticas como a aproximação e diálogo com os serviços dirigidos à população toxicodependente, como modo de sensibiliza-los para a mudança e (re)adaptação das suas estruturas. Da mesma forma, outra temática aqui incluída, seria a sensibilização também dos utentes para a compreensão dessas estruturas. O objetivo principal era que, através desta formação, os técnicos adquirissem ferramentas concretas para intervir com base na mediação quer com os utentes, quer com os serviços. Estas formações decorreriam nas instalações das associações (sala de reuniões ou espaço similar), em horário a ser definido junto dos participantes.

Relativamente à formação na área do empoderamento e da cidadania para os toxicodependentes e estruturas/serviços, o objetivo seria dar formação aos utentes que lhes auxiliasse na construção de caminhos de autonomia (aqui poder-se-ia abordar temáticas mais práticas, no sentido sobretudo de ir percebendo as necessidades dos utentes e assim, desenvolver trajetos em conjunto, de acordo com os seus discursos) e dar também formação aos técnicos de outras estruturas no âmbito da cidadania, no sentido de alertar para questões específicas da população toxicodependente e direitos humanos em geral. As formações para os utentes seguiriam uma lógica de linguagem simples e acessível para que a mensagem e o discurso fosse perceptível para todos os elementos, e decorreriam nas instalações das associações. A formação para os técnicos de outras estruturas decorreriam nas respetivas estruturas, de forma a organizar grupos que trabalhassem num espaço comum (ex: Cento de Saúde; Centros de Respostas Integradas...).

Este projeto implicaria ainda outras ações, nomeadamente com o propósito de haver uma readaptação permanente do projeto, por parte dos elementos participantes. Deste modo, seria também realizada uma planificação onde seriam consultados os intervenientes, seguindo mais uma vez a lógica da participação ativa. Neste sentido, deveriam ocorrer reuniões de onde resultariam esses passos seguintes. Estas reuniões deveriam ser assentes na informalidade, onde os técnicos, utentes e serviços pudessem debater o

seguimento deste plano, fazendo uma reflexão e um balanço do modo como corria a intervenção desenvolvida.

A avaliação do projeto deveria ser contínua, uma vez que das reuniões resultaria também uma constante avaliação do processo. Mais concretamente, além das reuniões, proceder-se-ia ainda à aplicação de inquéritos de avaliação aos utentes de forma periódica.

O projeto teria a durabilidade de um ano, sendo que poderia ser depois renovado ou alargado, de acordo com os seus resultados e avaliação.

9.1. Planificação das Atividades do Projeto

Atividade	Objetivos	Destinatários	Frequência
Reunião estilo brainstorming	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e discussão do estudo, linhas de trabalho e conclusões obtidas; - Traçar um diagnóstico através de uma metodologia participativa. 	Todos os intervenientes/ população alvo	Uma vez (como introdução)
Reuniões para a planificação e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar em evidência temáticas a serem trabalhadas; - Fazer o balanço do seguimento do projeto (avaliação contínua); - Planificar passos seguintes do projeto 	Todos os intervenientes/ população alvo	Uma vez por mês
Formação para a Mediação	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar as capacidades técnicas dos profissionais para a mediação; - Sensibilização para a 	Técnicos das equipas de rua da Norte Vida e Arrimo;	Uma vez por semana

	<p>mediação entre os utentes e serviços</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a comunicação (ferramenta principal das relações humanas) - Promover dinâmicas de mudança (de atitudes, perspetivas, ações) 		
Formação para o empoderamento	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar níveis de motivação para a mudança; - Auxiliar na elaboração de trajetos que visem a autonomia 	Utentes	Uma vez por semana
Formação para a cidadania	<ul style="list-style-type: none"> - Alertar para questões específicas da população toxicodependente (contextos, normas...); - Trabalhar os direitos humanos em geral. 	Profissionais de outros serviços	Uma vez por semana
Inquéritos de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o nível de satisfação dos utentes relativamente aos serviços das equipas de rua e outros serviços 	Utentes das equipas de rua	Uma vez por mês

Conclusões Finais

Os resultados obtidos no decurso da nossa investigação permitem-nos ter uma perceção bastante próxima acerca do trabalho desenvolvido pelas equipas de rua de RRMD na área da toxicodependência. Indiscutivelmente, este estudo mostra-nos que, além da parte assistencialista, a intervenção destas equipas assenta num processo mediativo que proporciona um leque de novas opções aos seus utentes.

Seria redutor tratar a toxicodependência apenas como doença mas, na mesma medida, percecioná-la apenas como um estilo de vida seria incorreto. Parece-nos que, neste trabalho devemos colocar as lentes que as ciências sociais nos ditam e perceber que, estas duas perspetivas diferentes mas complementares, em conjunto, possibilitam às equipas de rua atuar conforme os objetivos de cada utente. Se por um lado, o seu objetivo é reduzir riscos e minimizar danos, por outro, pode também possibilitar que o utente siga por uma perspetiva de tratamento, encaminhando-o para novas estruturas. É neste sentido, que percebemos que o processo de mediação também assenta na vertente da adaptação e modificação das estruturas face às necessidades dos utentes. Isto significa que a mediação implica a comunicação entre técnicos e utentes, mas também a compreensão entre utentes e estruturas. Os técnicos (diga-se aqui, mediadores) têm assim um papel fundamental na aproximação dos utentes às estruturas e vice-versa, entendendo-se “aproximação” aqui como um conceito amplo que englobe compreensão, adaptação e, possivelmente, mudança.

A afirmação de Miguel (1997:221) enquadra-se perfeitamente nesta perspetiva: *“Quero dizer que a população de toxicodependentes é constituída por várias subpopulações, e aplicar a todos a mesma resposta, é errado”*.

De um modo mais geral, identificámo-nos também com a perspetiva de Miguel (1997:221) no que se refere ao problema da droga, pois consideramos que é necessário complementar diversificadas estratégias e que, para isso, é necessário haver um investimento não só em aspetos terapêuticos, mas também sociais, assim como todo o envolvimento comunitário. A mediação

através da visão que esta investigação nos concedeu, parece ser um elemento fundamental para que cada vez mais os serviços prestados (e entenda-se que aqui a prestação de serviços vai muito além de pressupostos básicos), possam abarcar um leque de respostas.

A mediação como o (re) estabelecer de ligações, é de facto, o que esta investigação nos propõe no âmbito do trabalho das Equipas de RRMD. Poderíamos, neste contexto, comparar o conflito associado às práticas de mediação com a dificuldade no acesso aos demais serviços. Essa dificuldade pode advir das instituições mais fechadas, como também pode ser fruto das próprias limitações às quais os utentes possam estar presos, e o trabalho destas equipas passa também, como vimos, por quebrar essas barreiras a vários níveis (mediando com os utentes e igualmente com as várias instituições). Talvez para quem apenas assiste de longe ao dia a dia das unidades móveis, não haja esta percepção de que a mediação é um ponto presente na intervenção diária destas equipas. Aliás a intervenção destas equipas é feita numa lógica de mediação - em relação com os utentes e com as diversas estruturas.

Através da análise dos dados empíricos, podemos concluir que, de um modo geral, as hipóteses teóricas foram verificadas pela análise dos dados empíricos. Assim, através dos discursos dos entrevistados, percebemos que a mediação, neste caso específico, pressupõe que haja uma iteração peculiar de “proximidade” e negociação participada, onde se verifica a tentativa de articulação entre técnicos – utentes – serviços. Neste sentido, mais concretamente verificamos que há um trabalho de autonomização dos utentes, sendo que esse processo é feito de forma participada pelos elementos. Concluimos também que o trabalho destas equipas relativamente à mediação, tal como havíamos colocado como hipótese, passa por facilitar o acesso dos utentes aos diversos serviços de modo também a auxiliar na sua integração, sendo que muitas vezes as equipas acompanhavam os utentes inclusive até às estruturas. Relativamente à terceira hipótese colocada, parece-nos que talvez se torne mais como um desafio do que uma confirmação. Isto porque, apesar de haver o reconhecimento que é fundamental e urgente que a mediação passe pela comunicação destas equipas com os outros serviços como tentativa

de adaptação destas últimas às especificidades dos utentes, não verificamos que essa vertente da mediação fosse feita efetivamente, ou pelo menos de forma concretamente organizada para tal.

Esta investigação possibilita-nos, deste modo, abrir um novo horizonte no conhecimento do trabalho das equipas de rua e de como há em torno dele todo um processo real muito maior que a assistência básica e direta, envolvendo um trabalho em rede e parceria, de ligação a outras respostas.

Bibliografia

- AFONSO, N (2005), *Investigação Naturalista em Educação: Um guia prático e crítico*. Lisboa: Asa Editores, S.A.
- AGRA, Cândido (1993), *Dizer a droga, ouvir as drogas*. Porto, Radicário.
- AGRA, Cândido; FERNANDES, L. (1993), *Droga enigma, Droga novo paradigma*. In C.Agra (coord.) *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas*, Porto: Radicário, pp. 55 - 86.
- AGRA, C. (1997), "Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma" In *Droga: Situações e Novas Estratégias - Atas do Seminário promovido pelo Presidente da República*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, pp.169 – 197.
- ALCALAND, A. F. (1993), *Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones*, Barcelona: Paidós.
- ALBARELLO, et al., (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- ALMEIDA, Helena, N. (2008). "Conceptualização da Mediação em Trabalho de Rede", In *Revista Investigação e Debate em Serviço Social*, 17: 3 - 31.
- ALMEIDA, Helena Neves (2002). *Mediação, um conceito e uma prática identitária do Serviço Social*, Serviço Social: Unidade na Diversidade – Encontro com a Identidade Profissional, *Atas do I Congresso Nacional de Serviço Social*, APSS, pp. 74-93.
- BARBOSA, Jorge (2006), "As Práticas profissionais dos Assistentes Sociais no campo das políticas das drogas: Compromisso com a cidade dos utilizadores de drogas ilícitas", In *Inclusão Social: No dealbar do séc.XXI - O caso da Região Norte*, Atas da IV Semana de Serviço Social dezembro, pp.59-70.
- BARBOSA, Jorge (2009), "A emergência da redução de danos em Portugal: da "clandestinidade" à legitimação política", In *Toxicodependências*, vol. 15, n.º 1, IDT, IP, Lisboa, pp. 33-42
- BARBOSA, Jorge (2011) "Enfrentar "novos riscos" e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos" In *Toxicodependências*, Edição IDT, Vol.17, nº1, pp.71-84.
- BARDIN, L. (2009), *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70 (Obra original publicada em 1977)
- BAULENAS, G. (1998), *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Ministério del Interior, Delagación del gobierno para el Plan Nacional sobre drogas e grup Igia.
- CAPUCHA, Luís (2005), *Os desafios da pobreza*. Celta, Lisboa.
- CARMO, H. (1998), *Metodologia da Investigação Científica*. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARMO, H., FERREIRA, M., (1998), *Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

- CARQUEJA, H., (2000), *Doença e Toxicodependências*, Toxicodependência, Ano 6, n.º 3, Lisboa: SPTT, pp. 83-85.
- CORREIA, J.A.; CAMELO, J. (2003), “Da Mediação local ao local da mediação: figuras e políticas”. *Educação, Sociedade e Culturas*, 20, pp.167-191.
- CORREIA, J.A. e SILVA, A.M.C. (2010), *Mediação: (d)os Contextos e (d)os Atores*, (orgs.), Porto: Edições Afrontamento
- COMAS, D. (1985) *El uso de drogas en la juventud*. Barcelona: Publicaciones de Juventud y Sociedad, S.A.
- COSTA, E. P. (2009). “Questões sobre a mediação e os mediadores”, In *Atas do Seminário Mediação Socioeducativa: Contextos e Atores*. Braga: UM.
- COSTA, J., (1996), “A Dependência da Dependência - Círculos estranhos e círculos viciosos”, In *Toxicodependências*, Ano 2, n.º 1, Lisboa: SPTT, pp. 81-90.
- DIAS, Lúcia N. (2007), *As Drogas em Portugal – O fenómeno e os factos jurídico-políticos de 1970 a 2004*, Coimbra: Pé de Página Editores.
- DOMOSŁAWSKI, Artur (2011), *Política da Droga em Portugal - Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*, Série de modelos sobre Políticas de Drogas. Global Drug Policy Program, Open Society Foundations.
- EDWARDS G. (2000), *Alcohol : the world's favorite drug*. London: St. Martins Press.
- E.M.C.D.D.A.(2001), *Guidelines for the evaluation of outreach work - A manual for outreach practitioners*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- ESCOHOTADO A. (1995) *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- FERNANDES, L. (1990), *Os pós Modernos, a Cidade, o setor juvenil e as drogas*. Porto: F.P.C.E.U.P.
- FERNANDES, L. (1993), “Territórios Psicotrópicos”. In Agra (Coord.) *Dizer a Droga, Ouvir as Drogas*” Porto: Radicário, pp.195-225.
- FERNANDES, L (1997), *Etnografia urbana das drogas e do crime*, Vol.10, Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- FERNANDES, L. (1999), *O sítio das Drogas. Etnografia das drogas numa periferia urbana*, Editorial Notícias, Lisboa, Coleção Comportamentos.
- FERNANDES, Luís (2009) “O que a droga faz à norma”, In *Toxicodependências*, vol. 15, n.º 1, IDT,IP, Lisboa, pp. 3-18.
- FERNANDES, Luís; RIBEIRO, Catarina (2002), “Redução de Riscos, Estilos de Vida Junkie e Controlo Social” In *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº39, pp.57 – 68.
- FERNÁNDEZ, Xosé Cid (2009), “Intervenção comunitária e Práticas de Inclusão”, *Cadernos de Estudo Saber e Educar*, 14, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, pp.1-8
- FODDY, William (1996), *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

- FONTE, Carla (2007), “O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: alguns modelos teórico-explicativos”, In *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais* (UFP), nº4, pp.238-250
- FORTIN, M. F. (1999), *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- FOUCAULT, M. (1979), *Microfísica do poder*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- GAZENEUVE, Jean, VICTOROFF, David (coords.) (1982), *Dicionário de Sociologia - Dicionários do Saber Moderno*, Editorial Verbo, Lisboa, pp. 378.
- GIDDENS, Anthony (2007), *A Europa na Era Global*. Queluz de Baixo, Presença.
- GIMENEZ, Carlos R. (1997).”La Naturaleza de la Mediación Intercultural. In *Revista Migraciones*, Nº2. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, pp. 125-159.
- GRAWITZ, M. (1993), *Méthodes des Sciences Sociales*. Paris: Editions Dalloz.
- GUERRA, Isabel, (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo, sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.
- HAPETIAN, Isabel (1997), *Famílias – Entender a toxicodependência*. Editorial Verbo, Lisboa.
- HESPANHA, P. et al. (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das Instituições de Proteção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- KETELE, J; ROEGIERS, X. (1999), *Metodologia da Recolha de Dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LÓ, Alcina Branco (2007), *Contextos de trabalho e processos de integração de toxicodependentes*. Coleção Estudos – Instituto da Droga e da Toxicodependência – N.º 3, Lisboa.
- LÓ, Alcina (2011), “Integração Social e Estratégias de Mediação”, In *Toxicodependências*, Edição IDT, Vol.17, nº1, pp. 53-60.
- MACRAE, EDWARD (2003), *Aspetos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos*.
- MARLATT, G. Alan (1999), *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto alegre: Artmed editora.
- MARLATT, G. Alan (1998), *Redução de danos no mundo: uma breve história*. São Paulo: Artmed Editora.
- MARLATT G. A.; GORDON, J. R. (1993), *Prevenção de Recaída*. Porto Alegre: Artmed, Cap. 7, pp. 357-406.
- MARQUES, S. (2006), *Tu não me matarás! Dimensões éticas da reabilitação da Pessoa Toxicodependente*. Lisboa: UCP.
- MARTINS, A. e JESUS, A. R. F. (2003), *A Evolução do Auto-Conceito dos Utentes ao Longo do Processo de Recuperação Realizado no Projeto Homem de Braga*. In Centro de Solidariedade de Braga (orgs.), *Afetividade e Toxicodependência*, Braga: Projeto Homem.
- MATOS, Manuel (2009), “Da Intervenção Comunitária à Mediação Comunitária”, *Educação, Sociedade & Culturas*, nº 29, pp.175-189
- MAYER, B. (2000), *The dynamics of conflict resolution: a practitioner’s guide*. São Francisco: Jossey-Bass.

- MERRY, E; MILNER, N. (1995) ,”Introduction”, In Merry E.; Milner, N (orgs.), *The possibility of popular justice: a case of community mediation in the United States*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- MIGUEL, Nuno (1997) “A comunidade face às drogas: o que (não) temos feito”, In *Droga: Situações e Novas Estratégias - Atas do Seminário promovido pelo Presidente da República*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, pp.213-221
- MOORE, Christopher W. (1998), *O Processo de Mediação: Estratégias práticas para a resolução de conflitos*. 2ª Ed. Porto Alegre, Artmed.
- MOREL, Alain; HERVÉ, François; FONTAINE, Bernard (1998), *Cuidados ao Toxicodependente*, Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas, 4, Climepsi Editores.
- MUCCHIELLI, R. (1991), *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- MUSTO DF. (1987) *The American disease – origins of narcotic control*. New York: Oxford University Press.
- NEVES, T., GUEDES, M; ARAÚJO, T. (2009), “Mediação Comunitária e Mudança Social”, *Cadernos de Pedagogia Social*, Ano III, pp. 45-60
- NOWLIS, Helen (1990), *A verdade sobre as drogas*. Lisboa, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- OLIEVENSTEIN, C. (2000), *La drogue, 30 Ans après*, Paris: Editions Odile Jacob.
- OLIVEIRA, Ana; FREIRE, Isabel, (2009) “Sobre...a mediação Sócio-Cultural”, In *Cadernos de apoio à formação*, n.3m Lisboa: Acidi.
- PARDAL, L.; CORREIA, E. (1995), *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- PATTON, M. (1990), *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage Publications (2ª Ed).
- PATRÍCIO, Luís D. (1997), *Face à Droga como (Re)agir?*. Lisboa, Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- PATRÍCIO, L., (2002), *Drogas: para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- PINTO, Marta; Peixoto, Susana (2003). “Trabalhos de rua com consumidores de drogas – obstáculos sentidos no norte de Portugal”, In *Toxicodependências*, 9 (2), pp. 51-60.
- PINTO-COELHO, Manuel (1998), *Toxicodependência – A liberdade começa no corpo*. Fim de Século. 3ª Edição. Lisboa.
- POIARES, C. (1998), *Análise psicocriminal das drogas – O discurso do legislador*, Porto: Almeida & Leitão.
- POIARES, C. (1999), “Contribuição para uma Análise Histórica da Droga”, In *Toxicodependências*, nº1, pp.3-12.
- POIARES, C. (2002). “A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica”, In *Toxicodependências*. Vol. 8 (2): 29-35.
- POIRIER, Jean et al. (1999), *Histórias de Vida, Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- QUEIROZ, I. S. (2001), “Os programas de redução de danos como espaços de exercício dos usuários de drogas”, *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 21, pp.2-15
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva.

- RAMOS, M. J. S. L. (2002), *Narrativas, Toxicodependência e Significativos – validação divergente da narrativa protótipo*. Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.
- ROMANÍ, O., J. PALLARÉS, e A. DÍAZ (2001), “Dependencia o estilo de vida? La vida de un grupo de heroinómanos catalanes de los 80s”, In *Trabajo Social e Salud*, 39, 205-206.
- ROSA, Amorim S., Gomes, JOSÉ C. R. & CARVALHO, Maria D. R. (2000), *Toxicodependência – Arte de Cuidar*. Coimbra, FORMASAU-Formação e Saúde.
- SILVA, A. M., CAETANO, P., FREIRE, I., MOREIRA, M. A., FREIRE, T., e FERREIRA, A. S. (2010). “Novos atores no trabalho em educação: os mediadores socioeducativos”, *Revista Portuguesa de Educação*, 23 (2), pp. 119-152.
- SILVA, A. M. e MOREIRA, M. A. (2009). *Formação e Mediação Sócio-Educativa. Perspetivas Teóricas*. Porto: Areal Editores.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (1987) *Metodologia das Ciências Sociais*, Edições Afrontamento.
- SILVA, O. S. (2009)., “Mediação: cruzar pessoas, propósitos, caminhos, estratégias”, In *Atas do Seminário de Mediação Socioeducativa: Contextos e Atores*. Braga: UM, pp. 69-83.
- SILVA, R. (2004), *Prevenção das toxicodependências - Porquê eu?*, Análise Psicológica, XXII.
- SILVETRE, Agostinho Barbosa V.R, (2004), *Desvio com Via Dupla – Trabalho e Drogas na Construção de Carreiras Desviante*. Dissertação de Mestrado – F.P.C.E.U.P
- SIX, J.F. (1991), *Le temps des médiateurs*. Paris: Éditions du Seuil.
- SIX, J.F (2003), *Les Médiateurs*. Paris: Le Cavalier Bleu
- SOUSA, M. José; BATISTA, C.Sales (2011), *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios – Segundo Bolonha*. Pactor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- STANTON, M. D.; TODD, T. C. (1985), *Terapia familiar del abuso y adicctión a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- TORREMORELL, Maria (2008), *Cultura de mediação e mudança social*. Porto: Porto Editora.
- TOUZARD, H. (1977). *La médiation et la résolution des conflits*, Paris: PUF.
- YIN, Robert (1994), *Case Study Research: Design and Methods*. 2ª Ed, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Documentos Oficiais:

- Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT), Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Lisboa 2013.
- Carta de Ottawa (1986), Primeira Conferência sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá
- Catálogo Assistencial – Centro de Respostas Integradas Porto Oriental (2011), IDT, I.P, Delegação Regional do Norte.

- Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), Centro de Respostas Integradas do Porto Central, Ocidental e Oriental, *Resumo do Diagnóstico Analítico das Dependências do Concelho do Porto*, (DRN/IDT,I.P.).
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009), *Linhas orientadoras para a Intervenção Social – Modelo de Intervenção em Reinserção*, Lisboa.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência - Síntese do Relatório Anual 2011 - *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*, IDT, pp.1-14.
- Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), Resumo do Diagnóstico Analítico das Dependências do Concelho do Porto - Centro de Respostas Integradas do Porto central, ocidental e oriental, DRN/IDT,I.P
- Presidência do Conselho de Ministros (2001), Relatório Anual - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências em 2000. Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.
- Presidência do Conselho de Ministros (1999), *Estratégia Nacional de Luta contra a Droga*, (2.^a Ed.), Lisboa, Imprensa Nacional da Casa da Moeda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2011), *Caraterização de utentes de Projetos de Redução de Riscos e Minimização de Danos apoiados pelo SICAD*, dezembro de 2012.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), (2013), *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa: SICAD.

ANEXOS

Anexo I

Guiões das entrevistas

A presente entrevista surge no âmbito de um trabalho de projeto, integrado no Mestrado em Intervenção Comunitária que me encontro a frequentar na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Esta entrevista tem como principal objectivo recolher informação para melhor conhecer as opiniões e representações dos entrevistados relativamente à perceção face às mudanças durante o percurso nas equipas de rua e de que forma está neste contexto envolvida a mediação.

É garantida a total confidencialidade das suas respostas.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Guião da Entrevista aos UTENTES

Questões Operacionais

- O conteúdo da entrevista terá naturalmente um carácter confidencial;
- Uma breve apresentação do entrevistado será solicitada;
- As entrevistas serão gravadas em áudio, se não houver oposição do entrevistado.

Objetivos da Entrevista

1. Conhecer as trajetória de consumo de drogas dos entrevistados;
2. Caracterizar o perfil do entrevistado como utente das equipas de rua;
3. Desconstruir os significados da mediação, apelando a casos vivenciados pelo entrevistado;
4. Perceber de que forma a mediação é feita na relação utente –técnico;
5. Contribuir para a reflexão sobre a importância da mediação neste contexto

Questões

I. Elementos de identificação e caracterização do entrevistado

1. Idade
2. Sexo
3. Habilitações
4. Situação actual de habitação (sem-abrigo; instituição, casa...)

II. Trajetória relativamente ao consumo de drogas

1. Pode-me falar um pouco sobre a sua história de consumo de drogas? (fase de experimentação; possíveis motivos; droga de eleição...)

2. Qual a sua situação de consumo de drogas actual? (se: está no PSO; consome esporadicamente; regularmente; dependente?)
3. Sobre a toxicod dependência... Sente-se um doente ou vítima? Ou vê a toxicod dependência como uma opção/estilo de vida?
4. Recorreu a programas terapêuticos diferentes anteriormente à Eq.RRMD? (perceber as diferenças ou semelhanças das perspetivas desses programas – droga/doença? Ou droga/estilo de vida?)

III. Acesso às equipas de Rua; Níveis de consumo e Acesso aos serviços

1. Como teve conhecimento da Equipa de Rua que lhe dá apoio?
2. Que mudanças verificou no seu trajeto de consumo de drogas desde que está a usufruir dos serviços desta equipa?
3. Pode fazer uma comparação da sua saúde antes e depois de recorrer à equipa de rua?
4. A partir desta Equipa teve acesso a outros serviços, que anteriormente não tinha? (emprego, segurança social, centro de saúde, loja do cidadão...)
5. Em alguma situação esta equipa o acompanhou até algum desses serviços? (p.ex: consulta centro de saúde; segurança social tratar de documentação...)

IV. Integração nos sistemas formais e informais

1. Qual a sua situação profissional actual (emprego?; motivações futuras...)
2. Qual a sua relação com a família? (mantém contato com a família?)
3. Mantém contato com a sua rede de contactos? (amigos, pessoas significativas...)
4. As Equipas de Rua contribuíram para melhorar/aceder a algum destes relacionamentos que falamos?

V. Perceção face às mudanças durante o percurso nas equipas de rua/

Mediação

1. Foi uma opção sua recorrer às Equipas de Rua?
2. Tem uma relação de confiança com os técnicos da equipa? Que tipo de questões partilha com os técnicos?
3. Já alguma vez fez algum tipo de negociação com esta equipa? (ex. no incumprimento de algo já definido fez algum acordo etc...)
4. O que pensa sobre as indicações que os técnicos lhe dão (uteis? Concorda? Quando não concorda, chegam a algum acordo?...)
5. Considera que satisfazem as suas necessidades?

6. Se pudesse, mudava algo no funcionamento desta equipa? (acrescentava algum serviço, outro tipo de apoio?)

A presente entrevista surge no âmbito de um trabalho de projeto, integrado no Mestrado em Intervenção Comunitária que me encontro a frequentar na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Esta entrevista tem como principal objectivo recolher informação para melhor conhecer as opiniões e representações dos entrevistados relativamente aos processos de mediação na relação técnico-utente.

É garantida a total confidencialidade das suas respostas.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

Guião da Entrevista aos TÉCNICOS

Questões Operacionais

- O conteúdo da entrevista terá naturalmente um carácter confidencial;
- Uma breve apresentação do entrevistado será solicitada;
- As entrevistas serão gravadas em áudio, se não houver oposição do entrevistado.

Objetivos da Entrevista

1. Caracterizar o papel/perfil do entrevistado como técnico na equipa de RRMD
3. Desconstruir os significados da mediação, apelando a casos vivenciados pelo entrevistado no âmbito profissional;
4. Perceber de que forma a mediação é feita na relação utente – técnico;
5. Contribuir para a reflexão sobre a importância da mediação neste contexto

Questões

I. Elementos de identificação e caracterização do entrevistado

1. Idade
2. Sexo
3. Habilitações
4. Percurso profissional em geral/ Função exercida na equipa de rua actual

II. Relação com os utentes

1. Na interação com os utentes que tipo de diálogo é estabelecido? (diálogo horizontal ou vertical?...) Tem feedback daquilo que partilha?
2. Na interação com os utentes, quando identificado um problema, costuma discuti-lo com o utente? (Se sim/não porquê?)
3. Geralmente como preferem os utentes ser ajudados? Dando-lhes soluções imediatas ou conversando e encontrando uma solução em conjunto com o técnico? (depende da situação? Frequentemente como preferem?)
4. Considera que estabelecer comunicação é fundamental na sua prática? Se Sim/Não, Porquê?

III. Mediação

1. O que é para si a mediação?
2. Pode relacionar esse conceito (mediação) com a sua prática na Equipa de Rua?
3. Costuma fazer algum tipo de negociação com os utentes ou procede sempre de acordo com o estipulado relativamente às questões básicas de RRMD, a nível da saúde? (p.ex: troca de seringas: quando o utente não leva para a troca como procede?...atende em princípio à questão da saúde do utente negociando com ele ou segue o regulamento estritamente?)
4. Considera que a mediação pode estar também relacionada com a integração do utente no meio social (instituições, serviços, lazer...)? Se sim, de que forma é que esta equipa auxilia no estabelecimento dessa relação utente – comunidade? (contacto, informação, acompanhamento....)

IV. Comportamentos de risco dos utentes, na perspetiva dos técnicos

1. Encontra diferenças nos utentes, relativamente aos comportamentos de risco?
2. Quais as maiores dificuldades que sente que os utentes têm em cumprir neste serviço? (troca de seringas, metadona, comparecer a consultas...)
3. Que diferenças tem vindo a notar desde que trabalha aqui? (população, serviços mais e menos solicitados, assuntos mais ou menos abordados, procura, factos da toxicodependência a nível geral...)

→ Há mais alguma informação que considere importante, que queira acrescentar a esta entrevista?

Anexo II

Grelhas de Análise das
Entrevistas – Utentes e Técnicos

Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Utentes

Tema categ.	Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
1. Toxicodependência	1.Representações da toxicodependência	1.1. Definição de toxicodependência	<p>▶ Entr.A “...vejo isto como um estilo de vida” “...temos que olhar para a toxicodependência atendendo às possibilidades que nos dão, às portas que nos são abertas para enveredarmos pelo caminho teoricamente normal, penso que é uma opção de vida, pelo menos interpreto dessa forma: opção de vida, só. Eu não sou doente (...) acredito que neurologicamente haverão lesões que certamente farão sistematizar o consumo mas a decisão é minha (...)” “Por isso é que estou aqui: opção de vida”.</p> <p>▶ Entr.B “Eu inicialmente quando iniciei via como um estilo de vida, mas hoje não tenho qualquer dúvida de que é uma doença (...)”. “Porque na minha maneira de ver a droga é uma doença grave e que a cura tá muito longe de se alcançar...é preciso uma pessoa lutar muito pa conseguir, se é que algum dia se consegue dizer com segurança que esta doença não me afectará mais. Eu considero que é uma doença... sem dúvida”. “ ...) mas é muito difícil uma pessoa acho que tendo contacto prolongado no mundo da droga, isto torna-se uma doença digamos, crónica, em que a taxa de sucesso para vencer essa doença infelizmente é muito baixa”.</p> <p>▶ Entr. C “Na altura eu que eu enveredei por esse mundo pronto, era mais um estilo de vida. Pronto, eu fumava não era para fugir da realidade, fumava era para ficar mais sociável, mais brincalhão (...)” “Sim, foi uma opção minha”.</p> <p>▶ Entr.D “...eu considero mais como uma doença. Uma doença porque isto é como o álcool...”; “E acho que é uma doença que afeta se não tivermos muita atenção (...) o mundo que era na altura, a informação que havia na altura levou-me a ter a curiosidade do consumo, e desde aí posso</p>

			<p>considerar uma doença”; “Não é uma opção de vida, isto tudo vai da maneira de estarmos na vida, de um passo que damos em falso”</p>
	<p>2. Iniciação ao consumo de drogas</p>	<p>2.1. Motivos de iniciação ao consumo</p>	<p>► Entr.A “Curiosidade, alguma excentricidade, alguma irreverencia não é porque...nós temos uma idade...há uma idade que nós pensamos que nada nos acontece, somos indestrutíveis, e eu também passei por ela, como é obvio...”; “A minha geração justifica como tendo sido vítima de uma jogada das redes de tráfico, ou seja... havia o haxixe, havia um ritual de consumo diário de grupinhos de amigos todos os dias (...) que se juntavam para comprar a sua ganzazita e...depois tiraram-nos o haxixe e enfim, meteram a heroína”.</p> <p>► Entr.B “com as drogas leves inicialmente foi conhecer uma rede de amigos, pessoas com as quais passava bastante tempo e também se iniciaram a fumar uns charros e assim e...foi um bocado por aí”; “(...) atribuo o motivo para me ter-me metido nas drogas duras foi a começar muito cedo a ter bastante dinheiro sabes...e era moda (...)”</p> <p>► Entr.C “Solidão. Sentir-me só e ali era o meu escape, eu partia para outro mundo e então ali era sociável, falava para tudo e todos”; “Os nossos governantes ou alguém vizinho meteu no mercado a heroína, e eu fui uma daquelas pessoas inocentes que no fim de semana gostava de fumar o meu charro e não tinha”</p> <p>► Entr.D “Comecei a parar em casa dele (colega de trabalho)”; “Fui parando lá (...) pensando que conseguia manter-me firme e dizer que não a isso tudo”; “(...) até que houve um dia que uma moça que me pediu para experimentar (...) disse que aquilo não me fazia mal, que era só aquela vez e...O certo é que eu experimentei e senti-me mal com isso (...) E então ela disse-me que para aquele mal estar sair eu tinha que consumir outra vez, e eu fui consumindo (...)” “(...) ao fim de uma semana e tal/duas semanas (..) só sentia esse alívio se fosse realmente consumir. E a partir daí foi a descida total da minha vida...”; “Só que o mundo que era na altura, a informação que havia na altura levou-me a ter a curiosidade do consumo (...)”</p>

		<p>2.2. Substâncias de iniciação ao consumo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entr.A “Haxixe. Sou da geração que começou pela Cannabis” ▶ Entr.B “(...)depois de ter começado a trabalhar tive logo experiencias com drogas leves, na altura o haxixe” ▶ Entr.C “Eu comecei a tomar o haxixe com os meus 15 anos(...)”. ▶ Entr.D “ (...) e realmente fui logo infelizmente por essas drogas pesadas” (heroína)
<p>3. Trajectória de consumo de drogas</p>		<p>3.1. Substâncias de eleição</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entr.A “Antigamente sabia dizer à boca cheia que consumia heroína, podia dizer à boca cheia que consumia cocaína (...) Hoje em dia eu não posso dizer à boca cheia que estou a consumir essas substâncias, porque eu não sei...” ▶ Entr.B “Houve uma altura em que estava a consumir uma média de 5g por dia de heroína (...)”, “andava a fazer diretas dia sim dia não para gastar dinheiro nessa porcaria a que chamam a coca e eu ter a consciência que não estava a consumir cocaína, porque eu já tive a sorte de consumir cocaína boa e sei bem o que é a cocaína” ▶ Entr.C “A minha droga de eleição era a heroína, eu era obcecado pela heroína” “Portanto, foi um bocado a heroína que me estragou a vida, e a coca agora mais pró fim” ▶ Entr.D “Sim já vai para 4 anos que graças a Deus deixei, consumia heroína e cocaína”
<p>4. Períodos de não consumo</p>		<p>4.1 Recurso a programas terapêuticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entr.A “Já tentei só, solitariamente falhou como é obvio, já tive muita gente a querer ajudar-me, falhou”. “Já estive em duas comunidade pah onde não, não pah...não era...não estava de acordo com os métodos e com os objectivos em causa (...)” ▶ Entr.B “Sim, no decorrer da minha vida já fiz vários tratamentos. “Após os tratamentos, sempre tive recaídas...” ▶ Entr.C “Estive em várias comunidades, as quais,

			<p>que dizer eu saía de lá limpo, só que (...)"</p> <p>"Houve vários interregnos em que eu metia-me em clínicas e centros para parar o consumo, mas depois vi que não tinha suporte cá fora e acabava outra vez por engrenar mesmo na mesma vida"</p> <p>▶ Entr.D "Decidi por muitos tratamentos, ainda antes fiz muitos tratamentos para agradar à família e nunca deu certo"; " Estive no CAT, estive num centro em Aveiro, estive noutro centro na Aguda, estive no Outeiro, estive em vários centros e sempre porque a família me pediu, nunca deu certo"</p>
	5. Situação de consumo de drogas actual		<p>▶ Entr.A "Portanto tudo o que tentei até hoje falhou. Falhou porque eu não quero. Portanto para já, assumidamente"</p> <p>▶ Entr.B "Atualmente (...) consegui meter na minha cabeça que, devido à falta de qualidade de droga que hoje em dia se encontra por aí, que eu andava a ser estúpido, andava-me a matar", "E eu já vai para três anos que consegui ganhar força para dizer não (...)" (PSO)</p> <p>▶ Entr.C "Já fiz duas vezes o programa, entrei uma e depois passado meio ano recaí outra vez e depois tornei a entrar no programa e ainda não abandonei (...)" (PSO)</p> <p>▶ Entr.D "houve um dia que apareci de surpresa, apareci aqui em cima na Batalha e então apareci de surpresa na carrinha e disse que chegou a altura, que chegou a hora de fazer o meu tratamento e até hoje estou aqui" (PSO)</p>
2. Equipas de Rua de RRMD	6. Trajectória nas Equipas de rua	6.1. Acesso à equipa de Rua / 1º contacto	<p>▶ Entr.A "Fizeram um bom trabalho em termos de darem-se a conhecer, foi. Em primeiro lugar, eles vieram tapar um buraco que existia que era precisamente esta questão das seringas (...); "Espalhou-se, o pessoal começou a ter outro tipo de comportamento nas práticas e reduzimos "n's" de riscos".</p> <p>▶ Entr.B "Foi lá (Bairro do Aleixo) que tive conhecimento e eles já desenvolviam este projeto, já</p>

			<p>faziam troca de seringas e assim... E falavam com as pessoas e iam pelo terreno onde as pessoas consumiam e assim...tentar incentivar as pessoas a iniciar um tratamento, uma oportunidade pra tentar deixar essa vida (...)” “um fator bastante positivo ter aparecido este projeto: Virem ao encontro das pessoas e acho que ajudou não só a mim (...)” “dirigi-me a eles e foi uma opção minha... É, falaram-me, deram-me conhecimento que iam abrir esse projeto da metadona”.</p> <p>▶ Entr.C “eu fazia a minha toma de metadona e a minha medicação no Joaquim Urbano (...) a minha médica de infecciologia disse “(...) já que tu moras no Bairro do Cerco tens a carrinha lá da Arrimo que vai lá ao bairro(...)” e foi por aí que eu me virei para a Arrimo”</p> <p>▶ Entr.D “Comecei a conhece-los em Campanhã, comecei a ter acesso a este programa, a saber o que era e o que não era, mas nunca me interessei; fazia só as trocas que precisava e tinha sempre os conselhos deles, quando quisesse tinha sempre a porta aberta, tinha aquela companhia diariamente que eles passavam àquela hora todos os dias lá: todos os dias me perguntavam como eu estava e foi daí que me levou a procurar a Arrimo. Sempre pude saber que isto existia derivado a eles nos procurarem sempre”</p>
		<p>6.2. Acesso a outros serviços</p>	<p>▶ Entr.A “Mais uma vez são-me oferecidas coisas que eu desconheço inclusive, tenho direito a elas...eu não as procuro” “a última vez que pedi tinha um processo pendente... eles trataram-me disso (...), queria pedir o bilhete de identidade e penso que me é facultado por eles” (equipa)</p> <p>▶ Entr.B “Foi depois de ter conhecido esta equipa que já tratei dos meus documentos, que eu nem Bilhete de Identidade tinha...Levaram-me a tratar do cartão do cidadão...” “ (...) tudo isso foi bastante positivo, e tudo isso foi apoiado pela equipa, sem dúvida”</p> <p>▶ Entr.C “Até este momento não, mas vou precisar</p>

		<p>por um motivo judicial (...) é uma ajuda muito grande para mim”</p> <p>▶ Entr.D “Eu quando deixei a droga eu estava mesmo magro magro, estava um esqueleto; depois de a deixar comecei a recuperar mas entretanto fui seguido pelo Joaquim Urbano, aconselhado aqui da Arrimo fui para o Joaquim Urbano”; “Hoje em dia, tenho centro de saúde de Rio Tinto (...) e já recorri lá várias vezes para fazer análises, dava-me uma falta de ar enorme...”; “Mesmo problemas de segurança social, tudo... tudo o que esteja ligado a essas coisas assim, basta-me abrir a boca, que eles estão prontos a ajudar”.</p>
	6.3.Acompanhamento até outros serviços	<p>▶ Entr.A “É-me facultado, é-me proposto, com alguma insistência até (...) e o meu agradecimento, só que eu é que tenho recusado ajuda (...) Ah mas há outros indivíduos que já foram ajudados e que hoje estão bem encaminhados! Já têm quarto, já melhoraram muito as condições de vida, possivelmente porque se entregaram ao projeto, sem dúvida nenhuma”</p> <p>▶ Entr.B “Inicialmente eu era bastante apoiado pela equipa, até ao ponto de eles sentirem que eu me tinha tornado uma pessoa já com responsabilidade (...), quando é necessário ir fazer análises ou algum exame médico ou assim, eu já tenho autonomia para ir sozinho e inicialmente ao princípio, acompanhavam-me todas essas caminhadas”</p> <p>▶ Entr.C “Não, para já não. Ainda me sinto com autonomia para gerir a minha vida nesse sentido”.</p> <p>▶ Entr.D “Os doutores seguiram-me, foram comigo também ao J.U às consultas”; “Ainda agora, vou no dia 20 com a Dra. precisamente, para ver se consigo ir para o programa dos cursos que há, para se fazer pela vida”</p>
7. Mudanças durante o percurso nas equipas de rua	7.1.Trajecto de vida - consumo / saúde	<p>▶ Entr.A “Sim, é redução de riscos, mas é rampa de lançamento para quem quiser dar um salto em frente... Sim, penso que temos ali um bom suporte, é uma questão de querermos, isto é o essencial em questão, que é o querer (...)” “Tem que haver um</p>

			<p>seguimento, e eu nunca, nunca me entreguei a esse seguimento. A partir daí, eu não posso culpar o projeto. O projeto está bem elaborado dentro do contexto, do contexto actual”</p> <p>▶ Entr.B “De um modo muito radical, claro que senti (melhoria saúde). Tanto que eu hoje sou uma pessoa preocupada com o meu bem estar, com a minha saúde”; “E depois comecei-me a mentalizar de que não fazia sentido nenhum estar num programa de metadona e continuar a consumir a heroína”</p> <p>▶ Entr.C “ foi aqui que eu consegui basicamente esquecer mesmo a droga (...). E pessoas de cá (...) me têm ajudado e dado ânimo para que eu siga em frente com as ideias que tenho e não me arrependo de nada()...” / “Hoje em dia (...) já não acordo a tossir todo desgraçado, como diz o outro, todo desgraçado; Se acordo bem, sinto-me bem, sinto-me outro (nome).”</p> <p>▶ Entr.D “É assim, foi da água para o vinho. É assim, eu como já disse à bocado, nem mais um passo já mais podia dar, estava com o problema da hepatite e se continuasse certamente não estava neste mundo”; “É assim, eu nunca liguei á saúde porque a minha saúde era...o meu medicamento era consumir todos os dias e nunca tive essa preocupação em... Hoje em dia, tenho centro de saúde (...) e já recorri lá várias vezes para fazer análises...”</p>
--	--	--	---

		<p>7.2. Sistemas informais</p>	<p>► Entr.A “(...) Tenho alguns desabafos de umas coisas pessoais sim, mas a nível técnico institucional nunca nunca lhes pedi ajuda nesse sentido”; “Família, sim tinha aí visitas regulares de dois irmãos, eh pah acho que é assim: cada um seguiu o seu caminho, cada um tem a sua luta por aquilo que quer que defende, pelo estilo de vida pelo qual optou...eu optei por isto pah”, “ (...)não estou ao abandono”/ “Tenho duas famílias, que é a família da droga, porque claro, há alguns afetos que nós vamos criando aqui também”</p> <p>► Entr.B “Foi por minha iniciativa (estabelecer contacto com família). A Associação ajudou-me no mais importante que foi eu encontrar-me a mim mesmo, sem dúvida”; “(...) isto veio mudar a minha forma de vida: tornei-me mais responsável, consegui um contato mais regular com a minha família e tudo isso tem-me vindo a ajudar”, “Mantenho (contacto com a família) e...o meu objectivo é conseguir arranjar forma de poder recuperar ah...um contato permanente com os meus filhos”</p> <p>► Entr.C “Sim, presumo eu que me ajudasse no sentido da minha esposa porque se eu continuasse na vida que andava, acabava por a perder e se eu a perdesse acho que a vida para mim deixava mesmo de fazer sentido”; “Sim, mas tenho poucos amigos. Só tenho dois em que tenho tido contactos e já estive com ele e já veio cá a minha casa onde eu vivo agora (...) Portanto esse amigo é um irmão praticamente não é... De resto, aqui no Porto tenho bastantes conhecidos mas amigos amigos, para já ainda não tenho”.</p> <p>► Entr.D “ A Arrimo tem a maior influência nestes contactos. (...) se eu não viesse para a Arrimo não estava com a minha família de certeza, e é assim, a Arrimo falou várias vezes com a minha irmã, chegou a vir aqui precisamente comigo” / “(...) estiveram em contacto com a minha outra irmã também(...)”; “Tiveram grande influência porque se eu não estivesse agora aqui...eu estou aqui é derivado à Arrimo”; “E tenho contacto com os meus irmãos: com as minhas irmãs e com o meu irmão e com tios meus, e portanto com a família toda sim”; “Desde que entrei aqui completamente, aliás estou a conquistar a minha filha (...) com treze anos”</p>
--	--	--------------------------------	---

		<p>7.3 – Sistemas formais</p>	<p>► Entr.A “Ora bem, mais uma vez...estou desempregado...é pah...se me sinto vocacionado pa fazer coisas? Sei fazer algumas coisas mas... há todo um processo que eles têm, que tem de ser seguido para as coisas serem bem sucedidas”; “Portanto, eu não posso começar pelo meio e depois vir pra trás, e depois vou pra cima, tenho de começar por...”</p> <p>► Entr.B “Não, não tou a trabalhar e dificilmente com a minha idade já tou a fazer 50 anos...”; “Tenho ah... a esperança de que vá conseguir entrar agora num curso de formação, embora pa começar vou começar com um destes cursos de curta duração. Mas já é um começo...já me vai ajudar a estabelecer, a ter horários, isso já é bom e ter responsabilidades não é... e através do fundo do desemprego espero conseguir depois qualquer coisa mais sólida”.</p> <p>► Entr.C “Sim, estou reformado por invalidez. Na altura, as pessoas que apanhassem a tuberculose pronto, e acho que ainda está assim”. Tentei já depois de estar reformado, tentei fazer uma formação para poder arranjar algum trabalho extra mas não... não me foi concedido, derivado a eu estar já...portanto, ser aposentado”</p> <p>► Entr.D “ (...) a minha situação é desempregado, não posso ter a minha independência (...); “Ainda agora, vou no dia 20 com a Dra. precisamente, para ver se consigo ir para o programa dos cursos que há, para se fazer pela vida”</p>
<p>3. Mediação</p>	<p>8. Relação utente - técnico</p>	<p>8.1. Relação com os técnicos da equipa/ questões partilhadas</p>	<p>► Entr.A “Além disso é só pessoal bacano pa dar duas de letra (...) tem muitas vantagens, muitas vantagens eles virem cá”/ “Tenho uma boa relação, tento o mais franca possível. Acho que quando é pra brincar, é pra brincar, mas também quando é pa falar de coisas sérias cá estamos”. / “Ora bem, tenho os meus técnicos de fetiche não é...tenho aqueles que procuro mais e aqueles que procuro menos. Normalmente procuro, mas tenho aqueles com quem falo mais um bocadinho..se for uma situação um bocadinho mais profunda (...); “portanto há aqui relações afetivas por muito que não se queira, não</p>

			<p>é? As pessoas, afinal estamos juntos diariamente há quanto tempo? Há algum tempo há aqui pessoas que há dois anos é vir todos os dias”.</p> <p>▶ Entr.B “(...) não tenho a certeza mas hei-de dizer que devo ser dos mais antigos neste projeto, ou o mais antigo mesmo”. “Sim, temos uma boa relação, sim. E quando me é pedido a minha colaboração para reuniões ou para participar em algum ipo de eventos eu sempre estou disponível.</p> <p>▶ Entr.C “Sim, tenho uns mais do que outros” (relação de confiança com os técnicos) / “mas também tem aqui os outros técnicos com quem gosto de falar e falo, pronto e há aquele que a gente gosta mais” “Que sempre me ajudaram naquilo que eu precise” (técnicos)</p> <p>▶ Entr.D - "E eles tinham sempre esperança em mim, como têm em todos que aqui vêm”; Tudo, tudo. (...) porque eles estão sempre preocupados para nos por a par de tudo, é uma informação sempre no máximo”; “se eu vir que esse problema não pode ser directamente resolvido por mim recorro aos técnicos, e em geral tive sempre respostas positivas”</p>
		<p>8.2. Negociação de casos pontuais com os técnicos</p>	<p>▶ Entr.A “ (...) sou franco com eles quando preciso peço.” (referindo-se ao caso do programa de troca de seringas) “Nunca me vedaram, de maneira nenhuma.”</p> <p>▶ Entr.B “Não...nunca necessitei, nunca necessitei de recorrer... Não, nunca tive situações dessas para...com os técnicos”.</p> <p>▶ Entr.C “Não, eu nesta instituição nunca troquei seringas, portanto eu já quando vim para cá já não fazia (...) foi só o objectivo metadona mesmo. E a alimentação, dão duas refeições diárias”</p> <p>▶ Entr.D “Só se for uma coisa completamente impossível que esteja mesmo completamente fora do alcance deles mas nunca tal aconteceu”</p>

	<p>9. Intervenção das equipas de rua</p>	<p>9.1. Posição face às equipas de rua – pontos considerados importantes</p>	<p>► Entr.A “Então eu penso que se as pessoas que estão a trabalhar aí estão a trabalhar com brio e com profissionalismo, penso a química que existe e a forma de comunicar e a preocupação é uma coisa que vem naturalmente do técnico não é...esse apoio... é uma coisa que nós deste lado sentimos, porque está ali alguém que está a trabalhar por gosto, além dos objetivos profissionais”, “ É pah não é acabar com o tráfico, aqui ninguém pensa em acabar com o tráfico nada disso, nem com o consumo”</p> <p>► Entr.B “Ah...no fundo foi a continuidade...a continuidade desta equipa de diariamente...vir ao nosso encontro tem possibilitado eu manter-me sóbrio neste percurso porque eu já não tenho necessidade de recorrer a esses esquemas nem estratégias, já não vendo kits, já não ando na rua, já não tenho necessidade de andar a angariar dinheiro, não preciso dessas situações”.</p> <p>► Entr.C “Eram atenciosos, lá nisso até acho que é das poucas instituições que eu vejo mesmo (...) que faz um trabalho bom, de entreatuda” / “Se este programa houvesse na minha zona, talvez não houvesse tantos seropositivos, não havia. Havia só uma única farmácia a dar kits e depois as pessoas que estavam lá dentro eram obrigadas a levar com tóxicos, e então começava a perder clientela e a farmácia acabou por deixar de fazer troca de seringas (...)” “Se calhar hoje há pessoas que têm o HIV sem necessidade porque não havia seringas, e ao menos aqui as pessoas fazem um bom trabalho nesse sentido. “(...) porque sem eles, eu neste momento não estava aqui”.</p> <p>► Entr.D “porque eles têm uma entrega total para connosco, eles ajudam-nos em todos os problemas desde o mais pequeno ao maior”; “São espectaculares, não há palavras para definir concretamente a bondade que eles têm, a entrega que eles têm para com todos nós”; “É assim, eles têm vários pontos da cidade onde existe mais afluo de toxicod dependentes e arrumadores ou assim que andam na toxicod dependência, e eles percorrem</p>
--	--	--	---

			esses pontos da cidade”
		9.2. Satisfação das necessidades	<p>▶ Entr.A “Então se ele está aqui à porta, porque é que eu não hei-de disfrutar das coisas caras? Então se está ali não é...Se eles estão ali... eu preciso das coisas que estão ali. Porque é que não hei-de lá ir?”</p> <p>▶ Entr.B “O bem absoluto completamente, e espero conseguir concluir este programa ao ponto de não necessitar de recorrer mais à metadona, de conseguir ir fazendo uma descida gradual”</p> <p>▶ Entr.C “Sim, sim. Algumas mais do que outras, mas neste momento queixas não tenho”</p> <p>▶ Entr.D “(...) eu estou satisfeito porque as condições que eles têm, para aquilo que eles nos dão, só posso estar satisfeito, não mudava nada”</p>

Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Técnicos

Tema categ.	Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Elementos de Identificação Geral	<ul style="list-style-type: none"> ● Habilitações 		<p>▶ Entr.X “Pronto, a minha formação é em Serviço Social e depois ah...Trabalho nesta área há sensivelmente 6/7 anos, comecei na Equipa de Rua Ocidental depois passei para o Projeto Rotas com Vida mas nesta área da Redução de Riscos e Minimização de Danos é mais ou menos 6/7 anos, por aí”</p> <p>▶ Entr. Y - Psicólogo Clínico</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● Percurso profissional/ Função exercida na equipa de rua 		<p>▶ Entr.X “(...) nesta equipa eu exerço funções de coordenação, e funções de Técnica de Serviço Social, ou seja, faz-se um bocado a gestão de... tantos dos casos, como organização da própria intervenção, ou seja, avaliação de necessidades e o próprio ajustamento da intervenção”</p> <p>▶ Entr.Y - Coordenador da Arrimo</p>
1. Equipas de Rua de RRMD	1.Particularidades da intervenção	1.1. Comunicação na interacção com os utentes	<p>▶ Entr.X “É horizontal, sempre foi, acho que tem a haver, este trabalho mais do que outro, requer uma relação próxima. É lógico que temos de ter sempre uma intencionalidade no discurso (...) porque nós não somos amigos dos utentes mas... não há aquele distanciamento como se calhar num outro tipo de serviço mais convencional” / “Na rua, no trabalho de rua, pressupõe uma relação horizontal. (...) sempre percebendo qual é o nosso objectivo e qual é a nossa intencionalidade junto daquele utente” / “Porque eu acho que a relação que se estabelece acaba por ser uma das ferramentas principais na promoção da mudança de algumas coisas na vida dos utentes”</p> <p>▶ Entr.Y “Na interação com os utentes, a comunicação deverá ser sempre assimétrica (técnico-utente) e seguir uma linha compreensiva, preferencialmente, centrada no utente e/ou os seus problemas”</p>

		<p>1.2. Discussão de problemas</p>	<p>► Entr. X “ (...) nós não acreditamos numa intervenção em que “ok, para o seu problema a resposta é x, ou a resposta é y”, promove-se sempre a participação do utente e na promoção da própria responsabilização dele e perceber o que é que ele quer, o que é que não quer, o que é que ele está disposto a fazer, o que é que não está, até para haver aqui um trabalho de ajustamento das expectativas às respostas que são dadas”. / “A intervenção dos técnicos acaba por ser “ok, há o utente, há o interesse do utente” e a intervenção acaba por pegar nas potencialidades e nas intenções e na motivação do utente e tentar ajudar a criar algum caminho”.</p> <p>► Entr.Y “Na interação com os utentes, quando identificado um problema, a discussão deste dependerá sempre da sua natureza, assim como do momento e pessoa em questão. Ou seja, em função de uma avaliação das vantagens e desvantagens dessa discussão, para esse utente”</p>
		<p>1.3. Soluções procuradas pelos utentes</p>	<p>► Entr. X “Depende muito do utente, depende muito da situação em que o utente se encontra” / “há situações em que - ok o problema é este, a resposta é sair daqui o mais rapidamente possível- e há um encaminhamento rápido, como há outras situações que implicam um trabalho de proximidade, de motivação...”</p> <p>► Entr.Y “Geralmente, a expectativa dos utentes relativamente à equipa técnica, tende a ser a de uma solução imediata para as suas dificuldades ou necessidades, em vez de um apoio que promova a sua autonomia”</p>
		<p>1.4. Relação técnico-utente</p>	<p>► Entr.X “(...)a nossa intervenção tem um começo muito diferente da que é comum (...) começa já com um pressuposto diferente, quer dizer, não é o utente que vem, somos nós que vamos ter com ele aos sítios onde está, temos que respeitar e perceber como é que são as normas de funcionamento, perceber as rotinas que os utentes têm” / “A nossa</p>

			<p>prática tem de ser adaptada e ter em conta as características e as rotinas dos utentes, (...) as normas do contexto, é preciso ter atenção senão não vale apenas, se chegarmos com as coisas, se nós traçarmos uma intervenção ou uma resposta que não atenda as particularidades do contexto e do próprio utente". "(...) eu acho que a componente fundamental deste trabalho é a relação, porque se fosse só uma questão da troca de material punha-se máquinas a trocarem material como existe em outros países (...); "(...) muitas vezes na relação que se estabelece com os utentes passa muito por um bocadinho de convívio também, porque há utentes que nós conhecemos há imensos anos (...); "também há aqui esta componente baseada na confiança e na aceitação"; "por exemplo a flexibilidade, o respeito, a aceitação...se o técnico não tem essas características (...) não vai conseguir estabelecer relação com aquele utente".</p> <p>► Entr.Y "A comunicação é o mais importante do trabalho técnico, devendo promover uma relação de confiança entre a equipa e o utente"</p>
2. Mediação	2. Percepção de "Mediação"	2.1. Definição de "mediação"	<p>► Entr.X "(...) é como se fosse uma intervenção que está qui no meio de fazer uma ligação de um ponto a outro ponto" / "E o que acontece muito no nosso trabalho é "ok eu tenho pessoas que estão em determinada situação e precisa de apoio ou de respostas, de um conjunto de sistemas (...)e que se calhar estes utentes de forma autónoma não tinham condições para aí se dirigir autonomamente (...) e acho que nós acabamos por fazer um bocado essa mediação de aproximar os utentes dessas estruturas"</p> <p>► Entr.Y "A mediação é um processo de facilitação do encontro entre duas partes, no sentido de uma integração"</p>
		2.2. Relação com a prática	<p>► Entr.X "(...) o próprio trabalho de redução de riscos e minimização de danos passa muito por fazer essa mediação, essa aproximação entre o utente e o leque de serviços que existem" / "na rede formal,</p>

			<p>mesmo até num serviço como uma estrutura de tratamento (...) muitas vezes é necessária mediação da equipa de rua, porque para se dirigirem lá...há coisas muito simples, como por exemplo, a distância, o tempo de espera". / "Também através do trabalho de rua vocês estão, digamos que directamente a ver o estilo de vida dessas pessoas, e começam-se a perceber dos horários, das rotinas, tudo mais...Acho que há uma consciência muito maior do que é de facto a toxicodependência de rua..."</p> <p>► Entr.Y "Sim, na medida em que está implícito um esforço de aproximação entre os utentes e as respostas da comunidade às suas necessidades"</p>
	<p>3. Negociação com utentes</p>		<p>► Entr.X "É assim, nós, o nosso primeiro objectivo é não deixar o utente sem material novo para fazer os seus consumos, porque queremos reduzir os riscos e as hipóteses de recorrerem a material de outras pessoas ou até reutilizarem o seu próprio material(...) tentamos é negociar com eles (...) e explicamos que para nós, uma das nossas funções é permitir o acesso a material novo, mas também é recolher o material que já é utilizado, aqui também uma função de protecção da Saúde pública"</p> <p>"Tentamos sempre arranjar estratégias em conjunto com o utente, de forma a ele conseguir guardar o material para depois trazer" "Só em casos muito muito muito excepcionais é que se nega uma seringa a alguém"; "no programa de metadona existem horários, existem regras e isso eles têm de cumprir gostando ou não e não dá para flexibilizar muito"</p> <p>► Entr.Y "Cada situação é avaliada individualmente, tendo em conta os objetivos da equipa"</p>
	<p>4. Mediação e integração do utente no meio social</p>		<p>► Entr.X " Se alguém me disser que a integração social passará por conseguir um emprego e autonomia económica, atendendo se calhar às especificidades de alguns utentes, o conceito de integração pode ser muito exagerado"/ "Nós estamos a falar de utentes que estão muito enraizados e muito integrados (...) no contexto dos consumos. (...) temos também de ter em atenção essas</p>

			<p>características (...) se nós conseguimos que um utente (...) passe a frequentar os serviços que, por exemplo aqui a Casa de Vila Nova disponibiliza, (...) já é um passo muito significativo para algumas dessas pessoas com quem contactamos diariamente” “Temos um utente que (...) não tem suporte nenhum, essa questão da promoção da autonomização dele é mais demorada”.</p> <p>► Entr.Y “A mediação é muito importante enquanto estratégia de apoio à inclusão dos utentes, os quais habitualmente têm dificuldades acrescidas de relacionamento com os serviços da comunidade”</p>
4. Percorso dos utentes	5.Alterações nos comportamentos de risco		<p>► Entr.X. “ (...) a questão da alteração do comportamento não está directamente ligada à questão informativa, está também ligada aos recursos existentes. / “ (...)houve uma alteração nos kits, e começou a ser fornecido ácido cítrico para destilar o produto e fazer o caldo (...) deixou de haver filtros, deixou de haver filtroiro.” / “(...) a utilização de prata velha encontrada no chão, isso é uma coisa que não assisto a isso, nem ouço os utentes a dizerem que têm esse tipo de comportamentos, porquê? Porque vão à carrinha e nos disponibilizamos a prata” / “ (...)noto diferenças no tipo de consumo, ou seja (...) há tendencialmente, o consumo fumado começa a aumentar, o que é bom em termos de prevenção de transmissão de doenças”.</p> <p>► Entr.Y “Sim (verifica mudanças), apesar de existirem comportamentos comuns”</p>
	6. Dificuldades no cumprimento deste serviço		<p>► Entr.X “(...) uma coisa que eles sentem alguma dificuldade às vezes é de esperar (...)” De resto, é assim, também não há tanta dificuldade em cumprir (...) porque as regras rígidas em si também não são muitas (...)” “(...) na questão da troca de material, a dificuldade é trazer sempre as seringas quando precisam de novas, mas basicamente não há assim que me lembre grandes dificuldades” “Pode haver dificuldades nos momentos em que há essa tal mediação com os serviços da rede (...) há a</p>

		<p>excepção no cumprimento do horário, nem sempre conseguem se organizar para cumprir”</p> <p>► Entr.Y “As maiores dificuldades são habitualmente as que dizem respeito ao confronto com as regras de funcionamento pré estabelecidas”</p>
	<p>7. Mudanças, factos e desafios a nível geral na área</p>	<p>► Entr.X “mas actualmente os utentes já são utentes mais velhos, continua a ser a maioria do sexo masculino” ; “(...)eles já consumiam muito o Power – a heroína e cocaína, os dois juntos – e actualmente é também o que é mais consumido. Com o programa metadona, nota-se que eles reduzem muito o consumo de heroína mas a cocaína vai-se mantendo” ; “Uma questão que actualmente se vê mais, nem é tanto de dúvidas, é mais problemas, tem a haver muito com a intervenção policial e a forma como a intervenção policial é feita junto desta população...” / “(...)acho que o próximo desafio para a redução de riscos ao nível da prevenção de doenças, é a Hepatite C...e a criação de um dispositivo para responder tanto à prevenção como ao tratamento (...) na questão do agilizar ao tratamento e a um diagnostico rápido, acho que pode ser o desafio agora da redução de riscos, pode virar-se muito para a Hepatite C” / “(...) nota-se que há mais utentes e há mais pedidos de ajuda actualmente nesta fase, pelo menos este ano de 2013(...)”.</p> <p>► Entr.Y “Aumento de procura e da adesão aos serviços do projeto”</p>