

Universidades Lusíada

Veiga, Inês Alvoeiro da Mota, 1999-

**Drogas : tendências e desafios à intervenção em
redução de riscos e minimização de danos**

<http://hdl.handle.net/11067/7959>

Metadata

Issue Date 2024

Abstract A utilização de drogas assume-se como um desafio das sociedades contemporâneas. A Redução de Riscos e Minimização de Danos trata-se de um modelo alternativo de intervenção na utilização de drogas. O presente trabalho teve como principal objetivo analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, procurando identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social. Trata-se de um estudo de natu...

Drug use is a challenge in the contemporary societies. Harm Reduction is an alternative model of intervention in drug use. The main objective of this study was to analyze the model of Harm Reduction, considering the new dynamics and trends associated with drug use, seeking to identify the challenges in the Social Work intervention. It is a qualitative study, based on an interpretivist approach, centered on the perspective of those who relate directly to the study object. For data collection, a s...

Keywords Abuso de substâncias - Complicações - Prevenção, Redução de danos, Serviço social com toxicodependentes

Type masterThesis

Peer Reviewed No

Collections [ULL-ISSSL] Dissertações

This page was automatically generated in 2025-04-19T00:30:38Z with information provided by the Repository



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

**Drogas: tendências e desafios à intervenção em
redução de riscos e minimização de danos**

Realizado por:

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

Orientado por:

Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Orientadora: Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho

Arguente: Professora Doutora Maria João Fraga Cabral Sacadura Campos Lopes

Dissertação aprovada em: 26 de março de 2025

Lisboa

2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

Drogas: tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

Lisboa

Dezembro 2024



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

Drogas: tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

Lisboa

Dezembro 2024

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

Drogas: tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de
Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada para
a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Vanda Sofia Braz
Ramalho

Lisboa

Dezembro 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Inês Alvoeiro da Mota Veiga
Orientadora Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho
Título Drogas: tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

VEIGA, Inês Alvoeiro da Mota, 1999-

Drogas : tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos / Inês Alvoeiro da Mota Veiga ; orientado por Vanda Sofia Braz Ramalho. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - RAMALHO, Vanda Sofia Braz, 1979-

LCSH

1. Abuso de substâncias - Complicações - Prevenção
2. Redução de danos
3. Serviço social com toxicodependentes
4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Substance abuse - Complications - Prevention

2. Harm reduction

3. Social work with drug addicts

4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV5801.V45 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Poder agradecer é, sem dúvida, a parte mais fácil de todo este processo!

À minha orientadora, Professora Doutora Vanda Ramalho, pela disponibilidade, acompanhamento, palavras acolhedoras e motivantes ao longo deste longo e, por vezes, doloroso processo, pelo trabalho colaborativo e por acreditar tanto neste tema, quanto eu!

A todos/as beneficiários/as que participaram nesta investigação e que foram voz de tantos/as outros/as, pela sua disponibilidade, entrega e sensatez, ao partilharem momentos realmente íntimos da sua vida. É convosco que aprendemos!

A todas as profissionais que aceitaram, sem pensar duas vezes, o desafio de dar o seu inestimável contributo para esta humilde investigação, muitas vezes, na loucura dos seus dias desafiantes. Colegas de profissão e colegas desta área profissional que tanto nos apaixonam, o meu muito obrigada!

A toda a equipa de Ares do Pinhal, em especial às minhas colegas, companheiras e amigas para a vida, que tanto me ensinaram e tanto me desencaminharam, mas sobretudo porque acreditaram nesta miúda na flor da idade, porque me ensinaram tudo o que sei sobre esta área, fazendo-me apaixonar pela mesma, porque me fizeram crescer, mesmo quando doloroso, deixando sempre um “colo” e um “ombro amigo” à qual sei que posso verdadeiramente recorrer.

Aos meus pais, que sempre acreditaram nas minhas devassas loucuras de manter duas e três atividades ao mesmo tempo, privando-os de me verem durante dias e aos quais exigi um silêncio exímio dias e dias a fio, para que fosse possível produzir este trabalho.

Ao Miguel, por tudo. Por tanto.

OBRIGADA!

APRESENTAÇÃO

Drogas: tendências e desafios à intervenção em redução de riscos e minimização de danos

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

A utilização de drogas assume-se como um desafio das sociedades contemporâneas. A Redução de Riscos e Minimização de Danos trata-se de um modelo alternativo de intervenção na utilização de drogas. O presente trabalho teve como principal objetivo analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, procurando identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, de base compreensiva e indutiva, centrada na perspectiva de quem se relaciona diretamente com o objeto de estudo. Assim, para a recolha de dados, elegeu-se a entrevista semiestruturada para as profissionais que exercem a sua atividade profissional, no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, em instituições públicas e/ou privadas; e a entrevista não estruturada para os/as beneficiários que estão ou já estiveram integrados/as em estruturas sócio sanitárias no âmbito desta intervenção. Elegeu-se a técnica de análise de conteúdo para tratar os dados recolhidos. Através dos resultados, foi possível compreender as novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais existentes, as alterações ocorridas nos perfis das PUD, as novas tendências nas tipologias e padrões de utilização de drogas e o impacto e efeitos tidos na RRMD. Foram também identificados os possíveis contributos do Serviço Social para a inovação de práticas no âmbito deste modelo de intervenção, ambicionando a sua adequação ao contexto atualmente vivido.

Palavras-chave: Drogas; Dinâmicas Socioculturais; Dinâmicas Sociodemográficas; Intervenção Social; Redução de Riscos e Minimização de Danos; Serviço Social.

PRESENTATION

Drugs: trends and challenges for intervention in harm reduction

Inês Alvoeiro da Mota Veiga

Drug use is a challenge in the contemporary societies. Harm Reduction is an alternative model of intervention in drug use. The main objective of this study was to analyze the model of Harm Reduction, considering the new dynamics and trends associated with drug use, seeking to identify the challenges in the Social Work intervention. It is a qualitative study, based on an interpretivist approach, centered on the perspective of those who relate directly to the study object. For data collection, a semi-structured interview was chosen for the professionals who work in public and/or private institutions in the field of Harm Reduction, and an unstructured interview for the People Who Use Drugs who are or have been integrated into social and health structures within the scope of this intervention. The content analysis technique was chosen to process the data collected. Through the results, it was possible to understand the new sociodemographic and sociocultural dynamics, the changes that have taken place in the profiles of People Who Use Drugs, the new trends in the types and patterns of drug use and the impact and effects had on the Harm Reduction. The possible contributions of Social Work to the innovation of practices within the scope of this intervention model were also identified, with the aim of making them more appropriate.

Keywords: Drugs; Sociocultural Dynamics; Sociodemographic Dynamics; Social Intervention; Harm Reduction; Social Work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo de Análise Conceptual 76

Figura 2 Modelo de Análise Empírico 133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização Sociodemográfica das Profissionais entrevistadas..... 81

Tabela 2 Caracterização Sociodemográfica dos/as Beneficiários/as entrevistados/as83

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AML	-	Área Metropolitana de Lisboa
CAD	-	Comportamentos Aditivos e Dependências
DUDH	-	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ENLCD	-	Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga
ERPI	-	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
EUA	-	Estados Unidos da América
IPDT	-	Instituto Português da Droga e da Toxicodependência
IPSS	-	Instituição Particular de Solidariedade Social
NSP	-	Novas Substâncias Psicoativas
OEDT	-	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PUD	-	Pessoas que Usam Drogas
PSBLE	-	Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência
RGPD	-	Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
RRMD	-	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SPTT	-	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
UE	-	União Europeia
UNODC	-	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
VIH	-	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1. Introdução	22
2. Drogas e os desafios da redução de riscos e minimização de danos	28
2.1. Drogas	28
2.1.1. Génese, Definição e Essência	28
2.1.2. O Caminho Legal: A Evolução das Políticas de Drogas em Portugal.....	31
2.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos	40
2.2.1. Enquadramento Histórico e Conceptual, Pressupostos e Operacionalização: Que respostas para a intervenção?.....	40
2.2.2. Cultura e Demografia da População que Utiliza Drogas.....	45
2.2.3. A Intervenção do Serviço Social	49
2.3. Evolução e Tendências Atuais na Utilização de Drogas	57
2.3.1. Prevalência da utilização de Drogas e Novos Perfis de Pessoas que Usam Drogas	58
2.3.2. Novas Substâncias Psicoativas	61
2.3.3. Utilizadores de Drogas de Longa Duração e Envelhecimento.....	64
2.4. Desafios Atuais à Redução de Riscos e Minimização de Danos	67
2.4.1. Uma Estratégia para Todos/as: A Necessidade de Requalificar a Intervenção	68
2.4.2. A Urgência de (Re)Adaptar: Contributos do Serviço Social para a Inovação de Práticas.....	72
2.5. Modelo de Análise Conceptual	75
3. Questões Epistemológicas e Metodológicas: Perscrutando os Caminhos da Droga e a Redução de Riscos e Minimização de Danos	78
3.1. Paradigma e Método Científico.....	78
3.2. Contexto e Universo de Análise.....	79
3.2.1. Profissionais que desenvolvem a sua atividade profissional no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos	81
3.2.2. Beneficiários/as de Programas e/ou Estruturas Sócio Sanitárias no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos	82
3.3. Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados	83
3.3.1. Procedimento de Recolha de Dados	84
3.3.2. Procedimento de Tratamento de Dados	85
3.4. Considerações Éticas	86
3.5. Limitações e Potencialidades da Investigação	88
4. Apresentação, Sistematização e Discussão de Resultados.....	91
4.1. Perceção sobre os Perfis das Pessoas que Usam Drogas e das Dinâmicas associadas à Utilização de Drogas.....	92

4.1.1. Dinâmicas Sociodemográficas e Socioculturais	92
4.1.2. Mercados de Droga, Práticas Quotidianas, Hábitos de Utilização de Drogas e Comportamentos de Risco	95
4.1.3. Desafios, Necessidades e Problemáticas Atuais.....	98
4.1.4. Vulnerabilidade, Discriminação e Exclusão Social	102
4.2. Percepção sobre as Práticas Atuais em Redução de Riscos e Minimização de Danos	104
4.2.1. Componentes da Intervenção Social em Redução de Riscos e Minimização de Danos	105
4.2.2. Impactos e Efeitos.....	108
4.2.3. Adaptação de Práticas.....	111
4.2.4. Transformação Social e Comunitária.....	114
4.3. Percepção sobre a Inovação de Práticas em Redução de Riscos e Minimização de Danos	117
4.3.1. Necessidades do Terreno	117
4.3.2. Contexto Político-Institucional.....	122
4.3.3. Adaptação e Requalificação de Práticas	126
4.3.4. O Papel do Serviço Social	129
4.4. Modelo de Análise Empírico	132
5. Conclusão	134
Referências	138
Legislação de Referência	155
Apêndices.....	158
Lista de apêndices.....	160
Apêndice A	162
Apêndice B	164
Apêndice C	166
Apêndice D	170
Apêndice E	174
Apêndice F.....	176

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado constitui parte integrante dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de mestre em serviço social, pelo Instituto Superior de Serviço Social, da Universidade Lusíada de Lisboa e intitula-se “Drogas: Tendências e Desafios à Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos”.

Em Portugal, a utilização de drogas surge como uma questão social emergente e um *novo risco* nos anos 90, com a crise sanitária despoletada pela utilização de drogas por via endovenosa, pelas práticas sexuais desprotegidas e pela rápida expansão do vírus do VIH/SIDA (Carapinha, 2009). À época, emergiram diversas medidas e políticas sociais que procuravam “combater” esta problemática e minimizar o seu impacto, das quais se destacaram as integrantes do reconhecido Modelo Português de Combate à Droga: a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), a Descriminalização do Uso de Drogas e o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos.

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) surge, inicialmente, na Europa, em movimentos pontuais, que foram gradualmente ganhando consistência e expressão, acabando por, mais tarde, ser reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto modelo próprio de intervenção. No contexto português e, influenciada pelas inovadoras práticas europeias, emerge nos anos 90, expressa através de práticas informais. Em 2001, é regulamentada enquanto Política Social e de Saúde Pública (Valbom, 2015; Meglioranzi, 2017). Na prática e enquanto modelo de intervenção, engloba um conjunto de ações “[...] que procuram minimizar os perigos sanitários e sociais provocados pelo consumo de drogas no indivíduo” (Barbosa, 2011, p. 74).

Ainda que a implementação deste modelo apresente resultados positivos inegáveis no contexto, não apenas português, mas também europeu (com a redução da prevalência de consumos de risco, de *overdoses* e de infeções associadas à partilha de material de consumo), a utilização de drogas continua a constituir um tema de debate atual e pertinente, pelas constantes metamorfoses e novas tendências que se verificam e que colocam continuamente à prova os mecanismos convencionais de atuação existentes (Quintas, 2000; Roque da Silva e Henriques, 2015).

Tal fenómeno, associado à *sociedade de risco* - conceito introduzido por Beck (1992) e definido como “[...] a developmental phase of modern society in which social, political, economic and individual risks increasingly tend to escape the institutions for monitoring

and protection in society”¹ (p. 5) -, e à *globalização*, de Giddens (2000), acarreta, naturalmente, novas exigências e desafios à intervenção desenvolvida pelo/a assistente social, através do despertar de novos ou renovados campos de atuação, que merecem um olhar crítico e atento, centrado nos desafios da atualidade (Barbosa, 2011; Almeida, 2013; Carvalho e Pinto, 2015).

Neste sentido, a escolha do presente tema apresenta pertinência em múltiplas dimensões - científica, profissional, social e pessoal -, que não apenas a sua relevância específica para a disciplina aplicada do serviço social.

Por um lado, esta temática configura-se como uma área de intervenção diária, complexa e multidesafiante, mas pouco abordada no contexto da Academia (Brocato e Wagner, 2003; Borges, 2020; Amaro *et al.*, 2022), o que, paralelamente, se traduz na existência de uma lacuna face à produção de conhecimento científico integrado sobre o tema.

A tal, acresce, naturalmente, a motivação pessoal da mestranda (Carmo e Ferreira, 1998), alicerçada no interesse e familiaridade com o objeto de estudo. Ao ter desempenhado anteriormente funções profissionais num Programa de Substituição Opiácea em Baixo Limiar de Exigência, na cidade de Lisboa - programa de RRMD, previsto e regulado na legislação existente -, teve oportunidade de contactar e (con)viver diretamente, não só com os/as beneficiários/as destas respostas, mas também com profissionais de outras organizações/instituições intervenientes nesta área. A intervenção diária no terreno, possibilitou a vivência das realidades quotidianas e o sentir das necessidades emergentes, o que despoletou, naturalmente, interrogações e questionamentos, que pretende agora ver traduzidos neste estudo.

Foi, então, necessário que estivessem reunidas e alinhadas motivações distintas para que fosse sentido que era o momento de dar início a este caminho: por um lado, o percurso profissional já iniciado, com uma visão mais confortável e menos atemorizada do que seria passar o serviço social da teoria para a prática, numa área de intervenção (RRMD) pela qual foi “mergulhando” cuidadosamente, que combinou o interesse crescente e a reflexão cada vez mais aprofundada da temática em causa (utilização de drogas); simultaneamente, o desejo de descobrir e trilhar um caminho de investigação académica, coincidente com a vontade de poder contribuir, de forma mais pessoal, para a produção de conhecimento científico naquela que foi a área

¹ “[...] uma fase de desenvolvimento da sociedade moderna em que os riscos sociais, políticos, económicos e individuais tendem cada vez mais a escapar às instituições de controlo e proteção da sociedade.” (Tradução nossa)

profissional pela qual escolheu enveredar e sobre aquela que seria a temática de intervenção pela qual se tinha comprometido profissionalmente.

A estas motivações, acresceu a necessidade imprescindível de desenvolver e melhorar, no tempo e espaço devido, competências tidas como basilares para o papel investigadora-interventora que aqui se propôs a desempenhar. A capacidade de questionar o que nos rodeia e envolve é inata ao ser humano, mas também se trata de uma característica impreterível no exercício do papel investigadora-interventora. Sustentada no devido conhecimento da realidade proposta a investigar-intervir, incorpora, inevitavelmente, a adoção contínua, dinâmica e adaptável de uma postura reflexiva e crítica (Rullac, 2012).

Na altura em que foi sentido que estes questionamentos não se tratavam mais de pura (e natural) curiosidade de uma assistente social recém-licenciada ou de senso comum, mas sim de indagações e preocupações sustentadas em reflexões teóricas e científicas, despoletadas pelo trabalho de terreno, tornou-se claro que se alcançava o momento-chave para dar início aquele que seria o mais solitário e tentador desafio vivido até então.

Este trabalho só foi possível de elaborar através da combinação e sinergia de dois fatores que, infelizmente e por motivos diversos, se desencontram frequentemente: a evidência científica já existente, através dos dados e publicações disponíveis sobre o tema e restantes subtemas aqui abordados e a experiência, muitas vezes não “passada para o papel”, de quem participou e participa ativamente neste processo evolutivo de que se trata a utilização de drogas e a RRMD, seja do lado de quem beneficia desta intervenção e/ou de quem utiliza drogas, seja de quem exerce funções profissionais nesta área, considerando as mais variadas formações académicas, níveis de intervenção e capacidade de poder de decisão.

Assim e, no que concerne às dimensões científica e profissional, espera-se que esta investigação constitua um modesto, mas importante contributo, não só para o aprofundamento e consolidação do conhecimento nesta área, mas também para o desenvolvimento e enriquecimento do quadro teórico, metodológico, ético, político e contemporâneo do Serviço Social. Como afirma Negreiros *et al.* (1999, p. 56), “a investigação a partir da prática profissional deverá desenvolver-se, o que implica

concebê-la como uma aproximação ao conhecimento da realidade social e como estratégia que possibilita repensar e renovar as práticas”.

Analisando o tema em epígrafe de forma aprofundada, juntamente com as práticas exercidas e os constrangimentos e/ou necessidades atualmente sentidas, procura-se refletir sobre a pertinência das políticas sociais vigentes, colocando à discussão a premência de concretização de novas políticas sociais ou da readaptação/atualização das existentes, procurando, assim, promover a adoção contínua de práticas integradas e adaptadas à realidade.

Partindo do pressuposto de que a promoção de debate científico e a produção contínua de conhecimento se apresentam como fatores imperativos, ao possibilitarem a criação e adaptação de políticas e a promoção e disseminação de práticas inovadoras, de qualidade e ajustadas às exigências da sociedade, à realidade vivenciada e à intervenção diária dos profissionais, esta trará, naturalmente, benefícios, não só para os/as destinatários/as diretos desta intervenção, mas para a sociedade em geral (Almeida, 2013; SICAD, 2013).

Importa, ainda, não descurar do potencial de aplicabilidade que este modelo de intervenção apresenta face a outras áreas de atuação do Serviço Social, que não apenas o contexto de utilização de drogas (Brocato e Wagner, 2003; Vakharia e Little, 2016; Borges, 2020; Amaro *et al.*, 2022; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023). Bigler (2005) evidencia a capacidade de adaptação deste modelo à intervenção com indivíduos marginalizados e comunidades excluídas socialmente, destacando a centralidade de atuação nas questões de bem-estar social e de saúde pública, convergente com os princípios fundamentais de atuação do serviço social. É também pretensão desta investigação, contribuir para a reflexão da utilização deste modelo noutros contextos específicos de atuação do serviço social.

Face ao exposto, surge a presente investigação, que pretende analisar as tendências atuais na utilização de drogas e as alterações no perfil das pessoas que utilizam drogas, na relação com os desafios que se colocam ao modelo de intervenção da Redução de Riscos e Minimização de Danos e tendo em vista a adequação desta medida ao contexto atual.

Para o seu desenvolvimento, foi necessário delinear um fio condutor, uma pergunta de partida que obedecesse a critérios como a precisão, a clareza, a pertinência e a

exequibilidade (Quivy e Campenhoudt, 1998; Vilelas, 2022). Como tal, foi definida a seguinte pergunta de partida: “Qual o papel do Serviço Social na adequação do modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos face às novas tendências e desafios no consumo e no perfil das pessoas que utilizam drogas?”.

Em consonância com esta e com o intuito de responder a tal indagação (Vilelas, 2022), o objetivo geral desta investigação consiste em “Analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, tendo em vista identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social”.

Com vista à sua prossecução, foram estabelecidos três objetivos específicos:

- I. Conhecer as novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais e a consequente alteração dos perfis das pessoas que utilizam drogas;
- II. Analisar e descrever as novas tendências (nas tipologias e padrões de utilização de drogas), compreendendo os efeitos da Redução de Riscos e Minimização de Danos, enquanto modelo de intervenção;
- III. Identificar os contributos do Serviço Social para a inovação de práticas no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tendo em vista a adequação deste modelo de intervenção ao contexto atual.

Considerando o âmbito da investigação, o presente estudo segue o paradigma compreensivo, tratando-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa. Como técnica de recolha de dados, elegeu-se a utilização de entrevistas semiestruturadas, dirigidas às profissionais, e de entrevistas não estruturadas, aplicadas aos/às beneficiários da intervenção. Como técnica de tratamento de dados, optou-se pela análise de conteúdo categorial.

O trabalho foi estruturado em cinco principais capítulos, sendo que a presente Introdução constitui o primeiro destes.

O segundo capítulo, denominado de “Drogas e os Desafios da Redução de Riscos e Minimização de Danos”, contempla a produção do quadro teórico-conceitual sobre a problemática de investigação onde, através da revisão de literatura e da elaboração do estado de arte, se desenvolveu o enquadramento teórico que sustenta toda a investigação.

O terceiro capítulo, “Questões Epistemológicas e Metodológicas: Perscrutando os caminhos da Droga e da Redução de Riscos e Minimização de Danos”, debruça-se

sobre a metodologia e os procedimentos adotados no decorrer da investigação, constando a explicitação do paradigma da investigação, da natureza do estudo e do método científico. Foi elaborada a caracterização do contexto e do universo de análise, apresentada a respetiva amostra e clarificadas as técnicas de recolha e de tratamento de dados, bem como as limitações que se colocaram ao desenvolvimento do estudo. Foram enunciados os procedimentos éticos considerados e cumpridos no decorrer do mesmo.

No quarto capítulo, “Análise, Sistematização e Discussão dos Resultados”, apresentam-se os resultados obtidos com a investigação, resultantes da análise, tratamento e interpretação dos dados recolhidos, colocando-os à discussão.

As “Conclusões” constituem o quinto e último capítulo, onde se sistematizaram as considerações finais do estudo, resultantes da suma do conteúdo obtido nos capítulos anteriores. São ainda sugeridas temas para investigações futuras e descritos os desafios sentidos no desenvolvimento deste trabalho, procurando, desta forma, apresentar o produto final desta dissertação de mestrado.

2. DROGAS E OS DESAFIOS DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

2.1. DROGAS

2.1.1. GÉNESE, DEFINIÇÃO E ESSÊNCIA

A temática da utilização de drogas constitui um fenómeno de ordem social, que detém uma relação de proximidade com a Humanidade que remonta a tempos longínquos (Poiares, 1998; Carneiro, 2005; Dias, 2007). Por toda a história da natureza humana, existem registos sobre a utilização de substâncias, extraídas da natureza, para a obtenção das mais diversas sensações físicas ou psicológicas, das quais se destacam a obtenção de prazer, de felicidade, a ausência de dor física ou a alteração do estado ordinário da consciência (Poiares, 1998; Carapinha, 2009; Moraes e Neto, 2014; Tralhão, 2000; Fernandes, 2021).

Ainda que datados de forma divergente, dado a longinquidade temporal a que reportam, mas importantes para a compreensão da evolução deste fenómeno e da dinâmica associada a tal, os primeiros registos sobre a utilização de drogas remontam para a época pré-histórica, originárias no Século III, A.C., em que a população egípcia utilizava o ópio, em virtude de este conferir um efeito benéfico para a atenuação da dor física (Poiares, 1999; Curto, 2015).

Ao longo dos registos históricos, emerge, também, uma relação quase umbilical da utilização de substâncias com a religião e a espiritualidade, onde o consumo destas era visto como forma de estabelecer ligação e contacto entre a realidade e as entidades divinas (Medeiros e Tófoli, 2018).

Desde então, verifica-se a existência de registos nas mais distintas civilizações, ao redor de todo o mundo e nas mais variadas épocas históricas, desde a Idade Média, à Época da Expansão Marítima, passando pela Modernidade, pelas grandes Guerras Mundiais até à atualidade (Poiares, 1999; Gonçalves, 2008).

A relação humana com a utilização de drogas ou substâncias com propriedades psicoativas não é recente nem tampouco desconhecida, tendo acompanhado, lado a lado, a evolução do ser humano e das civilizações, sociedades de hoje. Este fenómeno comporta em si um enorme cunho histórico, religioso, cultural e social, materializado de diferentes formas nas comunidades, que fazem utilização destas substâncias com vista ao alcance de diferentes fins, estando a sua continuidade assegurada através da influência cultural e reprodução social natural, culminando na

transmissão sucessiva destas práticas entre gerações. Como exemplo concreto, que clarifica a influência social que este fenómeno transporta, destaca-se o consumo de bebidas alcoólicas e, mais concretamente, o consumo de vinho, associado à tradição e a inúmeros costumes portugueses (Carneiro, 2005; Nunes e Jólluskin, 2007; Fernandes da Silva, 2011; Medeiros e Tófoli, 2018).

A existência de drogas tem, portanto, estado permanentemente presente ao longo do tempo e do espaço, aqui representado nas comunidades e sociedades a nível mundial, com expressões diversas.

O *turning point* da visão face à utilização de drogas ocorre nos últimos dois séculos, tornando-se campo de atenção e preocupação social, ao verificar-se um agravamento no consumo, com consequências que se foram tornando visíveis a médio e longo prazo (Medeiros e Tófoli, 2018). Nesta altura, a questão em torno das drogas passou a apresentar-se como uma tríade multidimensional, da qual faziam parte: a dimensão mercadoria, enquanto objeto que fomentava relações jurídicas e económicas, nacionais e internacionais; a dimensão lúdica e terapêutica, através da sua utilização em contextos recreativos, com vista à obtenção de prazer e como medicamento, em tratamentos médicos; e uma dimensão de objeto e causa direta da criminalidade existente (Poiares, 1999; Nunes e Jólluskin, 2007) – dimensão esta cujas perceções e opiniões foram evoluindo, ainda que de forma divergente e pouco consensual.

Para mais fácil compreensão do fenómeno em estudo, importa clarificar, de forma breve, a origem e o conceito de droga. Ainda que não se trate de um processo de conhecimento simples, como já referido, dada a própria amplitude deste termo e, com esta, as múltiplas divergências e alterações associadas, verifica-se a presença de uma identidade comum no seu âmago.

A origem da palavra droga remete para a língua holandesa, com a palavra *droog*, que traduzida significa produto seco e que “[...] servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina” (Carneiro, 2005, p. 11).

A Organização Mundial de Saúde (1975), definiu droga como

“Any substance that, when taken into the living organism, may modify one or more of its functions. [...] It includes not only medications intended primarily for the treatment of

patients, but also another pharmacologically active substances.” (Kramer e Cameron, 1975, p. 13)².

Escohotado (1996) apresenta, também, uma clarificação deste conceito, introduzindo novos elementos:

“Por droga, psicoativa ou não, continuamos a entender o que desde há milénios pensavam Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica: uma substância que em vez de ser vencida pelo corpo (e assimilada como simples nutrição), é capaz de vencê-lo, provocando – em doses ridiculamente pequenas se comparadas com as de outros alimentos – grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos.” (p. 9)

Relembra-nos Fernandes (1995) e Quintas (2000) que a definição e a própria visão adotada face à droga não são mais do que a mera atribuição social e cultural dadas à mesma. Associada, também, de forma direta ou indireta, ao interesse político, construtor de um discurso revelador de ideologias próprias, que determina o que é considerado ordem social ou comportamento desviante e que tem, em si, o poder de regular e impor. Agra (1995, p. 26) é perentório ao referir que a droga foi [...] socialmente construída como entidade fenomenal trágica”, carregando consigo um eterno cunho negativo (Machado, 2000).

No entanto, verifica-se que os efeitos negativos e mais graves da utilização de drogas, incessantemente referidos nos debates políticos e sociais de regime proibicionista, não se referem propriamente à substância em si, mas sim ao contexto e circunstâncias em que decorre a sua produção e/ou consumo. São exemplo, a qualidade da substância que não é submetida a qualquer controlo e, por isso, é facilmente adulterada com substâncias prejudiciais à saúde; as parcas condições sanitárias e sociais dos locais onde é propício o consumo de drogas; o preço das drogas, sem limites claros dos valores a serem praticados, o que leva a práticas ilegais e condutas criminais para aquisição destas, entre outros – fatores que exponenciam face à parca regulamentação existente (Escohotado *et al.*, 1991).

Esta ideia de construção social, torna-se mais clara quando se constata que existem várias terminologias para definir um mesmo conceito, ainda que empregues com cunhos e perceções diferenciadas a cada uma delas, o que deriva da influência social e política a que constantemente nos encontramos submetidos (Monteiro, 2013). São exemplo, as Drogas, as Substâncias Psicoativas e os Psicotrópicos. Todos estes termos remetem para o mesmo conceito, já apresentado anteriormente, que esclarece

² “Qualquer substância que, quando introduzida num organismo vivo, pode modificar uma ou mais das suas funções. [...] Inclui, não só os medicamentos destinados principalmente ao tratamento de doentes, mas também a outras substâncias farmacologicamente ativas.” (Tradução nossa)

que se tratam de substâncias químicas com atuação no Sistema Nervoso Central (SNC) (Fernandes da Silva, 2011), com consequências ao nível da alteração da função cerebral (perceção, consciência, comportamento):

“[...] quaisquer substâncias naturais ou de síntese (manipuladas ou criadas pelo homem) que, ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas, nomeadamente do estado de consciência e (...) alterações físicas (...), geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio de desprazer” (Patrício, 1995, p. 24)

Distinguem-se pelos contextos diferenciados em que são empregues (desde o contexto médico-farmacológico, científico e à própria linguagem quotidiana), e que, por isso, refletem aceitações diferentes por parte da sociedade. Este fenómeno culmina na própria atribuição da licitude ou não das drogas, nos diversos contextos sociais mundiais.

Em Portugal, as drogas lícitas, portanto, legais para consumo e permitidas por lei, tratam-se, essencialmente, do álcool, do tabaco e dos medicamentos. Já as drogas ilícitas, proibidas e ilegais no quadro legislativo, reportam à *cannabis*, à cocaína, heroína, ecstasy, LSD, entre outras substâncias que não são possíveis de explicar na íntegra pela diversidade e ritmo crescente com que são produzidas, pela primeira vez, diariamente – atualmente, enquadradas nas Novas Substâncias Psicoativas (NSP) (Fernandes da Silva, 2011).

Não é objetivo primordial deste trabalho aprofundar os tipos de drogas, os seus compostos e efeitos, mas antes proporcionar um quadro geral sobre este fenómeno, mais focado na questão das drogas ilícitas, do qual se torna também necessário percorrer, de forma breve, o caminho legal realizado no contexto português.

2.1.2. O CAMINHO LEGAL: A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE DROGAS EM PORTUGAL

O consumo de drogas, a nível mundial, tem sido visto e tratado de forma dispar (Quintas, 2021). O quadro legislativo português foi sofrendo alterações ao longo dos anos que, de forma ambivalente, tentou acompanhar as transfigurações sofridas no âmbito da temática da utilização de drogas e das recomendações europeias para este fenómeno (Fernandes da Silva, 2011). Numa visão generalista e superficial, aprofundada adiante, verifica-se a transição de uma visão legal de carácter proibicionista, para uma vertente de criminalização, que culmina numa perspetiva mais

liberal, compreensiva e centrada na pessoa, com a descriminalização do uso de drogas (Gonçalves, 2008).

Este percurso legal é iniciado em 1912, com a assinatura da Carta de Confirmação e Ratificação da Convenção Internacional do Ópio, em Haia, que se constituiu o primeiro Tratado Internacional no âmbito do controlo das drogas (Ministério da Justiça, 1990; Neto, 2016). Foi assinado por vários países, que começaram a verificar o aumento do consumo de drogas e as consequências associadas, não só para o próprio indivíduo, como para a comunidade envolvente, tornando-se um problema de saúde pública. Procurou-se, então, tentar controlar a produção e a comercialização de diversas substâncias, consideradas problemáticas à data, através de um acordo comum.

Com o objetivo de adaptar as recomendações dispostas à realidade portuguesa, em 1923, é aprovada a primeira Lei de Controlo de Drogas em Portugal, designada como Lei n.º 1:687, de 6 de agosto, que procurava regulamentar o comércio, a importação e a venda de ópio. A regulamentação desta foi feita através do Decreto-Lei n.º 10:375, de 9 de dezembro, implementado em 1924.

Em 1926, é aprovado o Decreto-Lei n.º 12:210, de 24 de agosto, que revogou os diplomas anteriores, apresentando novas disposições sobre a importação e comércio de diferentes substâncias (ópio, folha de coca, cocaína, morfina, cânhamo, entre outras), dirigido essencialmente a farmacêuticas e drogarias, com a aplicação de restrições e penas mais severas aos *infratores* (Neto, 2016).

Decorre um interregno temporal no quadro legislativo português, por se considerar, à data, que esta temática não se configurava um problema grave e central em Portugal (Poiares, 1998). Grande parte do consumo existente decorria numa comunidade restrita, nas classes sociais mais altas, nas elites portuguesas, associado a um estilo de vida boémio, não constituindo um problema de ordem social (Ministério da Justiça, 1990; Fernandes, 1995; Agra, 1998). Os *estupefacientes*, terminologia adotada à época, eram vistos e tratados apenas como mercadoria, sendo Portugal uma “porta de entrada” para a Europa. A legislação existente cingia-se exclusivamente à importação e ao comércio, como visto anteriormente (Agra *et al.*, 1997).

Em 1963, é promulgada a indispensável Lei de Bases da Saúde Mental, através da Lei n.º 2118, de 3 de abril, onde a toxicodependência (*toxicomania*, como vem designada na lei) vem referida, pela primeira vez, como uma patologia do foro psicológico/mental.

Ainda que a lei previsse já o tratamento desta, não existia qualquer estabelecimento ou estrutura preparada para dar este tipo de resposta.

Na década de 70 e, ainda sob regime ditatorial, a visão sobre a utilização de drogas começa a alterar-se, sob o domínio do proibicionismo, incitada por um ligeiro aumento do consumo, ainda pouco expressivo (Cruz, 2021).

Em 1970 e, novamente sob influência internacional, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 435/70, de 12 de setembro, que procurou transpor a Convenção Única sobre os Estupefacientes das Nações Unidas de 1961 (que procurou agregar grande parte dos instrumentos legais existentes no âmbito internacional, a qual foi, posteriormente, emendada pelo Protocolo de 1972) para a lei portuguesa.

Ainda no mesmo ano, entra em vigor o Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro, que procurava atualizar o Decreto-Lei n.º 12:210, de 24 de agosto, *supramencionado* (Ministério da Justiça, 1990). Este novo diploma assentava numa visão punitiva face ao tráfico e consumo de *estupefacientes*, prevendo medidas efetivas e consequências legais, antevendo, inclusive, todas as substâncias e produtos considerados como *estupefacientes* à data (Agra *et al.*, 1997; Jelsma, 2008).

Em 1971, é fundado em França, enquanto órgão intergovernamental, o *Pompidou Group* – Grupo de Cooperação para o Combate ao Abuso de Drogas e ao Tráfico Ilícito de Drogas. Este órgão foi pioneiro no desenvolvimento de conhecimento científico e monitorização dos problemas em matéria de drogas na Europa, tendo, em 1980, integrado o Conselho Europeu. Portugal aderiu a este em 1985, tendo presidido o mesmo no período de 2019 a 2022. Atualmente, está sob a presidência de Itália (Bardell, 2019).

Em consonância com a posição adotada e vista como uma estratégia de defesa estatal face a este fenómeno ainda pouco afamado, em 1971/72, surge a primeira campanha portuguesa contra a droga, que detinha o famoso e mediático *slogan* “Droga – Loucura – Morte” (Agra, 1993; Machado, 2000).

Em 1973, é criada uma consulta específica de toxicodependência, no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, constituindo-se uma das primeiras estruturas de tratamento para o consumo de drogas, procurando operacionalizar o previsto anteriormente na Lei de Bases da Saúde Mental.

Após a Revolução de 25 de Abril de 1974 e, com a mudança de paradigma a tornar-se cada vez mais premente, é aprovado o Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro. Este previa a criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga, que, procurando dar resposta à parca existência de estruturas preparadas para lidar com este fenómeno (já previstas na legislação deste 1963), pretendia contribuir para a criação de equipas pluridisciplinares capacitadas tecnicamente para intervir no terreno e atuar na prevenção, através da disponibilização de informação aos diferentes atores sociais. Este foi o primeiro diploma legal português a configurar uma visão diferenciada face à pessoa que utilizava drogas que, assente na visão médico-social, passou a ser vista como doente, como o próprio diploma refere (Machado, 2000; Dias, 2007).

Em 1978, Portugal ratifica a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), trinta anos após a sua proclamação oficial pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948. Este documento, basilar e transversal a várias áreas profissionais, trata-se de um instrumento imprescindível na atuação do serviço social e da RRMD.

A década de 80 revelou-se imperativa para uma tomada de posição efetiva face à temática da utilização de drogas. Nos Estados Unidos da América (EUA), predominava a política de “tolerância zero”, conhecida pelo seu caráter proibicionista, criminatorio e repressivo (Dias, 2019). Esperava-se que as medidas adotadas constituíssem meios para controlar e solucionar os problemas relacionados com a utilização de drogas, mas os resultados apresentavam-se contraditórios, ocorrendo um efetivo agravamento, explanado nos altos custos sociais associados às detenções e à consecutiva reincidência destas (Escohotado *et al.*, 1991).

Face a este fenómeno, a Europa procurou alternativas, considerando que deveria ser encontrado “[...] um equilíbrio entre a proteção da saúde pública e as consequências negativas de um controlo excessivamente repressivo” (Neto, 2016, p. 9).

Em Portugal, o consumo de heroína aumentava de forma alarmante e, associado a tal, a emergência de novos problemas de ordem social, sendo o mais visível e problemático a expansão do vírus do VIH/SIDA, associado aos consumos por via endovenosa e às práticas sexuais desprotegidas, que ascendeu a um grave problema de saúde pública (Poiares, 1998; Dias, 2007; Domoslawski, 2011). A crise sanitária que se vivia necessitava de respostas urgentes.

Tal, proporcionou que, em 1983, fosse promulgado o Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro, baseado novamente em orientações internacionais, das quais se destacava a Convenção das Nações Unidas sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971 (que Portugal aderiu em 1979). Este novo diploma configurava uma dupla visão sobre os *narcóticos*: por um lado, mantinha a criminalização destes e, portanto, a existência de consequências legais face ao tráfico e ao consumo de drogas; por outro, uma visão diferenciada sobre as pessoas que detinham Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), assente no modelo biopsicossocial. Esta nova visão veio demonstrar que a utilização de drogas se apresentava como uma problemática de ordem médica e psicológica, complexa, devendo estas pessoas ter acesso a tratamento e assistência médica e, conseqüentemente, a uma intervenção no âmbito da reinserção social (Agra, 1998; Poiares, 1998; Fernandes da Silva, 2011; Valbom, 2015). Acrescia, também, uma nova vertente nesta equação – o contexto sociocultural da pessoa (Fernandes, 2021).

Nesta altura, emergiram as primeiras estruturas sociais e de saúde direcionadas às pessoas com CAD, que intervinham, principalmente, na prevenção, tratamento e reinserção social: o Projeto VIDA, em 1987, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), em 1990 e, posteriormente, o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT), a partir de 1999 (Dias, 2007).

Ainda em 1990, decorre, em Nova Iorque, a 17ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), apenas centrada na problemática da droga. Pretendia delinear um Programa de Ação Mundial, que procurava alertar para a importância da implementação de programas com diferentes finalidades, por parte dos Estados, devendo estes “[...] basear-se no respeito dos direitos fundamentais do homem e da dignidade do ser humano, tendo na devida conta a diversidade das necessidades dos interessados” (Ministério da Justiça, 1990, p. 8).

Em 1993, é aprovado o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que surge no seguimento da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, ratificada por Portugal em 1989, que, apesar de manter a criminalização do consumo de drogas, procurava incentivar os utilizadores de drogas para o tratamento (Neto, 2016). Assim, já não prevalecia apenas a pena de prisão enquanto medida legal, mas também a aplicação de coimas e multas, o que viria a comprovar a mudança de paradigma que se instaurava.

Ainda neste ano, é criado o Programa de Troca de Seringas, com a designação “Diz não a uma seringa em segunda mão”, em parceria com a Rede Nacional de Farmácias Comunitárias, que se mantém em funcionamento até hoje, representando um exemplo de boas práticas a nível nacional e internacional. Este marco representou o início, ainda que informal, da implementação de estratégias de RRMD em território nacional. Em 1997, é aprovada a Lei n.º 7/97, de 8 de março, que procurou alargar a rede de serviços públicos, citando a própria, “[...] de forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional de todos os cidadãos afetados por toxicodependência”.

Já em 1999, o Governo português reúne uma Comissão de Estudo, composta por especialistas de diferentes áreas profissionais, com vista à elaboração de uma estratégia concertada de intervenção nacional. Desta Comissão, resulta a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, legislada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 22 de Abril e com um período de implementação delimitado, numa primeira fase, entre 1999 e 2004. A ENLCD trouxe propostas inovadoras e pouco convencionais no âmbito da prevenção primária, do tratamento, da reinserção social, da formação e investigação, da redução de riscos e do combate ao tráfico (Dias, 2007; Barbosa, 2009; Domoslawski, 2011; Valbom, 2015; Brinca, 2017).

Em consonância com a ENLCD, em 2000, entra em vigor a Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, que se constituiu como um marco importante e emblemático no contexto histórico português e como uma política vanguardista reconhecida e estudada a nível internacional. Através desta, efetivava-se a descriminalização do consumo de *drogas*, onde a posse e o consumo de drogas deixavam de ser vistos como crimes, ainda que não deixassem de se constituir como atos puníveis por lei, passando a ser considerados como contraordenações sociais (Carvalho, 2021).

A pessoa deixou de ser encarada como criminosa, passando a ser vista como alguém que necessitava de encaminhamento e apoio especializado. Em termos práticos, foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), sob tutela do Ministério da Saúde, em substituição aos Tribunais criminais, para onde as pessoas que se encontravam na posse ou a consumir drogas (com as quantidades legalmente permitidas para estes fins), eram encaminhadas, quando abordadas pelas forças de segurança (Carvalho, 2021; Domoslawski, 2011; Valbom, 2015; Rêgo *et al.*, 2021).

Em complemento às áreas de intervenção já existentes (prevenção, tratamento e reinserção social) e, como já previsto na ENLCD, em 2001, foi implementado o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos, pelo Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho.

Estes três diplomas legais (a ENLCD, a Descriminalização do Uso de Drogas e o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos) integram o reconhecido Modelo Português de Combate à Droga.

Após a regulamentação destes importantes diplomas, foi sendo continuamente elaborada legislação em matéria de drogas em Portugal, que não será aprofundada adiante por não ser expressiva para a análise que aqui se pretende realizar. Importará sim, clarificar algumas orientações e diretrizes gerais europeias, pelas quais se rege a intervenção nacional.

Desde 2000, que a União Europeia (UE) desenvolve a Estratégia da UE de Luta Contra a Droga, com períodos definidos de implementação (inicialmente de 2000 a 2004, 2005 a 2012, 2013 a 2020 e a decorrer, atualmente, o período de 2021 a 2025). A Estratégia define o quadro político e as prioridades da UE em matéria de droga nos períodos de implementação definidos. Com base nesta, são elaborados Planos de Ação, pelo Conselho da UE, que estabelecem medidas concretas e que orientam os Estados-Membros a operacionalizar a intervenção, com vista à concretização das prioridades e metas definidas.

Outro marco importante na legislação europeia, decorre em 2007, onde a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa propôs a Resolução n.º 1576, que apelava ao apoio e colaboração dos Estados-Membros, para a elaboração de uma Convenção Europeia sobre a promoção de políticas de saúde pública na luta contra as drogas. Pretendia reunir o conhecimento científico e médico existente para construir um documento geral que, além de complementar os instrumentos legais já existentes, serviria de base para o desenvolvimento de estratégias nacionais de combate às drogas, com modelos menos punitivos e mais centrados na saúde pública (incluindo políticas de prevenção, educação, tratamento, reabilitação, reintegração social e RRMD). Afirmava que todas as partes envolvidas e interessadas deveriam participar neste processo, incluindo as Pessoas que Usam Drogas (PUD) (Bardell, 2019).

Em 2009, o *United Nations Office on Drugs and Crime*³ (UNODC), publicou a *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an integrated and Balanced Strategy to counter the World Drug Problem*, adotada pelos Estados-Membros e que continha orientações gerais para os diferentes problemas enfrentados em matéria de drogas (Bardell, 2019).

A 30ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial da Droga, decorreu em Nova Iorque, em 2016. Nesta, foi reafirmada a importância e o compromisso face ao documento elaborado em 2009, à qual acresceu a reformulação de algumas recomendações operacionais e de atuação.

Em 2019, alguns organismos das Nações Unidas, em parceria com a OMS, os Estados-Membros e a sociedade civil, elaboraram as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Políticas de Drogas, documento que se constitui como ferramenta de referência para a ação local, nacional e internacional, ao analisar a aplicabilidade dos Direitos Humanos nas políticas de drogas (Bardell, 2019).

Retomando ao contexto português e, mais recentemente, em 2023, foi promulgada a Lei n.º 55/2023, de 8 de setembro, designada pelos meios de comunicação social como a Nova Lei da Droga. Esta procurou, sobretudo, acautelar situações desiguais entre as NSP e as drogas “clássicas”, estas últimas já previstas anteriormente na lei. Como tal, este novo diploma, ainda que tenha gerado alguma controvérsia nas diferentes instituições que atuam nesta matéria, veio, essencialmente, descriminalizar as drogas sintéticas, determinando as quantidades legais para consumo próprio, com vista a efetivar a distinção entre consumo e tráfico.

Ainda que existam várias orientações gerais em matéria de drogas, definidas pela ONU, a OMS e outras entidades, os países signatários da UE detêm liberdade e responsabilidade de decisão individual quanto às políticas a adotar internamente, devendo considerar as próprias características e dinâmicas dos seus territórios. Como tal, as políticas divergem entre os diferentes países da UE, quando consideradas e perscrutadas individualmente.

O enquadramento legal português nesta matéria é distintivo e singular quando comparado com os restantes, dado que Portugal constituiu-se como o único país da UE que, especificamente, descriminalizou o uso de drogas (Greenwald, 2009). Existem outros países que também optaram por este caminho legal, ainda que com

³ Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime

nuances, nomeadamente nas substâncias, sanções e instituições previstas, como é o caso de Espanha e Itália. Outros, como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca e Holanda optaram por não descriminalizar totalmente o consumo de drogas, apresentando sanções mais levianas e alternativas, que não contemplam a pena de prisão. Já países como a França, a Grécia, a Noruega, a Finlândia, a Hungria e a Suécia, mantêm medidas mais restritivas, assemelhando-se, em parte, ao modelo proibicionista, onde se encontram previstas penas de prisão. (OEDT, 2002).

Relativamente à RRMD, verifica-se que mais de metade dos países europeus já fazem referência específica e/ou regulam este modelo nas suas políticas nacionais. Quando analisado ao detalhe a operacionalização deste, verificam-se diferenças nos programas e/ou estruturas em funcionamento, principalmente no que se refere à disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços disponibilizados. Ainda assim, o caminho percorrido até então é positivo: países como a Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, França, Grécia, Holanda, Islândia, Noruega e Suíça, por exemplo, detêm já Programas de Troca de Seringas, Programas de Substituição Opiácea e Salas de Consumo Assistido em funcionamento (Harm Reduction International, 2022).

Por outro lado, existem respostas inovadoras, como é o caso dos Programas de Tratamento Assistido de Heroína, que Portugal ainda não ponderou efetivar no seu contexto. Dirigido a uma pequena parte da população que não se enquadrava em nenhuma das respostas standardizadas já existentes, estes tratam-se também de programas baseados na premissa da RRMD, dado que possibilitam a utilização da heroína (dos próprios utilizadores), de forma supervisionada, como veículo para a estabilização de consumos e redução de riscos associados ao mesmo. O projeto-piloto decorreu na Suíça, encontrando-se já operacional em mais países da Europa, como a Alemanha, Espanha e Holanda, assim como Inglaterra e Canadá, fora da Europa (Strang, Groshkova e Metrebian, 2012; House of Commons, 2019; Amaro *et al.*, 2022).

Em suma, o quadro legal português teve um carácter evolutivo constante, ao longo do século XX. Numa fase inicial, verificou-se a regência de produção legislativa apenas assente em orientações europeias e internacionais, alicerçadas no proibicionismo, demonstrando até alguma inércia e falta de reflexividade face à realidade social vivida no contexto português. Nesta altura, apenas as estruturas ligadas à justiça se envolveram e procuraram dar resposta a este fenómeno.

Numa fase posterior, já com alguma maturidade no que concerne à produção de um quadro legal sustentado face à temática das drogas e, já com as estruturas de saúde, educação e segurança social envolvidas, Portugal, de forma surpreendente por se declarar um país conservador, afirma-se com uma estratégia inovadora e centrada na pessoa, ajustada às transformações sociais específicas que eram vividas à época, contemplando uma resposta integrada e heterogénea nas estratégias e programas propostos (Patrício, 1997; Cruz, 2021).

2.2. REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

2.2.1. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E CONCEPTUAL, PRESSUPOSTOS E OPERACIONALIZAÇÃO: QUE RESPOSTAS PARA A INTERVENÇÃO?

A origem da Redução de Riscos e a Minimização de Danos (RRMD), ainda que expressa de forma diferenciada face à intervenção atual, remonta para a década de 20, no Reino Unido (Fernandes da Silva, 2011). Nos anos 60, é introduzido o tratamento de substituição opiácea com cloridrato de metadona (EMCDDA, 2010).

Em 1974, a OMS estabelece algumas linhas orientadoras para a intervenção em RRMD:

“[...] the broad purpose of prevention in this field should be to prevent or reduce the incidence and severity of problems associated with the nonmedical use of dependence-producing drugs. This is a much broader goal than the prevention or reduction of drug use *per se*.” (WHO, 1974, p. 32).⁴

Os primeiros passos, mais consistentes, estruturados e aproximados às orientações atuais, são dados a partir dos anos 80, na Europa. A RRMD surge, então, como uma resposta inovadora, direcionada às PUD que, à data, e pelos comportamentos de risco que mantinham, eram consideradas como um foco de propagação do VIH/SIDA (Carapinha, 2009; Fernandes da Silva, 2011; Vakharia e Little, 2016).

Em Portugal, a RRMD surge nos anos 90, através de algumas ações informais e isoladas, nomeadamente com a reconversão do Casal Ventoso (Domoslawski, 2011; Valbom, 2015; MeglIORANZI, 2017), considerado como um dos “hipermercados de droga” nacional (Fernandes, 1995). Em 2001, este modelo de intervenção é oficialmente reconhecido e legislado através do Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de

⁴ “[...] o objetivo geral da prevenção neste domínio deve ser o de prevenir ou reduzir a incidência e a gravidade dos problemas associados à utilização de drogas não prescritas que causam dependência. Trata-se de um objetivo muito mais vasto do que a prevenção ou a redução da utilização de drogas *per se*.” (Tradução nossa)

Junho, tratando-se, no quadro legal português, de uma Política Social e de Saúde Pública.

A oficialização deste diploma legal gerou controvérsia na sociedade civil, sendo visto como uma afronta ao caminho trilhado pela política de droga até então, baseada no proibicionismo, tanto a nível nacional como internacional, e sentido como uma desistência do Estado face ao inimigo social de que se tratava a droga, tornando-se um meio facilitador de acesso à substância e um incentivo ao consumo (Costa, 2001; Greenwald, 2009; EMCDDA, 2010; Domoslawski, 2011).

A RRMD constitui-se como um modelo biopsicossocial de intervenção integrado, no âmbito da saúde pública (Carapinha, 2009; EMCDDA, 2010; Vakharia e Little, 2016), reconhecido pela OMS e integrado numa das cinco áreas de intervenção nos CAD (Prevenção, Dissuasão, Tratamento e Reinserção Social), sendo complementar e compatível a qualquer uma delas.

Tratando-se de um modelo de intervenção combinada, engloba um conjunto de ações, de onde se destacam duas vertentes, em constante sinergia, que importa distinguir: a *redução de riscos*, compatível com a intervenção de nível micro em serviço social, desenvolvida diretamente com os/as utilizadores/as de drogas, assente na relação terapêutica de ajuda. Objetiva, não apenas a sua proteção individual, ao promover a alteração de comportamentos individuais, que se constituem como riscos, e educar para práticas de consumo mais seguras, mas também a defesa e promoção dos seus Direitos Humanos fundamentais. A *minimização de danos*, intervenção de nível meso, direcionada para o trabalho comunitário e em rede que procura, em consequência ou como fim último, através da proteção individual das PUD, a prevenção de riscos sociais e sanitários, de âmbito coletivo, para a sociedade (Barbosa, 2011; Meglioranzi, 2017; Portela, 2020).

Em síntese,

“A redução de riscos para a saúde é sobretudo um conjunto de atividades para prevenir o aparecimento de sequelas, isto é, de danos provocados pelo consumo. Existindo os danos, haverá pelo menos que minimizá-los, prevenir o agravamento desses danos. Quando for desejado, aceite e possível, haverá que procurar tratá-los.” (Patrício, 2002, p. 17)

Importa relevar o último ponto referido pelo autor, referente ao tratamento, pela sua natureza diferenciada face à abordagem tradicional e por se tratar de um dos quatro pressupostos fundamentais deste modelo.

A RRMD é distintiva de outras abordagens pela sua visão face à abstinência e tratamento dos utilizadores de drogas: “a ideia subjacente não é desistir da ideia de tratamento (...), mas sim a de considerar as necessidades e prioridades de cada um, prescindindo da abstinência como objetivo imediato e necessário” (Carapinha, 2009, p. 8). O seu objetivo principal não pretende a cessação de consumos na pessoa, mas antes o bem-estar desta e da comunidade. Assenta no respeito pelas escolhas e procura a sua proteção individual, através da implementação de alternativas complementares, não centradas no abandono do consumo, mas que, gradualmente, diminuam os efeitos e as consequências negativas da utilização de drogas, quer para os/as próprios/as, quer para a sociedade civil. Tal como Barbosa (2011, p. 75) esclarece, a abstinência “não é o ponto de partida da ação de redução de danos, mas pode ser de chegada”.

Richert, Stallwitz e Nordgren (2023) consideram que o modelo da RRMD deverá ser visto como um pré-requisito ao tratamento e à abstinência, mais do que um modelo totalmente contraditório a este objetivo.

Além da não imposição da abstinência enquanto conduta de acesso à RRMD, fazem parte dos seus pressupostos fundamentais o Pragmatismo, o Humanismo e a Proximidade (Carapinha, 2009; SICAD, 2016).

Este modelo olha para a pessoa enquanto ser biopsicossocial, intervindo numa perspetiva compreensiva e de aceitação, ausente de julgamentos ou objetivos contrários aos estabelecidos pela própria e respeitando a decisão de manutenção, ou não, dos seus consumos. Procura que a intervenção seja adequada à pessoa e às suas reais necessidades, respeitando o seu tempo e as suas escolhas. Pretende ser geradora de um sentimento de segurança e, conseqüente, mudança, reconhecendo a plena dignidade destas, defendendo os seus Direitos Humanos fundamentais e consciencializando e educando as próprias para o exercício efetivo da sua cidadania (Brocato e Wagner, 2003; Vakharia e Little, 2016; Domingues, 2018).

A operacionalização da RRMD é realizada através da prestação de serviços de proximidade, concebidos para aceder às pessoas que não possuem qualquer tipo de referência ou ligação às estruturas convencionais de saúde e/ou sociais (Amaro e Santos, 1997). Destaca-se, por isso, a intervenção de proximidade, privilegiada por ser desenvolvida diretamente no terreno, com base num plano de igualdade estabelecido entre o/a técnico/a e a pessoa. Ao desenvolver-se nos locais habituais de consumo e convivência social, espaços conhecidos e seguros a estas pessoas, é promovido o

estabelecimento de uma relação de confiança e empatia, facilitadora do diálogo. Além de se constituir como um espaço propício a conversas de cariz mais informal, torna-se relevante para constatar a rotina, as interações sociais, as redes de suporte, os meios de troca e as práticas de consumo - movimentos secundários que se desenvolvem em torno da problemática da utilização de drogas. É ainda possível compreender aspetos mais singulares da pessoa, que individualmente compõem o seu todo, como a autoestima, a relação que detém consigo própria e com o meio que a rodeia, a forma como se percebe no futuro (Carapinha, 2009; Barbosa, 2011; Cruz e Machado, 2013; Patrício, 1997).

A complexa dinâmica que surge em torno do fenómeno das drogas, exigiu o desenvolvimento e criação de variadas estruturas no âmbito da RRMD, com modalidades de intervenção distintas, com vista a proporcionar uma resposta adequada e direcionada à multiplicidade de realidades existentes (Carapinha, 2009).

Para tal, foram criados programas e estruturas sócio sanitárias, com objetivos de atuação distintos, tipificados no quadro legislativo, da qual fazem parte os/as (Carapinha, 2009; Barbosa, 2011; IDT, 2012; Cruz e Machado, 2013; Brinca, 2017; Domingues, 2018; Portela, 2020):

- a) Centros de Acolhimento (espaços residenciais temporários de pernoita, que garantem a satisfação das necessidades básicas e, em alguns espaços, o acesso a apoio social, a cuidados de saúde e a assistência médica e psiquiátrica);
- b) Centros de Abrigo (espaços de pernoita, semelhantes aos Centros de Acolhimento, mas que apenas funcionam em período noturno);
- c) Equipas Técnicas de Rua (intervenção técnica especializada próxima dos/as utilizadores/as de drogas, em espaços públicos detetados como locais utilizados para consumo de drogas);
- d) Espaços Móveis de Prevenção de Doenças Infeciosas (espaços destinados ao rastreio de doenças infecciosas e à vacinação da população considerada de risco);
- e) Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem Enquadramento Sociofamiliar (gabinetes de triagem, de prestação de apoio social e terapêutico e de encaminhamento para estruturas de tratamento);

- f) Pontos de Contacto e Informação (espaços destinados à prestação de informações aos/às próprios/as e aos familiares, à sensibilização da comunidade e população em geral);
- g) Programas de Troca de Seringas (programas que objetivam a prevenção da transmissão de doenças infecciosas, através da disponibilização e troca de material de consumo, de forma a promover práticas de consumo seguras e assépticas);
- h) Programas de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (programas destinados à administração de metadona – medicamento utilizado para substituir e tratar a dependência da heroína -, procurando a redução do consumo de heroína e o aumento gradual da regularidade de contacto das PUD com as equipas técnicas).

Existem, naturalmente, perspetivas contrárias e críticas a este modelo. Os/as profissionais mais conservadores e céticos/as deste modelo de intervenção, além de referirem que se trata, ainda que de forma “camuflada”, de um puro incentivo ao consumo, defendem que este modelo não crê realmente na mudança das pessoas, pois se o fizesse o objetivo mais realista seria o tratamento, de forma a alcançar a abstinência de consumos. Referem, pois, que as práticas atuais de RRMD não são mais do que meras respostas de Cuidados Paliativos, ao prestarem um *continuum* de cuidados a pessoas que não têm “cura” face ao “problema/doença” que possuem (Davis e Rosenberg, 2013; Seabra, 2021; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023).

A resposta interventiva dada por estes programas e estruturas e desenvolvida por equipas multi, inter e transdisciplinares, das quais os/as assistentes sociais são parte integrante e fundamental, têm sido operacionalizadas, essencialmente, por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), apoiadas por financiamento público (Barbosa, 2009; Fernandes da Silva, 2011; Martins, 2020; Ribeirinho e Teles, 2022). O financiamento público a que estão sujeitas é caracterizado por processos de acesso instáveis, morosos e burocratizados, à qual acresce a existência de limitações e constrangimentos na disponibilização do orçamento (Almeida, 2012; House of Commons, 2019). Atualmente, verifica-se um fosso cada vez maior entre o financiamento necessário e o financiamento disponibilizado (Harm Reduction International, 2022).

A ocorrência de processos como estes potenciam, naturalmente, sentimentos de instabilidade, insegurança e imprevisibilidade face ao futuro dos/as técnicos/as e equipas destas instituições – atuando como *stressores* externos. A estes, acrescem ainda, a pressão e a exposição diária a situações traumáticas, que impactam na saúde mental destes/as (Claborn *et al.*, 2023)

Enquanto forças, nesta que parece uma análise SWOT, prevalece o compromisso e a paixão dos técnicos de RRMD (Claborn *et al.*, 2023) que, ainda que com todos os constrangimentos, fazem com que esta intervenção se destaque, sobretudo, através do “[...] humanismo no cuidado, da criação de ambientes e modelos de prática interdisciplinares e multiprofissionais, da necessidade do trabalho em rede, da centralidade na reabilitação psicossocial e laboral”, assente numa visão de que “[...] trabalhar com as pessoas com CAD é «fazer com», «caminhar com», mais do que «fazer por», «tratar»” (Seabra, 2021, p. 46).

2.2.2. CULTURA E DEMOGRAFIA DA POPULAÇÃO QUE UTILIZA DROGAS

Desde toxicodependente, drogado/a, *junkie* e viciado/a, tantos têm sido os termos adotados para descrever as PUD quanto as próprias substâncias existentes.

A utilização destes termos apresenta um enorme impacto na própria identidade pessoal, nas representações sociais, nas perceções públicas e nos preconceitos que se associam a este fenómeno, menosprezando pormenores e aspetos particulares evidentes, indispensáveis a serem tidos em conta na situação individual de cada pessoa (Goffman, 1963).

Empregar estes termos estimula a existência de movimentos de reação social, associados a perspetivas distorcidas (Machado, 2000), que caracterizam estas pessoas como inferiores, como pertencentes a uma subcultura distinta, com comportamentos antissociais e criminosos, potenciando o isolamento da vida em sociedade. Na visão social, apenas existem os pólos da pessoa dependente de drogas ou não dependente, não considerando todo o percurso que sucede entre estes. Consequentemente, a autoimagem destas pessoas torna-se também distorcida e desesperançada e a pertença a grupos sociais mais desfavorecidos e expostos ao perigo torna-se a via mais fácil para combater este isolamento social a que se encontram expostas (Escoto *et al.*, 1991; GCDP, 2017; SDF, 2020; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023).

O estigma, tal como refere Goffman (1963), trata-se da construção (social) de uma ideologia, centrada num atributo específico da pessoa e que a procura expor como inferior, incitando-a como perigosa por tal, perigo este construído por meio de percepções e inferências sociais, muitas vezes associadas ao distinto, ao desconhecido e pouco comum ou tradicional, não lhe sendo reconhecida qualquer identidade ou pertença social.

Este “fenómeno” é também constatado no acesso das PUD às estruturas e serviços sociais e/ou de saúde, existindo um visível tratamento diferenciado, pela negativa. São reportadas experiências discriminatórias, desumanas e estigmatizantes, que acabam por afastar esta população dos serviços de que tanto necessitam e a que têm, inquestionavelmente, direito de acesso (Roe *et al.*, 2010; Rêgo e Anjos, 2021; Harm Reduction International, 2022; Claborn *et al.*, 2023).

“Stigmatization therefore has a perverse double effect: the more society stigmatizes and rejects people who use drugs, the fewer opportunities for treatment will be on offer; at the same time, stigma drives individuals who need help away from those services that are available.” (GCDP, 2017, p. 28)⁵

Tratando-se o estigma e a discriminação de comportamentos que violam diretamente os Direitos Humanos dos cidadãos e que, cumulativamente, vulnerabilizam a identidade social destas pessoas (Machado, 2000), têm ocorrido recentemente diversos movimentos internacionais em torno destas questões, que procuram sensibilizar para a importância da utilização de uma linguagem inclusiva e centrada na pessoa, procurando, ao mesmo tempo, impactar, de forma positiva, a desconstrução desta imagem social criada e autorreproduzida socialmente (Escohotado *et al.*, 1991). Neste âmbito, atualmente, a terminologia adotada é Pessoas que Usam Drogas – PUD, derivado do termo inglês, *People Who Use Drugs - PWUD* (GCDP, 2017; SDF, 2020).

Na sua génese, a RRMD dirigia-se, essencialmente, à população utilizadora de drogas de longa duração (SICAD, 2013; Rêgo e Anjos, 2021), que se encontrava já em estado de dependência, manifestado por sofrimento físico aquando da privação do consumo de drogas (sintomas de abstinência) e por dependência psicológica profunda (Patrício, 1997). Detinham problemas psicossociais graves, das quais se destacavam a “[...]”

⁵ “A estigmatização tem, portanto, um duplo efeito perverso: quando mais a sociedade rejeita e estigmatiza as pessoas que utilizam drogas, menos oportunidades de tratamento serão oferecidas; ao mesmo tempo, o estigma afasta as pessoas que necessitam de ajuda dos serviços disponíveis.” (Tradução nossa)

fragilidade afetiva, crise de identidade, hipersensibilidade, pouca resistência à frustração, [...] experiências de não integração, famílias em rutura ou desestruturadas [...]” (João, 1997, p. 47). Das substâncias de eleição, evidenciava-se a heroína e a cocaína, consumida de forma fumada ou endovenosa (do termo empregue tradicionalmente, injetada).

Tratavam-se, sobretudo, de indivíduos “[...] bastante fragilizados e vulneráveis socialmente, com uma situação de saúde bastante debilitada (perturbações psiquiátricas e infeções), que lhes (dificultava) o acesso às estruturas” (Barbosa, 2011, p. 77) e serviços da comunidade (Fernandes, 1995; Carvalho, 2021).

Estas pessoas vivenciavam situações de extrema exclusão social, como consequência de comportamentos autodestrutivos, associados à utilização de drogas (SICAD, 2013), onde a invisibilidade operava como um mecanismo diário “[...] de sobrevivência, de existência, ou de identidade imprópria [...]” (Xiberras, 1993, p. 159). A exclusão social vivenciada por estas pessoas potencia a visibilidade da discriminação da qual são alvo (Seller, 2004).

Robert Castel elucida-nos, ao referir que a exclusão social se caracteriza por um longo e extremo processo de marginalização, de vivência à margem da esfera comum da sociedade, que culmina na quebra sequencial de laços entre a própria pessoa e os diversos sistemas sociais existentes, da qual faz também parte, naturalmente, a dimensão afetiva (*apud* Diogo, Castro e Perista, 2015).

A utilização destas substâncias procura, muitas vezes, adquirir uma extensão alternativa e anestesiante (Escohotado *et al.*, 1991; Fernandes, 1995), quase como substituta desta falha e carência na dimensão afetiva, tão necessária e inata ao desenvolvimento e (sobre)vivência humana. A utilização de drogas “[...] ocupa «espaços» importantes no viver de quem as usa, seja na vivência psíquica, na vivência física ou na vivência social” (Patrício, 1997, p. 35).

Bruto da Costa (1998), enquadra este fenómeno, dentro das tipologias de situações de exclusão que definiu, na exclusão autodestrutiva ou na autoexclusão.

De facto, é perceptível a associação deste processo ao fenómeno da utilização de drogas, quando este último, assumindo um carácter socialmente problemático, aliena a pessoa à realidade, afetando e comprometendo a sua capacidade de adaptação às situações do quotidiano e à (con)vivência das várias esferas da sua vida e da existência em comunidade, nomeadamente na relação com outros/as (Fernandes da Silva, 2011; Seabra, 2021). As relações sociais que mantém são, por norma,

meramente instrumentais, de carácter fragmentário e pouco consistentes. A perspetiva temporal é curta, pouco ambiciosa e centrada na rotina do dia-a-dia, que é balizada pela aquisição de dinheiro para comprar produto, de compra do produto, de consumo do produto comprado e da sensação obtida pelo consumo do produto, voltando ao início, num ciclo incessante que parece sem fim (Fernandes, 1995).

Desta vivência quotidiana, destaca-se a ocorrência de comportamentos desviantes, exprimidos através da “[...] delapidação do património familiar, [da] pequena criminalidade destinada a obter meios de aquisição da droga, [da] inserção dos consumidores no pequeno tráfico que possibilita a manutenção do consumo, [da] prática da prostituição...” (Machado, 2000, p. 81).

Ressalva-se que “a prática da prostituição”, como referido anteriormente, trata-se de um tema, à semelhança da utilização das drogas, que tem também evoluído face às suas auto e hétero perceções. Se, anteriormente, era vista como um comportamento desviante, atualmente, trilhamos um caminho, moroso e sinuoso, que, além de pretender o reconhecimento social das diversas motivações associadas a tal atividade, procura a luta e defesa pelas condições desta prática e a proteção de quem a pratica, associadas à aquisição do estatuto de trabalho sexual (Ramalho, 2012; Ferro *et al.*, 2014).

Tratam-se de fenómenos multidimensionais, que não se verificam estáticos ou isolados, decorrendo de processo evolutivos, que congregam em si a existência de múltiplas desigualdades (Almeida, 2013) em diferentes domínios e da privação de recursos (Rodrigues *et al.*, 1999). Na eventualidade de reversão deste fenómeno (da exclusão para a integração), as características ou comportamentos que penderam para o culminar da situação de exclusão, manter-se-ão naquela que é a imagem social e popular, ainda que num tom translúcido, pois “[...] quem o foi, sempre o será” (Xiberras, 1993, p. 127).

A implementação do modelo da RRMD, juntamente com as restantes políticas adotadas no Modelo Português de Combate à Droga, contribuíram, de forma significativamente positiva, para a redução do estigma social observado face à população que utiliza drogas, vinculando-a, numa primeira fase, aos serviços que oferece, e facilitando, posteriormente, o acesso e ligação desta aos serviços de saúde e especializados em matéria de drogas (Hughes e Stevens, 2012; Cruz *et al.*, 2016; Bardell, 2019; Harm Reduction International, 2022). Não obstante, existe ainda um

longo caminho a percorrer neste âmbito, o qual necessita também de profissionais especializados que mediem as relações entre as pessoas e os serviços.

2.2.3. A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Aqui chegados, torna-se já naturalmente inquestionável o papel e relação do serviço social com este modelo de intervenção. Afirmar Bigler (2005, p. 69) que “the harm reduction approach seems ideally suited as a guide to practice in virtually all social work settings [...]”⁶, sendo, portanto, difícil dissociar ambos. Não obstante, será importante, numa primeira fase, circunscrever o serviço social enquanto profissão e, assim, delimitar o papel do assistente social na RRMD.

Na sua origem, a profissão do serviço social surge relacionada com a emergência da questão social, associada ao desenvolvimento, transformação e democratização das sociedades modernas que, ao trazerem diversidade e complexidade, alteraram, em grande medida, os modos e as condições de vida, as relações humanas e a aquisição e troca de bens e produtos. Destas alterações, resultaram, naturalmente, renovados problemas de ordem social e política, que necessitaram de uma atuação concisa, integrada e promotora de bem-estar (Almeida, 2013; Carvalho e Pinto, 2018).

Tal como afirma Robertis (1992), a profissão do serviço social define-se, em primeira instância, por um conjunto de conhecimentos e técnicas generalistas, transmissíveis entre diferentes intervenções e reproduzíveis através da educação e da aprendizagem intergeracional. Não obstante, caracteriza-se pelo dinamismo constante, pela criatividade e pela experiência desenvolvida no terreno, através dos quais aperfeiçoa, fortalece e renova o seu corpo teórico, metodológico e científico (metodologia investigação-ação).

Como definição do serviço social, adota-se a estabelecida pela *International Federation of Social Workers* e a *International Association of Schools of Social Work*, em 2014, enquanto

“[...] profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do Serviço Social nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.” (APSS, 2018, p. 5)

⁶ “A abordagem da Redução de Riscos e Minimização de Danos parece ser ideal como guia para a prática em praticamente todos os contextos de intervenção do Serviço Social.” (Tradução nossa)

O/A assistente social trata-se, portanto, de um/a agente de estabilidade social (Almeida, 2013), profissional que atua e se relaciona entre as várias esferas da sociedade, na prossecução deste bem-estar social, envolvendo os diferentes atores implicados neste processo. Em consonância com a sua identidade profissional, caracterizada pela autonomia, capacidade de mobilização e mediação, procura equilibrar as circunstâncias da ação, alicerçadas nas políticas sociais vigentes, muitas destas com normas e padrões de execução rígidos, com as condições do ambiente, a singularidade das pessoas e a disponibilidade dos recursos (Granja, 2018).

Desde o/a cidadão/ã comum, às organizações da sociedade civil e ao Estado, todos/as detêm responsabilidade e desempenham múltiplos papéis que importa combinar e potenciar para a prossecução do objetivo comum – assim, o/a assistente social desempenha a função de maestro/a que, ao deter um conhecimento aprofundado sobre a realidade social e os seus intervenientes, pretende conduzir, de forma harmoniosa, precisa e equilibrada, a complexa e dinâmica orquestra de agentes, relações e problemáticas inerentes à vida em sociedade.

Tal como afirma Ramalho (2008), “o serviço social atua, com particular incidência, em determinados grupos-alvos, tendo em atenção a amplitude, gravidade e permanência das situações de disfunção e marginalização social, pobreza, desigualdade social e necessidades básicas” (p. 113). A população que utiliza drogas e que se encontra integrada e/ou é acompanhada em programas e estruturas cuja intervenção se centra no modelo da RRMD não é exceção.

Desde logo e, como visto anteriormente, a própria origem, visão e linhas orientadoras pela qual se rege a intervenção em RRMD, são intimamente compartilhadas com os valores e princípios éticos do Serviço Social, dos quais se destacam o reconhecimento da dignidade da pessoa humana e o respeito pela sua liberdade, baseado numa ética de compreensão (Cruz *et al.*, 2016; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023). Tal, coaduna-se com a prossecução pela justiça social, assente na igualdade de acesso aos bens sociais básicos, o que exige um compromisso, bem presente na agenda do serviço social, com a prática e exercício de influência sociopolítica (Negreiros *et al.*, 1999; Vakharia e Little, 2016; APSS, 2018).

Acresce o imperativo da autodeterminação e do empoderamento da pessoa, ao promover a tomada autónoma de decisão, consciente e informada, e o poder de escolha (Antunes, 2003; Webb, 2006). Todas estas normas de conduta, assentam no

primado da prossecução, promoção e exercício dos Direitos Humanos fundamentais (Barbosa, 2011; GCDP, 2014; APSS, 2018).

No que concerne à intervenção em concreto, a RRMD está focada em atuar noutras dimensões – psicológica, social e económica - que não exclusivamente a erradicação da utilização de drogas *per se* ou o encaminhamento de todos/as os/as *toxicodependentes* para tratamento. Por si só, estas não são metas realistas e possíveis de concretizar sem o estabelecimento de uma relação profissional e de uma intervenção estabelecida com e para a pessoa a quem se dirige (Brocato e Wagner, 2003). Tal como afirma Vakharia e Little (2016), “the premise of harm reduction is that by welcoming people as they are, and by offering help that meets people’s basic needs, we can increase client engagement and lower their reluctance to change”⁷ (p. 65), sendo, portanto, coadunante com o ponto de partida de qualquer intervenção desenvolvida pelo serviço social.

A intervenção, de cariz psicossocial e assente numa perspetiva holística, permanece sustentada na relação terapêutica de ajuda e de confiança, de base horizontal, próxima e contínua, estabelecida entre o/a profissional e a pessoa a quem se dirige a intervenção (Albuquerque, 2013; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023). Uma relação gratificante, que se caracteriza pela existência de uma *therapeutic alliance*, ou seja, por uma forte ligação entre a pessoa e o/a profissional, com base na empatia, respeito, cordialidade e flexibilidade, pode ser decisiva para o resultado de qualquer intervenção (Vakharia e Little, 2016; Richert e Nordgren, 2022). Esta relação, “[...] se for eficaz, torna-se dinâmica, geradora de mudanças, geradora de crescimento, de maturação. É uma relação, uma interação de cariz profissional, confidencial, que deve ser consistente, simultaneamente macia e firme” (Patrício, 1997, p. 284). A relação é sustentada numa contratualização, ainda que informal, que delimita os diferentes papéis dos/as intervenientes, os objetivos da intervenção e as tarefas a concretizar, com base na responsabilização (Robertis, 1992).

Os processos de acompanhamento destas pessoas são, geralmente, de longa duração e morosos, dada a complexidade e multidimensionalidade de problemáticas associadas (Martelo *et al.*, 2021). O/A profissional tem o papel de ajudar a construir opções de escolha, conduzindo e acompanhando este processo, mas nunca

⁷ “A premissa da Redução de Riscos e Minimização de Danos é que, ao acolhermos as pessoas tal como elas são e ao oferecermos ajuda que satisfaça as suas necessidades básicas, podemos aumentar o envolvimento dos clientes e diminuir a sua relutância em mudar.” (Tradução nossa)

concretizando pelo/a próprio/a, nem impondo, de maneira nenhuma, os seus valores e ideais (Antunes, 2003; Barbosa, 2011; Fazenda, 2012).

Assim, a intervenção assenta em dois pilares centrais: a pragmatização, pois os objetivos desta pretendem ser reais e alcançáveis, através de uma definição gradual, no próprio tempo da pessoa, fomentando o seu envolvimento em todo o processo, a tomada de decisão e a autonomia, procurando adequar os serviços e recursos disponíveis às suas necessidades efetivas, expectativas e capacidades (Antunes, 2003; Almeida, 2013; Granja, 2018); a humanização, através da atuação direta no combate ao estigma associado a esta franja da população e à progressão no retrocesso da sua situação de exclusão social (Amaro e Santos, 1997; Webb, 2006), procurando assegurar as condições mínimas, independentemente das suas escolhas e percursos de vida e à sua automotivação face ao próprio direito à vida, com dignidade (Branco, 2000; Ferreira, 2001; Fernandes, 2009; Brinca, 2017; Vilares e Salvador, 2021).

Procurar compreender os determinantes (individuais, familiares, sociais, económicos e culturais) que se encontram em permanente relação ao longo da vida da pessoa, permite entender as suas escolhas, o seu percurso e os significados que atribui às diversas situações com as quais se depara. Tal, exige uma postura ativa e dinâmica do/a assistente social, assente na disponibilidade e compreensão face à globalidade das situações, possibilitando a mobilização, organização e ajuste constante da intervenção a realizar, fator determinante para o sucesso da mesma (Patrício, 1997; Negreiros *et al.*, 1999; Manita, 2001).

Este modelo de intervenção, mais uma vez diretamente relacionado à intervenção desenvolvida no âmbito do serviço social, não possui qualquer tipo de programa padrão ou pré-definido, dada a impossibilidade de contemplar e prever todas as características, situações ou possíveis rumos a suceder na mesma (João, 1997). Este carácter individualizado e personalizado permite que a adaptação constante às novas ou, às até então, desconhecidas necessidades, seja facilitada. Não obstante, constitui-se como um desafio diário e incessante, o exercício de uma prática profissional criativa, associada à constante necessidade de reajuste e replaneamento da intervenção. Não se pretende que seja a pessoa a enquadrar-se na intervenção, mas antes o contrário, a intervenção é que se deverá adequar à individualidade de cada ser humano, contemplando as suas características, expectativas e ambições, procurando maximizar as suas potencialidades e trabalhar as suas naturais fragilidades,

potenciadas e possivelmente mais visíveis pelas situações de exclusão vivenciadas (Antunes, 2003; Barbosa, 2011; Vilarés e Salvador, 2021).

Este processo enquadra-se nas diferentes fases da metodologia de intervenção: a análise da situação, a elaboração do diagnóstico e o tratamento, aqui considerado como a intervenção propriamente dita e colocada em prática (Robertis, 1992).

Esta intervenção privilegia o olhar multidimensional sobre as problemáticas e necessidades inerentes ao ciclo de vida das pessoas (e não apenas a utilização de drogas), sendo tão diversas quanto as próprias pessoas que as vivenciam, ainda que com a existência, logicamente, de alguns padrões e perfis comuns entre si.

Almeja, como grande objetivo, o exercício efetivo da cidadania das pessoas a quem dá resposta, sendo esta definida “[...] como um *status* concedido aos membros integrais de uma comunidade, [envolvendo] uma relação de reciprocidade entre o cidadão e o Estado” (Sposati, Falcão e Teixeira, 1989, p. 43), através de um conjunto de direitos e deveres.

A mediação é utilizada, diversas vezes, no decorrer da intervenção, enquanto método alternativo e complementar à disciplina do serviço social. Naturalmente associada à resolução de conflitos, emergentes das relações e dinâmicas interpessoais (Almeida, 2008; Neves, Garrido e Simões, 2006; Mazuelos, 2019), a mediação, no âmbito da intervenção com as PUD em RRMD, constitui também um poderoso instrumento, que visa a mudança individual e social, com o fim último de promover a participação ativa e responsável dos cidadãos (Carrasco, 2018; Almeida, 2012).

O próprio termo “*Redução de Riscos e Minimização de Danos*”, remete para a constante negociação entre a pessoa e a sociedade, constituindo o/a assistente social um “*linking agent*” (Maguire *apud* Almeida, 2008), dos diferentes níveis de atuação.

“Quando os recursos são escassos, a [...] intervenção processa-se com frequência no quadro da pesquisa de processos alternativos que permitam superar as condições de constrangimento à realização pessoal dos indivíduos e à sua inserção na sociedade, ocupando desse modo uma posição de salvaguarda dos direitos humanos e dos direitos de cidadania.” (Almeida, 2002, p. 91)

A título de exemplo, se, por um lado, a instabilidade social vivida diariamente (as guerras, a inflação e a pandemia da COVID-19), produzida pela, já referida, “*sociedade de risco*” (Beck, 1992), gera instabilidade individual, em pessoas que se encontram já em situações fragilizadas e de extrema vulnerabilidade no que concerne ao pleno exercício dos Direitos Humanos e à satisfação das necessidades básicas

(como a alimentação, a saúde, a habitação e a higiene), o impacto toma, ainda, proporções de maior escala.

A este ambiente externo, muitas vezes, não controlável, acrescem as características individuais presentes em grande parte das PUD, como a desconfiança, a ansiedade, a fraca tolerância à frustração, os mecanismos de defesa e as estratégias naturais de sobrevivência, decorrentes das vivências “à margem”. Em contrapartida, os comportamentos de risco adotados por estas geram, inevitavelmente, riscos sanitários para a sociedade geral.

A relação entre ambos (pessoa e sociedade) toma um carácter conflituoso, tratando-se de um círculo vicioso em que dificilmente se encontra uma saída benéfica e satisfatória para ambas as partes. Esta relação “antagónica” exige a presença de um/a agente que regule e medie as tensões existentes, promovendo canais facilitadores de comunicação, com vista a um acordo comum, satisfatório e exequível para as partes envolvidas (Severson e Bankston, 1995; Carapinha, 2009).

Acresce, ainda, a utilização deste método nas relações entre as PUD e os próprios serviços, na procura da melhoria da acessibilidade e da extinção de situações de tratamento diferenciado, como já analisado (Almeida, 2002).

Denota-se, portanto, a prevalência de variáveis individuais, sociais e contextuais na utilização de drogas (Carapinha, 2009), que abarcam múltiplos conflitos, enquadrados nos diferentes contextos de atuação do serviço social. Como tal e, na procura de reverter a situação de exclusão social vivenciada por estas pessoas, são distinguidos três tipos diferentes de mediação a serem aplicados, com e através da articulação com os recursos do meio envolvente – trabalho em rede (Almeida, 2008; Martelo *et al.*, 2021).

No contexto de atuação micro, a *mediação-assistência* (Almeida *apud* Barbosa, 2011), diretamente relacionada com a intervenção individual em RRMD, é definida como um processo de aplicação de bens materiais essenciais e da ligação pontual aos serviços, com vista à satisfação imediata das necessidades básicas. Sem as necessidades básicas satisfeitas, dificilmente se conseguirá gerar efetiva mudança na abordagem das relações e comportamentos das pessoas e, conseqüentemente, de se concretizar um processo de acompanhamento estruturado e consistente (Kelly *apud* Moore, 2014).

O “patamar” seguinte, integrado no nível de atuação meso e definido como *mediação-acessibilidade*, consiste no encaminhamento mais estruturado para os recursos sociais

da comunidade (aqui entendido como não apenas de caráter imediato e assistencial, mas de longa duração ou, até, permanente, que proporcione uma resposta adequada à situação). Enquadra-se, ainda, a orientação e o fornecimento de informação sobre os próprios direitos, com vista à tomada consciente de decisões e exercício destes nos contextos oportunos. Esta fase procura que a pessoa reconheça os recursos existentes e usufrua destes para melhoria da sua situação, promovendo mudanças por catálise (Almeida, 2002; Mazuelos, 2019).

Por último, a *mediação-dinamização* (Almeida *apud* Barbosa, 2011), enquanto processo de intervenção comunitário, no nível macro de atuação, através da mobilização eficiente e de máximo aproveitamento dos recursos da comunidade, através do trabalho em rede (Martelo *et al.*, 2021). Procura também gerir possíveis tensões, práticas discriminatórias e iniquidade de tratamento praticadas, de forma consciente ou inconsciente, por estas face às PUD, assim como desburocratizar procedimentos inerentes a estes (Mazuelos, 2019). É neste nível de atuação que o/a assistente social, através do seu papel de influência sociopolítica, atua na “[...] promoção de alterações das representações sobre as pessoas com CAD” (Martelo *et al.*, 2021, p. 160), envolvendo diferentes atores sociais, com vista a uma intervenção coordenada de base comunitária (Almeida, 2008).

Em suma, neste exercício diário dos/as assistentes sociais que exercem funções na área da RRMD, são visíveis diversos atos profissionais inerentes à profissão: o Apoio, a Avaliação e o Acompanhamento Psicossocial (realizados no terreno, observando o contexto, as dinâmicas e relações existentes), o Diagnóstico Social, o Aconselhamento e Orientação, o Encaminhamento, a Intervenção em Situação de Crise, o Apoio Jurídico, a Dinamização de Reuniões de Grupo, a Articulação Interinstitucional, a elaboração de Informações e Relatórios Sociais, a Mediação Social, a Formação contínua e a Supervisão (João, 1997; Brinca, 2017; APSS, 2018; Vilares e Salvador, 2021).

Ferreira (2001, p. 55), destaca ainda a Prevenção Social, “[...] enquanto estratégia integrada de combate à droga incluindo atores sociais, estruturas, serviços e forças vivas da comunidade, não esquecendo um desenvolvimento local integrado”, atuando ao nível comunitário participativo, numa abordagem ecológica.

No âmbito da RRMD, o trabalho comunitário desenvolvido pelos/as assistentes sociais adquire duas dimensões: quando é desenvolvido com uma determinada comunidade,

que integra PUD e pessoas que não utilizam drogas, mas que partilham o mesmo território – comunidades de base geográfica; e quando é desenvolvido apenas com a população que utiliza drogas, que por partilharem os mesmos interesses – neste contexto, a utilização de drogas - e, por possuírem características semelhantes, desenvolvem um sentimento de pertença ao grupo, essencial à identidade pessoal do ser humano – comunidades de base identitária (Esgaio, 2018; Payne, 2020). Esta última dimensão é comumente designada como serviço social de grupos, não deixando de estar intrinsecamente relacionada com o serviço social comunitário.

No entanto, centrar-nos-emos no trabalho desenvolvido com a comunidade, não se caracterizando esta apenas como um território (espaço geográfico), mas como um espaço onde proliferam relações sociais, com as mais distintas características e finalidades, muitas vezes sentidas como conflituosas e tensas. O trabalho do/a assistente social comporta, portanto, condicionantes individuais, sociais e estruturais. Centra-se na desconstrução das barreiras relacionais existentes, na redução da tensão e desintegração social, procurando quebrar o ciclo de distanciamento das pessoas vs. instituições e da estigmatização e discriminação inerentes (Seller, 2004).

As estratégias de mediação e de negociação são privilegiadas neste contexto, juntamente com a aplicação, complementar e implícita, do modelo ecológico, sustentado na filosofia da constante relação, influência e existência de trocas permanentes entre a pessoa e o meio em que se encontra inserida. Prima pelo desenvolvimento de uma abordagem holística, ao envolver todos os intervenientes, para que estes possam participar ativamente no processo de crescimento, desenvolvimento e mudança (Payne, 2020). Os/as técnicos/as das respostas de RRMD que se encontram no terreno, numa lógica de cuidados de proximidade, aprofundados no plano temporal, constituem-se como interlocutores-chave neste processo (Ferro *et al.*, 2014; Carmo, 2018; Esgaio, 2018).

Como fim último, objetiva-se o alcance de uma identidade comunitária e da criação de uma cultura de solidariedade (Carmo, 2018), que se efetivará com o estabelecimento e fortalecimento de relações de confiança e de apoio mútuo (entre as pessoas, os grupos e as instituições), da criação de um sentimento de pertença ao espaço e de vinculação social. O sucesso desta intervenção ditará a aproximação da população às estruturas formais, o surgimento de novas iniciativas de carácter formal/informal e a maximização do potencial coletivo, através da fusão da singularidade e diversidade dos membros daquela mesma comunidade (Seller, 2004; Ferro *et al.*, 2014; Payne, 2020; Ramalho, 2020).

Procurar o bem-estar individual das PUD (através de práticas de consumo mais seguras, por exemplo), constitui o caminho para a obtenção do bem-estar de toda a comunidade envolvente. É esta a premissa do trabalho da RRMD e do serviço social. Este trabalho, que deve ser desenvolvido com e para ambos/as, pela relação bilateral de trocas permanentes que lhe é característica, objetiva um mesmo fim: o bem-estar social, no seu sentido mais lato, geral e diversificado (Negreiros *et al.*, 1999).

A RRMD “[...] apresenta contribuição no âmbito social quando indaga consensos e preconceitos estabelecidos em torno dos consumidores de drogas, por reconhecer as diversas relações de uso de drogas e por valorizar a cidadania dessas pessoas, por meio de práticas de acolhimento, escuta aos indivíduos envolvidos e diálogo com outras instâncias também envolvidas com esse público” (Cruz *et al.*, 2016, p. s/n).

Em suma, a RRMD e o serviço social tornam-se parceiros ao partilharem valores fundamentais na sua intervenção, que podem ser combinados para fornecer serviços mais completos e abrangentes. Porém, verifica-se uma existência limitada de diretrizes e orientações para a prática, o que contribui para a falta de conhecimento do próprio modelo de RRMD, limitando o potencial de aplicabilidade deste na prática quotidiana dos/as assistentes sociais (Vakharia e Little, 2016; Richert, Stallwitz e Nordgren, 2023). Não obstante, a profissão do serviço social apresenta clara importância para a reflexão e, conseqüente, inovação de práticas em RRMD.

2.3. EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS ATUAIS NA UTILIZAÇÃO DE DROGAS

Com as metamorfoses associadas à natural evolução das sociedades contemporâneas, tem-se verificado, ao longo da última década, o desenvolvimento de novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais no contexto da utilização de drogas. Nestas, destaca-se a diversidade crescente de substâncias existentes e disponíveis no mercado, as novas formas de consumo e contextos de utilização de drogas, novos perfis de utilizadores, diferenciados do padrão habitual e já conhecido. Evidentemente, e associado a este fenómeno multidimensional e inconstante, surgem novos desafios e levantam-se renovadas questões, que merecem um olhar atento, que possa incitar o debate da adequação e pertinência da intervenção até então desenvolvida (Monteiro, 2013; SICAD, 2013; Borges, 2020; Cruz, 2021; Rêgo *et al.*, 2021).

Para tal, julga-se pertinente realizar um breve enquadramento sobre o fenómeno evolutivo da utilização de drogas, procurando percorrer as publicações mais recentes

e os últimos dados estatísticos sobre a temática, possibilitando a realização de uma análise comparativa face à realidade até então conhecida, aquando da implementação do reconhecido Modelo Português de Combate à Droga.

2.3.1. PREVALÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE DROGAS E NOVOS PERFIS DE PESSOAS QUE USAM DROGAS

De acordo com os dados disponibilizados através do *World Drug Report 2023*, verifica-se que, a nível mundial, ocorreu um aumento de cerca de 23% no número total de pessoas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, que utilizou algum tipo de Substância Psicoativa (SPA) nos últimos 12 meses, passando de 240 milhões em 2011 para 296 milhões em 2021. Os especialistas associam este aumento ao crescimento natural da população (UNODC, 2023).

Relativamente ao contexto europeu, o Relatório Europeu sobre Drogas de 2022, publicado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), estima que mais de 83 milhões de pessoas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, tivessem consumido algum tipo de SPA, pelo menos uma vez ao longo da vida, o que representa cerca de 29% da população residente na União Europeia. A prevalência de consumo é superior no sexo masculino. Quanto às substâncias predominantes, verifica-se que a canábis continua a ser a substância mais utilizada, o que vem corroborar os dados dos relatórios anteriores, seguindo-se os estimulantes (OEDT, 2022).

Tal como já se perspetivava anteriormente, observa-se uma prevalência decrescente no consumo de heroína e outros opiáceos nos últimos anos (Fernandes da Silva, 2011). Não obstante, estas são as SPA que maior impacto têm e que mais danos causam à população, seja através das consequências sanitárias, seja através das mortes por *overdose* (OEDT, 2022; UNODC, 2023). De destacar, o aumento da utilização de drogas sintéticas, de NSP e de medicamentos não prescritos nos últimos anos (House of Commons, 2019; OEDT, 2022).

Em Portugal, estima-se que cerca de 10% da população já tenha consumido, pelo menos uma vez, uma SPA ao longo da vida.

À semelhança dos dados europeus, também em Portugal o consumo de canábis é predominante, verificando-se um agravamento desde 2012. Da população que utiliza esta substância, destacam-se os jovens por se constituírem uma parte significativa desta. Associado à utilização desta substância, realça-se o aumento da frequência de episódios psicóticos com o diagnóstico secundário de consumo de canábis e o

aumento do consumo associado a dependência e não apenas a consumo recreativo (Monteiro, 2013; Gonçalves-Pinho, 2021).

Das substâncias mais utilizadas, segue-se a cocaína e o *ecstasy*. Importa, também, não descurar o consumo de álcool, que se tem agravado nos últimos anos (Cruz, 2021; SICAD, 2022) e o recente consumo das NSP (Carvalho, 2021).

Em 1998, estimava-se que cerca de 1% da população portuguesa tinha CAD associados à utilização de drogas, que se traduz, na atualidade, para cerca de 0,33% da população total (Goulão, 2022).

Também em Portugal, a utilização de drogas por via endovenosa tem vindo a diminuir. Atualmente, presume-se que existam cerca de 12 500 pessoas que utilizam drogas por via endovenosa (Harm Reduction International, 2022). Dados de 2020, estimam que a proporção de seringas esterilizadas, distribuídas em programas de RRMD, por ano, seja de 100 seringas por cada pessoa que utiliza drogas por via endovenosa (OEDT, 2022).

Quanto à situação sanitária, existem 61433 casos de infeção por VIH e 22835 casos de SIDA ativos, acumulados entre o período temporal de 1983 e 2020 e associados diretamente à utilização de drogas, representando assim 32% e 43% da totalidade de casos, respetivamente. Existiu um alarmante aumento de novos casos até 1999, os quais foram decrescendo ao longo das últimas duas décadas, sendo, atualmente, praticamente residuais. Esta visível diminuição trata-se do reflexo das melhorias no acesso aos cuidados de saúde e do sucesso das políticas e medidas existentes no âmbito dos CAD, dos quais se destacam os programas de RRMD, com a distribuição de material de consumo asséptico. Contudo, a diversidade crescente de substâncias e de formas de consumo tem também impactado nesta questão (DGS e INSA, 2020; Rêgo *et al.*, 2021; SICAD, 2022).

De salientar, ainda, as condenações relacionadas ao tráfico e utilização de drogas. Se em 1999, no contexto nacional, 44% das pessoas detidas tinha penas de prisão associadas a tal, em 2019, duas décadas depois, verifica-se um decréscimo deste valor para 18% (Greenwald, 2009; Quintas, 2021).

Em 2021, foi registado o valor mais elevado de *overdoses* da década, somando um total de 74 mortes associadas à utilização e intoxicação por drogas (SICAD, 2022).

Não foram encontrados dados concretos, a nível europeu, que traduzam ou espelhem o número de pessoas acompanhadas em programas e estruturas de RRMD. No entanto, verifica-se que o período de pandemia COVID-19, entre 2020 e 2022,

potenciou o desenvolvimento da intervenção em RRMD e da abertura de novas estruturas e programas neste âmbito, não só na Europa, como em todo o mundo (Harm Reduction International, 2022). O relatório *The Global State of Harm Reduction*, de 2022, refere que este aumento

“[...] is a testament to the dedication, resilience and strength of community, civil society and international organizations, which have successfully advocated for a health and human rights-based approach to drug use despite extremely limited resources.” (Harm Reduction International, 2022, p. 23)⁸

Relativamente ao contexto nacional, sabe-se que, em 2011, o número de utentes sem enquadramento socio familiar integrados em estruturas e programas de RRMD era de 12550 pessoas, sendo a grande maioria do sexo masculino (acima de 80%) e na faixa etária dos 35 aos 44 anos (SICAD, 2013).

Se, até então, existia um perfil clássico e profundamente conhecido da população que utilizava drogas, como já referido anteriormente, atualmente, verifica-se uma maior diversidade e complexidade face aos perfis das PUD e face aos próprios padrões de utilização de drogas (Cruz, 2021; OEDT, 2022).

Estes novos perfis, tão variados e distintos da população clássica, são de difícil uniformização quando se trata de as “submeter” às tradicionais classificações e categorizações (Cruz, 2021). Verifica-se a existência de

“[...] pessoas de todas as idades, frequentemente saudáveis, socialmente integradas e com elevado grau de instrução (...); mulheres de todas as idades que apresentam uma relação muito mais intensa com o consumo de álcool e drogas; pessoas mais jovens, que utilizam canábis de forma intensiva (...) e que desenvolveram dependência a essa substância; pessoas adultas, informadas e esclarecidas, que se envolvem em experiências deliberadas com substâncias psicadélicas para fins de exploração dos limites da sua consciência; (...) que sofrem de doenças mentais, e que se envolvem em experiências deliberadas com substâncias psicadélicas para fins terapêuticos (...).” (Carvalho, 2021, p. 25)

Destaca-se a visível heterogeneidade presente neste fenómeno, com consumos cada vez mais recreativos e ocasionais e não percecionados como problemáticos (Fernandes da Silva, 2011). Consequentemente, esbatem-se as tradicionais noções de CAD, tornando difícil percecionar as ténues linhas que separam e cruzam as fronteiras entre o que é considerado uma utilização problemática ou não, ainda que

⁸ “[...] é um testemunho da dedicação, da resiliência e da força da comunidade, da sociedade civil e das organizações internacionais, que defenderam com êxito uma abordagem do consumo de drogas baseada na saúde e nos direitos humanos, apesar dos recursos extremamente limitados.” (Tradução Nossa)

qualquer tipo de utilização de drogas presente, inquestionavelmente, riscos associados.

O policonsumo assume maior relevância na atualidade e nestes contextos diferenciados, ao contrário da substância de eleição, ainda que com a possibilidade de existirem outros consumos associados, como se conhecia até então. Esta “nova” realidade de traços e perfis e de movimentos associados à utilização de drogas traduz-se numa das faces visíveis da transformação sociocultural contemporânea (Rêgo e Anjos, 2021).

2.3.2. NOVAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As Novas Substâncias Psicoativas (NSP) caracterizam-se por serem substâncias novas, no seu estado puro ou na sua preparação, que não se encontram abrangidas pelos Acordos Internacionais de Controlo de Drogas (da qual fazem parte, a Convenção Única sobre os Estupefacientes das Nações Unidas, de 1961 e a Convenção das Nações Unidas sobre as Substâncias Psicotrópicas, de 1971), nem os seus compostos se encontram regulamentados (Henriques e Silva, 2016; Janikova *et al.*, 2016; Lavado *et al.*, 2018; Carvalho, 2021).

Estas constituem-se como graves ameaças à saúde pública e às sociedades, não só pela possível adulteração das mesmas, associadas a elevados níveis de potência e pureza, mas o facto de se desconhecer os potenciais riscos e perigos provocados pelo seu consumo (OEDT, 2010; Henriques e Silva, 2016; OEDT, 2022).

O surgimento das NSP é o reflexo de um mercado de droga cada vez mais dinâmico, complexo e criativo (Cruz, 2021), do qual se destaca a facilidade de acesso a uma multiplicidade de substâncias (UNODC, 2021). Só em 2019, “[...] foram detetadas mais de 400 novas substâncias psicoativas no mercado europeu de droga” (OEDT, 2021, p. 26). Já até ao final de 2021, o OEDT “[...] monitorizava cerca de 880 novas substâncias psicoativas, das quais 52 foram comunicadas pela primeira vez na Europa em 2021” (OEDT, 2022, p. 38).

Dos meios de acesso, evidenciaram-se, durante algum tempo, as lojas físicas especializadas, comumente designadas de *smartshops*, pelo seu surgimento e expansão acelerada a partir de 2007, em Portugal, e a partir de 2009, noutros Países-Membros da UE, como a Polónia, a Roménia e a República Checa (Henriques e Silva, 2016; Carvalho, 2021). A passagem destas lojas em território nacional foi fugaz, pois,

em 2013 e, como forma de amenizar este fenómeno, o governo português, através do Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, procurou definir o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas, que resultou no encerramento gradual das *smartshops* pelas autoridades de saúde. Quanto às NSP *per se*, o resultado deste quadro legal foi pouco útil, dado que nenhuma NSP detetada foi adicionada, posteriormente, à lista de NSP já existente e enquadrada legalmente, que continha, na sua génese, 159 substâncias, através da Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril (Henriques e Silva, 2018; Carvalho, 2021).

Em célere e contínuo desenvolvimento, realçam-se os meios digitais, os mercados via internet, como é o caso da *darkweb*, que, pela segurança, discrição e acessibilidade que fornecem aos utilizadores, se encontram a ganhar cada vez mais visibilidade (Janikova *et al.*, 2016; Lavado *et al.*, 2018; Carvalho, 2021; OEDT, 2022; SICAD, 2022). Estes novos meios de acesso às substâncias vêm constatar o já evidenciado: o mercado das drogas está cada vez mais diverso, em constante readaptação e complexificação face aos novos utilizadores (Cruz, 2021; Rêgo e Anjos, 2021).

No contexto português, verifica-se que o consumo tem um carácter mais ocasional e recreativo, na presença de outras pessoas, em contextos de sociabilização e diversão noturna. As pessoas que utilizam as NSP, caracterizam-se por padrões de consumo menos problemáticos, sendo frequentemente descritas como capazes de conciliar estes com o estilo de vida convencional, em termos familiares, profissionais e sociais (Cruz, 2021).

As substâncias que mais facilmente estão disponíveis no mercado são, essencialmente, as catinonas sintéticas, que servem de alternativa aos estimulantes (como as anfetaminas e a cocaína), os canabinóides, vendidos enquanto alternativa à *cannabis*, e as feniletilaminas. As vias de administração assemelham-se às das drogas clássicas: a via de administração fumada e/ou inalada para os canabinóides sintéticos; as vias fumada, inalada e oral para as catinonas; e a via oral (sublingual e/ou mastigada) para as feniletilaminas (Lavado *et al.*, 2018; OEDT, 2022).

Quanto aos riscos associados à utilização destas substâncias, destacam-se os sintomas ansiosos, as alterações de humor e de sono e, com menos frequência, os sintomas psicóticos. Estes associam-se à possível consolidação de problemas de saúde mental, como a perturbação de ansiedade, episódios psicóticos, comportamentos auto-lesivos e sintomas maníacos. Verifica-se, também, a existência

de danos no domínio da saúde física, ainda que os dados existentes sejam pouco concretos neste domínio (Lavado *et al.*, 2018).

No que concerne aos perfis de utilizadores destas substâncias, Vavrincikova *et al.* (2016) distinguem três categorias, que se diferenciam pela motivação e contexto de utilização destas:

- a) Utilizadores de contextos festivos, da qual fazem parte pessoas mais jovens, profissionalmente ativas ou estudantes e onde a utilização destas substâncias pode ser, em parte, desconhecida e influenciada pelo próprio meio – categoria predominante no contexto português (Lavado *et al.*, 2018);
- b) Utilizadores “problemáticos”, pouco comuns no contexto português, que enquadram um grupo mais restrito de pessoas com especificidades inerentes (mais velhas, socioeconomicamente mais vulneráveis e com padrões de consumo de alto risco). A utilização de NSP está associada também ao desconhecimento, relacionado com a adulteração das drogas clássicas, como a heroína e a cocaína (Henriques e Silva, 2018);
- c) Psiconautas, pequena franja desta população, que se diferencia pela motivação para utilização das NSP, caracterizada por maior intencionalidade e conhecimento: são pessoas que procuram alcançar novas experiências sensoriais através da utilização de drogas – psicadelismo.

De evidenciar uma característica distinta na utilização destas substâncias, menos presenciada na utilização das drogas clássicas, por exemplo: o fator desconhecimento. As NSP são introduzidas no mercado, muitas vezes, de forma temporária, para substituir outras substâncias já conhecidas, não tendo o/a utilizador/a pleno conhecimento de que as está a utilizar (Lavado *et al.*, 2018).

Importa, ainda, dar destaque a uma outra vertente, que não se caracteriza pelo fator “novidade”, mas pela própria finalidade dada à sua utilização e características de acesso, que divergiram no tempo. Fala-se, em concreto, do caso do fentanilo que, na sua origem, foi publicitado pelas farmacêuticas enquanto medicamento para o alívio e tratamento da dor, sendo legal e, por isso, de fácil acesso, o que culminou, nos anos 90, numa prescrição médica massiva desta substância. Rapidamente, se constatou a gravidade e o nível de dependência que causava, abrindo caminhos para a produção

ilegal e sintética de derivados deste, bem como tráfico a preços acessíveis, constituindo, atualmente, um grave problema social e sanitário nos EUA e no Canadá (Knaak *et al.*, 2019; Seabra, 2021; Amaro *et al.*, 2022; OEDT, 2022).

A atual diversidade de motivações, interações e finalidades na relação com a utilização de drogas, seja na procura constante da testagem dos limites do corpo e da consciência, seja na busca do *self* e da identidade própria, seja na procura de novas sensações, desinibição e melhoria da *performance* sexual – *chemsex* (sexo químico), apenas constata a diversidade sociocultural existente e a emergência da mudança de paradigma necessária na intervenção realizada (Lavado *et al.*, 2018; Carvalho, 2021; Cruz, 2021; Fernandes, 2021).

2.3.3. UTILIZADORES DE DROGAS DE LONGA DURAÇÃO E ENVELHECIMENTO

Em Portugal, verifica-se um acentuado envelhecimento demográfico nos últimos anos. De acordo com os Censos de 2021, o índice de envelhecimento da população era de 182 idosos, com 65 e mais anos, por cada 100 jovens, com idades entre os 0 e os 14 anos, mais 80 idosos por cada 100 jovens, desde 2001 (INE, 2021).

A este fenómeno, cada vez mais visível nas sociedades ocidentais e com tendência a favorecer a inversão, cada vez mais acelerada, da pirâmide etária, associam-se duas variáveis: a diminuição da natalidade e o aumento da longevidade e da esperança média de vida, com os avanços na tecnologia, na saúde e na qualidade de vida das pessoas (Almeida, 2012).

Em consonância com o descrito, também as PUD, principalmente, as de longa duração, a “população clássica” a que a RRMD estava tão familiarizada na sua intervenção, encontram-se cada vez mais envelhecidas, degradadas e fragilizadas, apresentando comorbilidades físicas e psíquicas. Sendo pessoas mais velhas e, cumulativamente, utilizadores/as de drogas, tornam-se uma população duplamente vulnerável (Goulão, 2006; Beynon, 2008; Seabra, 2021; OEDT, 2022):

“By the age of 40, people who are dependent on drugs generally have a long history of problematic substance use and this is likely to accelerate conditions associated with ageing. There are higher incidences of both physical and mental problems among older

drug users than among their peers of the same age in the general population.”⁹
(Johnston *et al.*, 2017, pp. 9–10)

A EMCDDA (2008) distingue dois grupos de PUD: as pessoas que iniciaram os seus consumos ainda em idade jovem, designados de *sobreviventes*, e as pessoas que iniciaram os seus consumos em idade tardia, os *reativos*. Neste segundo grupo, enquadram-se, também, as pessoas que detêm um consumo problemático com medicamentos sujeitos a receita médica ou de venda livre.

Em ambos os grupos, existe uma predisposição para o aparecimento de problemas de saúde específicos, cuja aceleração de desenvolvimento é potenciado pela utilização anterior ou atual de drogas e pelas respetivas vias de administração utilizadas. Simultaneamente, o surgimento destes problemas de saúde constitui-se como fator de risco acrescido para o abuso de substâncias (EMCDDA, 2008). São exemplo, os problemas circulatórios (como as trombozes venosas e as úlceras em locais de injeção), os problemas respiratórios (pneumonias e falta de ar), as neoplasias, a diabetes, as cirroses hepáticas e as perturbações neurocognitivas e de saúde mental (como a perda de memória, as alterações de humor e as perturbações da personalidade), entre outros (Beynon, Stimson e Lawson, 2010; Roe *et al.*, 2010; Ayres *et al.*, 2012; Johnston *et al.*, 2017).

Às comorbilidades que esta população apresenta, acresce a cronicidade de dependência de drogas e as próprias características específicas, já mencionadas anteriormente. Todos estes fatores, agregados, carecem, naturalmente, de cuidados especializados e adaptados, não só no âmbito da saúde, mas também social (Beynon, Stimson e Lawson, 2010).

No domínio social, as pessoas mais velhas que utilizam drogas enfrentam, de forma mais frequente, o isolamento social e a solidão, decorrentes de fatores como o desemprego, a vulnerabilidade económica e habitacional em que se encontram, da qual fazem parte a subsistência através de apoios pecuniários sociais e a vivência em situação de sem-abrigo. Acresce a própria autoimagem e autoestima desta população, afetadas pelo longo percurso de estigmatização e exclusão social, que potencia o

⁹ "Aos 40 anos de idade, as pessoas dependentes de drogas têm, geralmente, um longo historial de consumo problemático de substâncias, o que é suscetível de acelerar as condições associadas ao envelhecimento. Há uma maior incidência de problemas físicos e mentais entre os consumidores de drogas mais velhos do que entre os seus pares da mesma idade na população em geral." (Tradução nossa)

sentimento de vergonha face à utilização de drogas na sua idade (Johnston *et al.*, 2017).

Na realidade, não existem respostas dirigidas ou adequadas a esta população, muito menos com base no propósito de atuação da RRMD, que considerem e/ou tenham capacidade de dar resposta técnica à possibilidade de decisão de manutenção dos consumos. De salientar, ainda, que os próprios programas e estruturas socio sanitárias previstas na legislação que enquadra a RRMD, não se encontram preparados para acolher e intervir esta “nova” geração de PUD (EMCDDA, 2008; Borges, 2020; Seabra, 2021; Silva, 2021).

Acresce que as próprias políticas e orientações continuam a privilegiar a prevenção e a intervenção com a população mais jovem, não considerando as necessidades, nem prevendo respostas para as PUD que se encontram, naturalmente, a envelhecer (Beynon, McVeigh e Roe, 2007). Tal como afirma Roe *et al.* (2010, p. 1968), “[the] use of illicit drugs by older people is a neglected policy, research and service provision and is generally perceived as a lifestyle of younger populations”¹⁰.

Querer enquadrar estas pessoas nas estruturas rígidas e já existentes no âmbito do envelhecimento, nomeadamente nas tradicionais Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), potencia uma difícil adaptação e curta permanência nestas respostas. Tal, é reforçado pelas crenças individuais destas pessoas, associadas a experiências discriminatórias vivenciadas anteriormente no acesso aos serviços, que potencia a resistência a qualquer interação com este tipo de estruturas.

No entanto, países da Europa como a Alemanha e a Dinamarca, desenvolveram já experiências-piloto de ERPI especializadas e dirigidas às PUD que já não possuem faculdades de se autocuidar, que se têm revelado bastante pertinentes e adequadas. Nos EUA, foi desenvolvida uma resposta de base comunitária, denominada de *Geriatric Addiction Program*, de prestação de serviços sociais e cuidados de saúde no domicílio. De igual forma, também os programas de *Housing First* têm demonstrado ser uma alternativa para esta população, contando já com uma vasta evidência científica do seu sucesso nos últimos anos (Johnston *et al.*, 2017).

Com a existência de uma população cada vez mais envelhecida, o número de pessoas idosas que utilizam drogas irá tendencialmente aumentar, juntamente com os custos

¹⁰ “O uso de drogas ilícitas por pessoas idosas é um tema negligenciado nas políticas, na investigação e na prestação de serviços, sendo geralmente percecionado como um estilo de vida das populações mais jovens.” (Tradução nossa)

sociais inerentes ao cuidado e tratamento destas. Torna-se, portanto, imperativo investir em conhecimento científico nesta área, procurando promover, não só intervenções e serviços mais oportunos e eficazes, mas também a capacitação e sensibilização dos profissionais para intervir de forma adequada e promover um envelhecimento com dignidade (Almeida, 2012). Através do conhecimento aprofundado desta nova geração, dos seus hábitos, padrões e motivações para a utilização de drogas, juntamente com a real e ativa participação destas pessoas no processo, será possível repensar respostas adequadas e inovadoras, seja no âmbito do envelhecimento com qualidade de vida, seja para promover um fim de vida com qualidade (Beynon, McVeigh e Roe, 2007; EMCDDA, 2008; Johnston *et al.*, 2017).

2.4. DESAFIOS ATUAIS À REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Observada a consolidação do modelo da RRMD, associada à importante componente de atuação do serviço social neste âmbito e descritas as atuais dinâmicas sociodemográficas e socioculturais verificadas no contexto da utilização de drogas, carecem agora de análise os desafios sentidos e a necessidade de adequação da intervenção desenvolvida, partindo dos resultados, até então verificados, da implementação deste modelo.

Dado que a droga faz parte da história da humanidade, pensar num mundo livre de drogas não se trata de um objetivo realista. Tal como clarifica Escohotado (1996, p. 206)

“Tenemos que poder plantear la intervención sobre las drogas, la intervención social y la intervención terapéutica en sus justos términos. Tenemos que poder preguntarnos cómo vive o cómo puede vivir esa persona que atendemos. Necesitamos considerar cuáles son sus fuentes de placer; en qué recovecos de sus necesidades y dificultades se podría acabar situando el abuso... Y todo ello sin crearle un mundo pseudomoral, radicalmente enfrentado a lo que es su vida cotidiana; sin que por renunciar a las drogas o por controlar su uso tenga que por renunciar a ser una persona feliz; sin que tenga que abandonar su cultura, su mundo social, sus modelos de vida y de persona... para caer en la nada, en la ausencia de todo, incluidas las drogas.”¹¹

¹¹ “Temos de ser capazes de abordar a intervenção nas drogas, a intervenção social e a intervenção terapêutica nos seus devidos termos. Temos de ser capazes de nos perguntar como é que a pessoa com quem estamos a intervir vive ou pode viver. Temos de considerar quais são as suas fontes de prazer; em que recantos das suas necessidades e dificuldades o abuso pode acabar... E tudo isto sem lhes criar um mundo pseudomoral, radicalmente oposto à sua vida quotidiana; sem que tenham de abandonar a droga ou controlar o seu consumo para renunciarem a ser uma pessoa feliz; sem que tenham de abandonar a sua cultura, o seu mundo social, os seus modelos de vida e de pessoa... para cair no nada, na ausência de tudo, incluindo a droga.” (Tradução nossa)

Por isso, a mudança de uma abordagem proibicionista para a adoção da descriminalização do consumo de drogas e da RRMD, trouxe largos benefícios para o contexto socio sanitário português. Desde logo, a diminuição da transmissão de doenças infectocontagiosas relacionadas com a utilização de drogas, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), diretamente associado a práticas de consumo mais seguras e à utilização de vias de administração alternativas à via endovenosa. A diminuição geral da utilização de drogas e a promoção de uma utilização de novas drogas mais segura e consciente. A diminuição de mortes relacionadas com a utilização de drogas e de *overdoses*. A diminuição da criminalidade associada à utilização de drogas.

Todas estas “pequenas” mudanças foram, em parte, promotoras do acesso à saúde e da efetivação deste direito por esta população (Greenwald, 2009; Johnston *et al.*, 2017; Cruz, 2021; Amaro *et al.*, 2022; Claborn *et al.*, 2023). Existe evidência científica suficiente que demonstre o sucesso da aplicabilidade de modelos de RRMD no contexto da utilização das drogas e consequentes benefícios para a saúde pública e sociedade em geral (Hunt, 2008; House of Commons, 2019).

2.4.1. UMA ESTRATÉGIA PARA TODOS/AS: A NECESSIDADE DE REQUALIFICAR A INTERVENÇÃO

Não descurando todos os ganhos inerentes à adoção da abordagem da RRMD, verifica-se, atualmente, alguma dificuldade no acompanhamento da política e na operacionalização deste modelo face às novas tendências sentidas (Quintas, 2021; OEDT, 2022).

Na esfera política e, portanto, na dimensão macro, é referida a contínua necessidade de concretizar serviços previstos no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de Junho (que regula o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos), previstos há mais de 20 anos, que nunca foram implementados no terreno. Destes fazem parte: a extensão dos Programas de Troca de Seringas em contexto prisional; a possibilidade de fornecimento de Cloridrato de Naloxona (medicamento antagonista de opióides, altamente eficaz na reversão de *overdoses* por opiáceos) a serviços fora do âmbito da saúde e, até mesmo, a disponibilização deste medicamento junto das PUD, aliado à disponibilização de formação e de informação quanto à forma de administração do mesmo (House of Commons, 2019; Curado, Belo e Fuertes, 2021; Rêgo *et al.*, 2021; Claborn *et al.*, 2023).

Em paralelo, é necessário consciencializar os organismos que detêm poder de decisão para a sua responsabilidade social nesta temática, exercer influência para a necessidade emergente de atualização e adequação desta política face às mudanças observadas e da criação de políticas sociais agregadoras, enquanto mecanismos complementares. Espera-se que a “[...] conceção de legislação e políticas públicas [sejam] baseadas em problemas reais e pessoais reais, e não em conceções perpassadas pelo tempo e pelas crenças ideológicas” (Amaro *et al.*, 2022, p. 48). Devem, portanto, ser sustentadas em evidência científica, com dados reais e uniformizados entre países, mas adequadas às suas próprias realidades, apoiadas no conhecimento das instituições e envolvimento das equipas técnicas que diariamente intervêm no terreno e que detêm conhecimento privilegiado sobre o mesmo, alicerçadas numa estratégia *bottom-up* e não o contrário, como tendencialmente se verifica (Sposati, Falcão e Teixeira, 1989; Beynon, 2008; Greenwald, 2009; Cruz, 2021; Rêgo e Anjos, 2021; UNODC, 2021).

“Recent developments in drug policy have put increasing emphasis on a comprehensive, integrated, balanced, and scientific evidence-based approach which closely intersects public health and socio-economic responsibilities, human rights, sustainable development and decriminalization.”¹² (Bardell, 2019, p. 6)

Alicerçado à necessidade de criação e/ou adequação de políticas, urge a necessidade de atualização da dotação orçamental disponibilizada para o exercício de funções no terreno que é, na maioria das vezes, muito insuficiente, fomentando a precariedade laboral dos trabalhadores da área social (House of Commons, 2019; Carvalho, 2021; Harm Reduction International, 2022).

É imprescindível reforçar serviços implementados recentemente, que se têm demonstrado insuficientes face à procura-oferta existente, tanto no que se refere ao aumento do número de estruturas, que procurem abranger uma maior dispersão geográfica, tanto pelo reforço das equipas já existentes. Fala-se dos Serviços de Controlo e Testagem de Drogas (*Drug Checking*) e das Salas de Consumo Assistido - a primeira implementada em 2021, em Lisboa (Lavado *et al.*, 2018; Curado, Belo e Fuertes, 2021; Seabra, 2021; Valente e Martins, 2021; Rêgo e Anjos, 2021; OEDT, 2022; Claborn *et al.*, 2023).

¹² “A evolução recente da política de luta contra a droga tem dado cada vez mais ênfase a uma abordagem global, integrada, equilibrada e baseada em provas científicas, que intersecta estreitamente a saúde pública e as responsabilidades socioeconómicas, os direitos humanos, o desenvolvimento sustentável e a descriminalização.” (Tradução nossa)

Os serviços de *DrugChecking*, mais usuais em contextos festivos, disponibilizam informação em matéria de drogas, práticas sexuais e de consumos seguros, realizando também a testagem de drogas (análise química), de forma a informar as PUD sobre os reais componentes da substância que estas adquiriram para consumo. Pretendem, sobretudo, promover o acesso à informação e a escolhas conscientes, além de se constituírem como um mecanismo de alerta precoce e fundamental para a saúde pública, possibilitando a verificação dos padrões químicos das substâncias e a deteção de novas componentes no mercado (House of Commons, 2019; OEDT, 2021).

As Salas de Consumo Assistido disponibilizam espaços limpos e seguros, onde as pessoas podem fazer uso das suas drogas, contando com supervisão clínica e com profissionais aptos a intervir em situações de urgência. Acresce, a existência de outros serviços, como a realização de testes rápidos de rastreio ao VIH, Hepatite B e C e respetivo acompanhamento e encaminhamento para os serviços, consultas de medicina, de enfermagem, de psiquiatria e de apoio psicossocial (House of Commons, 2019; Curado, Belo e Fuertes, 2021).

Face às novas tendências nos perfis das PUD e nos contextos de utilização de drogas, importa alargar a intervenção a outros terrenos e contextos que não apenas o contexto de rua. Será útil planificar “[...] abordagens compreensivas inspiradas nos princípios da Redução de Riscos, com capacidade de se mover em contextos diversificados: *indoor*, *outdoor* e *online*” (Rêgo e Anjos, 2021, p. 65).

A requalificação da intervenção deverá, ainda, contemplar a adaptação a contextos mais digitais, procurando ultrapassar limitações que foram claramente visíveis em tempos de pandemia COVID-19, como o distanciamento físico, a dificuldade de análise concreta e diagnóstico da situação e orientação sobre a mesma (Richert e Nordgren, 2022).

É inadiável reavaliar os padrões existentes e criar novas classificações, além do ultrapassado binário toxicodependente/não toxicodependente, que procurem ir ao encontro das múltiplas especificidades existentes (Amaro *et al.*, 2022). Tal, facilitará a mudança de paradigma necessária às estruturas tradicionais existentes, procurando criar programas e respostas sociais inovadoras, mais adequadas e personalizadas, direcionadas a grupos específicos e mais vulneráveis dentro da população que utiliza drogas. É imprescindível considerar e priorizar as necessidades dos/as migrantes, das

mulheres, dos/as trabalhadores/as do sexo e de toda a comunidade LGBTIQA+, dado o acréscimo de barreiras a que se encontram sujeitos/as no acesso aos serviços face a qualquer outro cidadão (Johnston *et al.*, 2017; Cruz, 2021; Seabra, 2021; Rêgo e Anjos, 2021; Harm Reduction International, 2022; Claborn *et al.*, 2023).

O policonsumo deve também ser tido em conta, pois embora seja um tema familiar, assume maior e diferencial importância nos contextos atuais de utilização de drogas, dado que o carácter tradicionalmente conhecido da existência de uma substância de eleição é cada vez menos usual (Rêgo e Anjos, 2021).

Associado a tal, a necessidade impreterível da RRMD especializar a sua intervenção nas NSP, no fentanilo e na utilização das drogas sintéticas, esforçando-se para ir ao encontro de outros perfis de utilizadores que não apenas os clássicos (Janikova *et al.*, 2016; Claborn *et al.*, 2023; Jiao *et al.*, 2023).

Quanto à problemática do envelhecimento torna-se improtelável pensar em ERPI e Cuidados Paliativos adaptados às características desta população e sustentadas no propósito da RRMD (Borges, 2020; Seabra, 2021). Para tal, será necessário rever e atualizar os critérios de diagnóstico utilizados para avaliar a dependência nos adultos mais velhos, pois reconhece-se que estes não são satisfatórios (EMCDDA, 2008).

“[...] Policies and relevant drug strategies must now pay particular attention, as the number of them in need of health and social care will increase in the coming years. Responses at policy and service levels are required to address the multiple, complex needs that this population faces.”¹³ (Johnston *et al.*, 2017, p. 10)

No que se refere às equipas e respetivos profissionais de RRMD, os/as quais incluem os/as assistentes sociais, que diariamente se encontram expostos/as a significantes fatores de stress relacionados com o exercício profissional, será imprescindível disponibilizar ferramentas e apostar em apoios à saúde mental, formação contínua, supervisão e espaços de partilha, que promovam o bem-estar e previnam o adoecimento psicológico e/ou físico (no caso da somatização).

Promover a integração de pares nas equipas de RRMD é também um caminho importante e necessário a percorrer. Tratam-se de poderosas fontes de conhecimento, pelo autoconhecimento que detêm da vivência das situações na primeira pessoa, por possuírem uma visão mais compreensiva das tendências que se vão verificando e

¹³ “As políticas e as estratégias relevantes em matéria de droga devem agora prestar especial atenção, uma vez que o número de pessoas que necessitam de cuidados de saúde e sociais irá aumentar nos próximos anos. São necessárias respostas a nível das políticas e dos serviços para dar resposta às necessidades múltiplas e complexas que esta população enfrenta.” (Tradução nossa)

pela possibilidade de darem o seu contributo a outras pessoas nas mesmas situações, às próprias equipas e estruturas existentes, contribuindo, ainda, para a promoção do exercício de influência sociopolítica neste domínio (Rêgo e Anjos, 2021; Seabra, 2021; Valente e Martins, 2021; Amaro *et al.*, 2022).

Importa capacitar os/as profissionais de outras áreas, fornecer-lhes informação e ferramentas para uma intervenção adequada e eficaz. Preparar e informar os/as estudantes, futuros/as profissionais, sobre as mais variadas temáticas e especificidades das populações, preparação esta que deve ser iniciada ainda no ciclo de estudos, nos diferentes programas académicos, especialmente em serviço social (Janikova *et al.*, 2016; Rêgo e Anjos, 2021; Amaro *et al.*, 2022).

Através da capacitação, consciencialização precoce e cuidado dos/as profissionais, será possível continuar a promover o combate ao estigma associado às PUD, eixo fundamental da intervenção e, conseqüentemente, extinguir a contínua discriminação destas no acesso às estruturas e serviços. Em consonância, capacitar as PUD, promovendo o desenvolvimento de competências para o exercício da sua cidadania e efetivação dos seus Direitos e da perceção do risco associado à utilização de drogas, para que possam fazer escolhas conscientes (SICAD, 2013; UNODC, 2021).

2.4.2. A URGÊNCIA DE (RE)ADAPTAR: CONTRIBUTOS DO SERVIÇO SOCIAL PARA A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS

O serviço social, enquanto profissão enraizada no cuidar, apresenta fronteiras bastante permeáveis no que concerne aos limites da intervenção, de contextos e de populações, grupos e pessoas a quem se dirige. Tal, tem sido tema de debate no decorrer dos anos, dada a falta de consenso existente, tendo trazido conhecidas repercussões para o reconhecimento da profissão em alguns contextos profissionais. No entanto, a permeabilidade e, conseqüente, capacidade de adaptação, tratam-se, por si só, de características fundamentais à profissão, que lhe permitem ser inclusiva à diversidade e sensível à diferença, em todas as suas dimensões (Dominelli, 2010; Fazenda, 2012).

Acresce, ainda, o duplo papel que os/as assistentes sociais desempenham e que se revela uma poderosa arma para requalificar qualquer intervenção: enquanto intervêm diretamente com a pessoa no desenvolvimento do seu potencial, na sua emancipação e exercício efetivo dos seus direitos e cidadania, têm o poder de exercer influência junto dos decisores políticos, para a criação e adaptação de políticas face às

necessidades sentidas no trabalho desenvolvido diretamente no terreno com a população - *advocacy*, permitindo uma abordagem holística e integrada entre os diversos níveis de intervenção (Dominelli, 2010; Carmo, 2018; Payne, 2020).

Com o natural, mas imprevisível desenvolvimento das sociedades, existem alguns desafios e novos riscos que serão necessários enfrentar no futuro próximo (a título de exemplo, o envelhecimento global, as crescentes emigrações, a questão ambiental e económica, o surgimento e agravamento de novas formas de exclusão e de instabilidade social). Enquanto profissão que se denomina “social”, tem, impreterivelmente, de acompanhar os novos desenvolvimentos e desafios das sociedades contemporâneas, procurando construir oportunidades sociais sobre os mesmos, transformando e autorregulando continuamente a profissão (Almeida, 2012; Fazenda, 2012; Albuquerque, 2018; Pinto, 2018). Estando estes novos desafios bem presentes na agenda do serviço social, são também pensadas e delineadas algumas estratégias de intervenção, com base na premissa da inovação social:

- “- Promover uma cultura de solidariedade através da sua ação socioeducativa e sociopolítica;
- Contribuir para a regeneração do tecido social local, por via da restauração de sistemas de vinculação e da organização de parcerias autossustentáveis;
- Dinamizar a autonomia, a solidariedade e a responsabilidade social (...) dos sistemas-clientes através de uma ação permanente e intencional de *advocacy* e de *empowerment* [...]” (Carmo, 2018, p. 126)

O exercício de uma prática pró-ativa é imprescindível, através da antecipação de possíveis cenários, da reflexividade contínua e da planificação de intervenções coerentes, ponderadas e assertivas. O serviço social “[...] não é somente reativo face às necessidades diagnosticadas, mas procura construir condições para a neutralização, ou minimização, de fatores que coloquem em causa, no presente e no futuro, os referidos padrões [...]” (Albuquerque, 2018, p. 168). Para tal, o primeiro passo, será traduzir na prática os valores e princípios que são vulgarmente enunciados (Amaro *et al.*, 2022).

Tal como refere Webb (2006), os/as assistentes sociais destacam-se de outros profissionais, enquanto *risk management link persons*, dado que as funções desempenhadas se centram, maioritariamente, na gestão de riscos, sejam estes individuais, sociais, culturais, ambientais ou outros. Estão, portanto, capacitados, ainda que, naturalmente, com dificuldades sentidas e adaptações necessárias nos diferentes contextos, para intervir em situações díspares e complexas, mantendo uma visão holística sobre as mesmas (GCDP, 2017; Ribeirinho e Teles, 2022).

Clarificando, não é pretensão do aqui analisado querer, de maneira alguma, passar uma imagem de sobrehumanização dos/as assistentes sociais. Pelo contrário, os/as assistentes sociais são também pessoas com vulnerabilidades e fragilidades, com vidas e histórias que carregam consigo. É este ser-se pessoa que fomenta o ser-se profissional, conduzido por uma ética e deontologia profissional, que se pretende para uma intervenção eficaz e de qualidade (Patrício, 1997).

Como tal e, numa primeira fase, os/as assistentes sociais devem libertar-se da posição confortável de apenas acederem à prevenção ou tratamento do uso de substâncias. Estas não devem ser as únicas vias de intervenção nesta temática, devendo apostar cada vez mais na intervenção em RRMD para diversos contextos de atuação do serviço social (Amaro *et al.*, 2022)

Destacam-se, como elementos caraterísticos da profissão, pertinentes para a intervenção em RRMD e para a reflexão sobre a requalificação de práticas: a consciência política existente na prática profissional, o foco na resolução de problemas e conflitos, o envolvimento e a participação das pessoas a quem se dirige a intervenção, a promoção de uma acesso igualitário aos recursos, respeitando a diferença e, principalmente, a capacidade de adaptação, de inovação e de transformação da prática (GCDP, 2017; Amaro, 2018).

Não obstante e, tal como já referido, o/a assistente social trata-se de um profissional que trabalha em equipa e integra equipas multi, inter e transdisciplinares, trabalhando em colaboração com profissionais de outras áreas, fator que se revela claramente enriquecedor, na perspetiva de agregação de diferentes abordagens (Albuquerque, 2018; Pinto, 2018; Ribeirinho e Teles, 2022). No exercício diário, a intervenção social é, muitas vezes, “[...] formada de um universo estilhaçado de organismos em cada uma das instâncias governamentais e entre elas. Ocorre um entrelaçamento obscuro, sobreposto e desarticulado de políticas e órgãos.” (Sposati, Falcão e Teixeira, 1989, p. 23).

Para o desenvolvimento de uma intervenção integrada, no real significado desta, torna-se necessário articular com os diferentes serviços e entidades da rede, através de canais de comunicação fluídos e eficazes. Desta forma, evitar-se-á a duplicação de intervenções, mais ainda quando se constata que esta população, tradicionalmente, “toca” em diferentes estruturas e serviços ao longo de toda a sua vida. Tal implica um efetivo envolvimento de todos os interlocutores, no combate a esta desarticulação,

determinando objetivos partilhados e limites na intervenção de cada um. Assim, será possível representar e atuar nas necessidades concretas desta população, sob o domínio das perspetivas biopsicossocial e ecológica, representando de forma realista, direcionada e holística as pessoas a quem se dirigem, e não aplicando meramente respostas *standardizadas* (João, 1997; UNODC, 2021; Ribeirinho e Teles, 2022).

Em suma e, em tom de abertura para a discussão que adiante será realizada, constata-se que, por um lado, “o Serviço Social oferece identidade profissional, teorias e modelos práticos, e orientações éticas” e, por outro, “a redução de danos proporciona estrutura, estratégias e um conjunto potencialmente infinito de ferramentas” (Amaro *et al.*, 2022, p. 49).

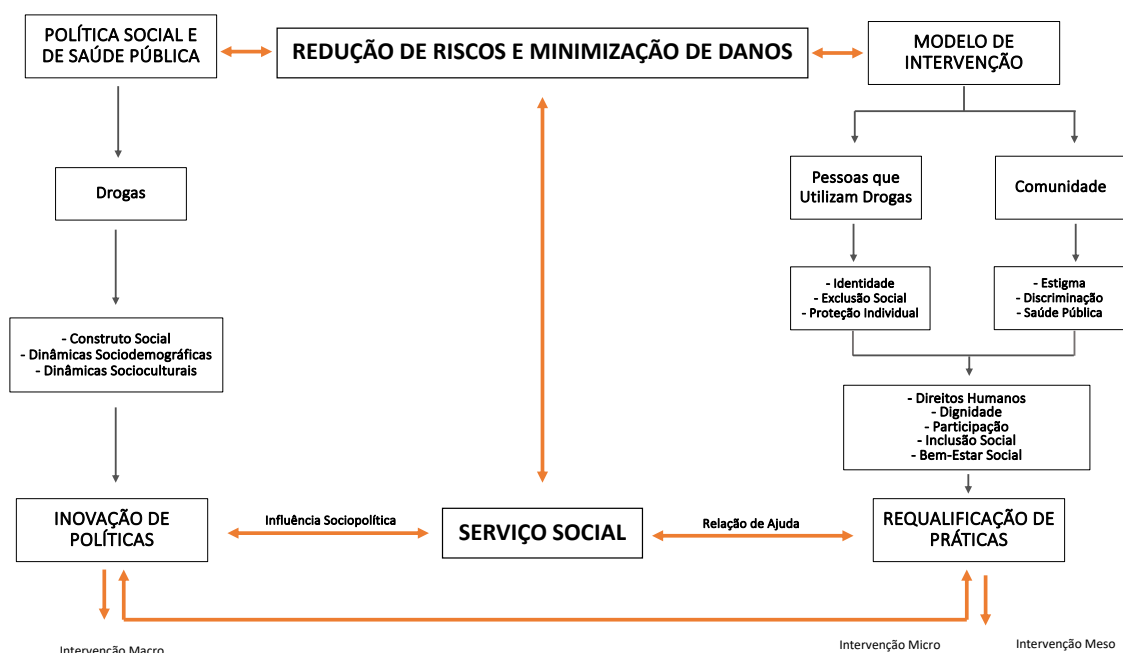
Tanto a profissão do serviço social como o modelo de intervenção em RRMD, partilham, entre si, ferramentas, técnicas e estratégias que podem ser combinadas e retroalimentadas para a produção de intervenções eficazes. Ambas convergem nos seus princípios de atuação, nas suas premissas e valores estruturais. É necessário potenciar a combinação de ambos, através de uma aliança que objetive e mantenha no seu horizonte o bem-estar social.

“A redução de danos não é fácil. Mas o Serviço Social também não.”
(Amaro *et al.*, 2022, p. 49)

2.5. MODELO DE ANÁLISE CONCEPTUAL

Elaborado o estado de arte relativo ao objeto de estudo, conjugado com a experiência profissional anterior da investigadora no campo das drogas e na operacionalização do modelo da RRMD, foi elaborado o presente modelo de análise (Figura 1), que pretendeu identificar e esquematizar as diferentes variáveis que se (co)relacionam no processo de execução do mesmo, procurando constituir-se, assim, como um instrumento posterior à elaboração do enquadramento teórico e prévio à entrada no terreno, orientando as etapas/fases seguintes do processo de construção de conhecimento científico.

Figura 1 Modelo de Análise Conceptual



Fonte: Elaboração Própria

Como já analisado, destacam-se duas dimensões na génese e composição da *Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)*: por um lado, trata-se de uma *Política Social e de Saúde Pública*, que estabelece as diretrizes gerais pelas quais se tolda toda a intervenção desenvolvida no terreno. Enraizada no domínio macro da intervenção, esta dimensão considera, ou deveria considerar, as dinâmicas que se vão estabelecendo e associando à utilização de drogas, bem como as novas tendências, que vão divergindo no tempo, associadas à evolução natural das sociedades. Através deste olhar mais distante, deveria procurar ir ao encontro das necessidades emergentes que se vão estabelecendo, procurando uma adaptação contínua e eficaz a estas e à realidade experienciada.

Por outro lado, trata-se de um *Modelo de Intervenção*, ao operacionalizar no terreno as diretrizes legais estabelecidas pela dimensão anterior e pelas quais se rege, ainda que com as necessárias adaptações face às realidades que experiencia.

Quanto aos subgrupos com que intervém, destaca-se, numa dimensão micro, as *Pessoas que Utilizam Drogas (PUD)* e, numa dimensão meso, a *Comunidade*.

Ambas convergem, naturalmente, num plano comum, dado que se alimentam pelas relações bilaterais e mútuas que estabelecem entre si. Na verdade, uma não existe sem a outra. Qualquer ser humano integra uma determinada comunidade, ainda que

mais incluído ou mais à margem desta e, qualquer comunidade é, inevitavelmente, composta por pessoas (Diogo, Castro e Perista, 2015), das quais fazem parte as PUD. Desta forma, a relação entre o Serviço Social e a RRMD torna-se indiscutível, pela proximidade de valores e princípios éticos que partilham na operacionalização das intervenções que estabelecem (Bigler, 2005; Amaro *et al.*, 2022).

O *Serviço Social*, pelo conhecimento que detém das pessoas, populações e comunidades, aliado à constante necessidade de atualização e acompanhamento do desenvolvimento das sociedades contemporâneas e desafios, cada vez mais complexos (Amaro, 2018), inerentes a estas, bem como das diferentes *dinâmicas sociodemográficas e socioculturais* que se vão estabelecendo, distingue-se pelo seu duplo papel no campo das drogas.

Na dimensão macro, exerce o seu papel de influência sociopolítica, na procura da adaptação e redefinição das políticas, sustentada no conhecimento que detém sobre o terreno. Este conhecimento é obtido através da intervenção desenvolvida diretamente com as pessoas, no plano micro e meso, que tem como pilar o estabelecimento de relações de ajuda e que objetiva a consciencialização e mobilização destas para a defesa e exercício dos seus direitos, com vista à participação e inclusão social (APSS, 2018; Carmo, 2018).

Esta sinergia e mútua influência exercida pelo Serviço Social sob as diferentes dimensões de intervenção no âmbito da RRMD, devem procurar promover uma constante reflexão e (re)adaptação, que objetiva, não só a *inovação das políticas* existentes, mas também a *requalificação das práticas* adotadas no quotidiano profissional (Negreiros *et al.*, 1999), procurando beneficiar, não só os destinatários diretos da intervenção, mas a sociedade em geral, objetivando o *bem-estar social* (Almeida, 2013; SICAD, 2013).

3. QUESTÕES EPISTEMOLÓGICAS E METODOLÓGICAS: PERSCRUTANDO OS CAMINHOS DA DROGA E A REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

3.1. PARADIGMA E MÉTODO CIENTÍFICO

A presente investigação trata-se de um estudo de natureza qualitativa, pois, embora tenha como pano de fundo o contexto político e o enquadramento legislativo da ação profissional, procura analisar processos concretos e complexos de um modelo de intervenção específico, a RRMD. É determinado pela forma “[...] como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências” (Vilelas, 2022, p. 199), na sua singularidade e diversidade, pretendendo-se um entendimento aprofundado do objeto de estudo, contrariamente à investigação quantitativa, geralmente caracterizada como superficial e generalizada (Flick, 2005; Coutinho, 2022). Ao centrar-se em situações e experiências concretas do quotidiano, percecionadas e vividas tanto pelos/as profissionais, como pelos/as beneficiários/as deste modelo, foi privilegiada a interpretação de quem se relaciona diretamente com o objeto de estudo e que acompanha, de forma tão próxima, as mutações constantes neste sofridas, tornando a investigação mais rica e realista (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2005; Vilelas, 2022).

Em consonância com a natureza da investigação, elegeu-se o paradigma compreensivo, de base interpretativa, ao se considerar que o conjunto de pressupostos e valores pelos quais se rege a presente pesquisa, “[...] procura compreender o fenómeno a partir dos próprios dados fornecidos pelos participantes e dos significados atribuídos ao fenómeno” (Vilelas, 2022, p. 194) em estudo, considerando a existência de uma miríade de realidades, vividas e percecionadas de forma diferente pelos/as diversos/as intervenientes.

Privilegiou-se a proximidade ao terreno, o ambiente natural em que o fenómeno em estudo decorre, enquanto fonte direta de recolha de dados e de compreensão deste. Ao mesmo tempo, este ambiente natural, espaço conhecido e seguro aos/às participantes, torna-se promotor de bem-estar, potenciando a sua disponibilidade para uma participação plena e reflexiva e, consequentemente, para a adoção de uma perspetiva pura e concreta da realidade.

Neste sentido, a investigadora assumiu, em simultâneo, o papel de (co)construtora de conhecimento (Coutinho, 2022), interagindo com o campo empírico e atribuindo um

papel subjetivo e dinâmico à realidade, considerando-a como socialmente construída (Flick, 2005; Vilelas, 2022). Ao centrar-se em situações e experiências concretas, foi promovido o estabelecimento de uma relação dinâmica, construtiva e flexível com os/as participantes, pautada pela proximidade, tanto espacial como linguística (Moreira, 1994).

Destaca-se a pertinência deste tipo de investigação, dado que procura identificar os fenómenos e as interações relativos ao objeto de estudo, “[...] possibilitando assim estimular o desenvolvimento de novas compreensões sobre a variedade e a profundidade dos fenómenos sociais” (Vilelas, 2022, p. 208).

Não obstante, importa considerar que, dada a natureza qualitativa da investigação, os resultados obtidos, apenas podem ser considerados para a amostra em estudo, não sendo representativos, generalizáveis, nem extensíveis ao universo a que correspondem. Ademais, importa atender ao percurso profissional, interesse e familiaridade da investigadora face ao objeto de estudo. Embora tenha procurado, de forma impreterível, manter a imparcialidade na produção e análise dos dados, é importante não desconsiderar a possível influência da perspetiva pessoal da investigadora e direção da investigação nesse sentido (Moreira, 1994; Vilelas, 2022).

3.2. CONTEXTO E UNIVERSO DE ANÁLISE

O universo de análise reporta ao fenómeno da utilização de drogas e à intervenção desenvolvida no âmbito da RRMD, no espaço geográfico e territorial da Área Metropolitana de Lisboa (AML), mais concretamente nas cidades de Lisboa, Loures e Amadora.

Congrega dois subgrupos distintos, mas diretamente relacionados com o objeto de estudo e, assim, prossecores dos objetivos desta investigação: o Subgrupo 1, integra as profissionais que exercem a sua atividade profissional, no âmbito da RRMD, em instituições públicas e/ou privadas; o Subgrupo 2, integra as pessoas que utilizam ou utilizaram drogas ao longo da sua vida, que estão ou já estiveram integradas em programas e/ou estruturas sócio sanitárias no âmbito da RRMD.

Para a seleção dos/as participantes do estudo, foi utilizado o método de Amostragem Não-Probabilística de Tipo Intencional (Moreira, 1994; Vilelas, 2022) ou de Tipo Criterial (Coutinho, 2022). Os/As participantes não foram selecionados de forma totalmente arbitrária ou aleatória, tendo a investigadora definido critérios específicos para cada um dos subgrupos do universo de análise, considerados pertinentes e

relevantes para o estudo (Guerra, 2006). Como aspeto negativo deste método de amostragem e, em consonância com o já referido anteriormente, Vilelas (2022) salienta a impossibilidade de generalizar conclusões, bem como a facilidade de manipulação e direcionamento de dados, face aos interesses da própria investigadora.

Mais do que a definição prévia de um número concreto de participantes, procurou-se desenvolver um processo contínuo, integrado e inclusivo. Com a descoberta de novos dados, foram delineados novos caminhos que importavam percorrer, fosse para comparar, repetir e/ou confirmar dados anteriores, tendo sido selecionados novos/as participantes para integrar a amostra (Moreira, 1994; Coutinho, 2022; Vilelas, 2022). Como tal, os critérios estabelecidos inicialmente foram flexíveis e adaptáveis às condições empíricas encontradas no terreno, não encerrando o universo de análise, apenas se pretendendo que fossem orientadores da ação.

O processo gradual de constituição da amostra procurou ter em conta duas características: a diversificação e a representação social (Guerra, 2006). Por um lado, pretendeu garantir a heterogeneidade dos/as participantes e, por isso, a intenção de se entrevistar profissionais que exercessem a sua atividade profissional no âmbito das diferentes respostas existentes em RRMD e de beneficiários/as que estivessem integrados nestas. Ao envolver os/as vários/as intervenientes diretos do objeto de estudo, foi possível obter um retrato completo sobre o mesmo, sob diferentes olhares.

Para se proceder à constituição da amostra de cada um dos subgrupos, foram estabelecidos previamente alguns critérios¹⁴ para a sua seleção:

Subgrupo 1 – Assistentes Sociais que desenvolvam a sua atividade profissional no âmbito da RRMD, enquadrados/as nos seguintes critérios:

- a) Formação Académica comprovada na área do Serviço Social;
- b) Exercício da atividade profissional em instituições públicas ou privadas;
- c) Desenvolvimento da atividade profissional na Área Metropolitana de Lisboa;
- d) Experiências profissional na área da RRMD de, pelo menos, 2 anos;
- e) Diversidade de projetos e/ou respostas sociais em RRMD.

Subgrupo 2 – Beneficiários/as de programas e/ou estruturas sócio sanitárias no âmbito da RRMD, enquadrados/as nos seguintes critérios:

¹⁴ Os critérios predefinidos para a amostra foram ajustados face às condições verificadas no campo empírico. No ponto 3.5. do presente capítulo, encontra-se justificada a necessidade de adaptação destes.

- a) Maior de 18 anos;
- b) Integrado/a em um ou mais programas e/ou respostas sociais de RRMD há, pelo menos, 4 anos (consecutivos ou intercalados);
- c) A beneficiar do acompanhamento dos serviços na Área Metropolitana de Lisboa;
- d) Utilização atual ou anterior de drogas;
- e) Diversidade de projetos e/ou respostas sociais em RRMD.

3.2.1. PROFISSIONAIS QUE DESENVOLVEM A SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Atendendo à rede de contactos da investigadora, em março de 2024, iniciaram-se alguns contactos prévios a potenciais participantes, de forma a aferir a sua disponibilidade para participar no estudo. Os contactos foram efetuados via correio eletrónico e contacto telefónico.

Contactaram-se oito profissionais, tendo seis profissionais respondendo positivamente à participação no estudo, não se tendo obtido resposta dos/as restantes.

Foram realizadas seis entrevistas, em regime presencial e *online*. Adotou-se, excecionalmente, o regime *online*, por preferência manifestada por duas participantes.

Na Tabela 1, apresenta-se a lista de profissionais entrevistadas, juntamente com uma breve informação sociodemográfica e socioprofissional.

Tabela 1 Caracterização Sociodemográfica das Profissionais entrevistadas

	Idade / Sexo	Formação Académica	Natureza Jurídica da Instituição Atual	Cargo / Funções Atuais	Anos de Experiência em RRMD
EA	32 anos / F	Licenciatura em Direito Licenciatura em Serviço Social	IPSS	Cocoordenadora e Técnica de Redução de Danos	6 anos
EB	35 anos / F	Licenciatura em Animação Sociocultural Mestrado em Marketing e Publicidade	IPSS	Coordenadora e Técnica de Redução de Danos	18 anos
EC	48 anos / F	Licenciatura em Serviço Social Mestrado em Ciências da Comunicação Doutoramento em Serviço Social (em curso)	Instituto Público	Diretora do Núcleo de Emergência Social	12 anos

ED	30 anos / F	Licenciatura em Serviço Social	IPSS	Coordenadora e Técnica de Redução de Danos	9 anos
EE	54 anos / F	Licenciatura em Serviço Social	ONG	Diretora Técnica	25 anos
EF	49 anos / F	Licenciatura/Mestrado em Psicologia Clínica	Instituto Público	Psicóloga/Terapeuta de Referência Técnica de Redução de Danos	11 anos

Fonte: Elaboração Própria

3.2.2. BENEFICIÁRIOS/AS DE PROGRAMAS E/OU ESTRUTURAS SÓCIO SANITÁRIAS NO ÂMBITO DA REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Em junho de 2024, foram iniciados os contactos aos/às beneficiários/as, tendo estes sido efetuados via correio eletrónico, contacto telefónico e/ou presencial. A seleção dos/as participantes contou com a colaboração das profissionais entrevistadas e das instituições colaborantes, uma vez que, aquando da concretização das entrevistas, a investigadora solicitou a colaboração destas na identificação de possíveis beneficiários/as que pudessem estar disponíveis para participar no estudo.

Foram contactados 12 beneficiários/as no total, tendo onze respondido positivamente à partição no estudo. No entanto, só foi possível concretizar a entrevista a seis, uma vez que três beneficiários/as se mostraram disponíveis numa fase inicial, não tendo, posteriormente, dado continuidade à comunicação para efetuar o agendamento das entrevistas e dois beneficiários/as não compareceram às datas agendadas, mesmo após as várias remarcações efetuadas. Existiu uma recusa expressa de participação no estudo.

Na Tabela 2, apresenta-se a lista de beneficiários/as entrevistados/as, juntamente com uma breve informação sociodemográfica e situação face às drogas.

Tabela 2 Caracterização Sociodemográfica dos/as Beneficiários/as entrevistados/as

	Idade / Sexo	Escolaridade	Situação perante o emprego	Situação habitacional atual	Tipos de Drogas utilizadas	N.º de anos de utilização de drogas	N.º de anos em estruturas de RRMD	Acompanhamento em estruturas em matéria de drogas
E1	45 anos / M	12º ano	Empregado por conta de outrem - Par em IPSS	NR	Haxixe, Cannabis, Cocaína/ Crack, Heroína, LSD, Anfetaminas, Álcool	32 anos	24 anos	Comunidade Terapêutica; Narcóticos Anónimos; Cocaína Anónimos; Equipa de Tratamento; Unidades Móveis - Programa de Metadona
E2	54 anos / M	12º ano	Desempregado	Quarto alugado, com apoio pecuniário	Cocaína, Haxixe e Heroína	32 anos	20 anos	Unidades Móveis - Programa de Metadona; Equipa de Tratamento; Serviço de Apoio Integrado
E3	58 anos / M	9º ano	Pensionista	Casa de família	Haxixe, Heroína, Cocaína	40 anos	14 anos	Unidades Móveis - Programa de Metadona; Equipa de Tratamento
E4	38 anos / F	12º ano	Desempregada	Fogo municipal	Haxixe, Heroína, Cocaína, LSD, Pastilhas	24 anos	10 anos	Equipa de Tratamento; Serviço de Apoio Integrado; Unidades Móveis - Programa de Metadona
E5	44 anos / M (mulher trans)	12º ano	Desempregada	PSSA c/ teto	Álcool, Cocaína/ Crack	24 anos (álcool) 4 anos (crack)	> 6 meses	Unidade de Alcoologia de Lisboa; Centro de Acolhimento Municipal Exército da Manutenção
E6	61 anos / F	4º ano	Desempregado	PSSA c/ teto	Álcool, Cocaína/ Crack e Heroína	NS/NR	25 anos	Unidades Móveis - Programa de Metadona; Centro de Acolhimento Municipal Exército da Manutenção

Fonte: Elaboração Própria

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Atendendo ao objetivo geral da investigação, a técnica de recolha de dados adotada foi a entrevista qualitativa (entrevista semiestruturada para o subgrupo 1 e entrevista aberta para o subgrupo 2) e a análise de conteúdo categorial, enquanto técnica de tratamento de dados.

3.3.1. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Definidos os elementos teóricos da investigação, foi necessário selecionar “[...] as técnicas de recolha necessárias para construir os instrumentos que nos permitem obter os dados da realidade” (Vilelas, 2022, p. 331). Um instrumento de recolha de dados trata-se, portanto, do recurso necessário para conhecer o fenómeno em estudo e recolher, através da aplicação deste, a informação pretendida. Permite recolher informações concretas da realidade, junto dos/as participantes selecionados/as, procurando correlacionar diretamente o trabalho prévio de investigação teórica e os factos vividos na prática quotidiana (Quivy e Campenhoudt, 1998; Vilelas, 2022).

A técnica de recolha de dados selecionada foi a entrevista qualitativa, optando-se, para cada um dos subgrupos, por uma tipologia de entrevista diferente no seu grau de estruturação e formalização. A entrevista possibilita o diálogo e a interação social, entre o/a entrevistado/a e a investigadora, fator primordial para o serviço social, sendo os/as próprios/as participantes e interventores/as do objeto de estudo, a fornecerem os dados sobre o mesmo, através das suas experiências e vivências, pessoais e profissionais (Quivy e Campenhoudt, 1998; Coutinho, 2022; Vilelas, 2022).

Para o Subgrupo 1, onde se enquadram as profissionais que desenvolvem a sua atividade profissional no âmbito da RRMD, selecionou-se a técnica de Entrevista Semiestruturada.

Esta técnica combina “[...] perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema em estudo” (Vilelas, 2022, p. 351). A entrevista apresenta um carácter maioritariamente flexível, pois, ainda que se procure desenvolver questões concretas, elaboradas previamente, sobre a perceção dos/as participantes face ao fenómeno em estudo, estes terão liberdade para elaborar as suas respostas, consoante o que considerem mais importante e relevante. A investigadora terá o papel de (re)conduzir continuamente a conversa, podendo alterar a sequência das questões a colocar ou introduzir novos tópicos que considere pertinentes para a obtenção da informação (Moreira, 1994; Quivy e Campenhoudt, 1998; Flick, 2005; Vilelas, 2022).

Para o Subgrupo 2, que integra os/as beneficiários/as de programas e/ou respostas sociais no âmbito da RRMD, optou-se pela utilização da Entrevista Não-Estruturada ou Aberta.

Esta apresenta um “[...] caráter flexível, e os participantes têm uma maior liberdade de dar as suas respostas” (Vilelas, 2022, p. 350), permitindo um diálogo mais rico, complexo e aprofundado do tema em estudo. A investigadora apenas introduz o tema e/ou os tópicos, tendo o/a entrevistado/a total liberdade para os abordar (Moreira, 1994). Podem, inclusive, surgir novos dados ou questões no decorrer da entrevista, que anteriormente não se colocavam, mas que apresentem pertinência face ao estudo, permitindo o seu aprofundamento. A utilização desta técnica apresenta a vantagem de, não apenas obter resposta face às questões colocadas, mas também recolher opiniões pessoais, valores e as próprias atitudes dos/as participantes, sendo, portanto, adaptável às características individuais destes/as e aos contextos em que decorre (Coutinho, 2022; Vilelas, 2022).

Para a aplicação das entrevistas, foram elaborados Guiões de Entrevista distintos (apêndices C e D). Foram tidas em conta as características específicas de cada tipologia de entrevista selecionada para o estudo, pretendendo-se “[...] explorar com idêntico pormenor cada ocorrência de fenómenos significativos” (Moreira, 1994, p. 97). Quer isto dizer que procurou-se abordar com igual detalhe, as questões previamente definidas e os novos tópicos que surgiram no decorrer da realização das entrevistas, a todos os/as participantes entrevistados/as.

Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, de forma a realizar a respetiva análise e interpretação, o que implicou recorrer à técnica de análise de conteúdo para tratar os dados recolhidos (Coutinho, 2022).

3.3.2. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO DE DADOS

Realizadas as entrevistas aos dois subgrupos definidos, a investigadora procedeu à transcrição das mesmas, através das gravações efetuadas. Foi realizada uma transcrição integral das entrevistas, preservando, assim, o rigor da informação prestada pelos/as participantes e prevenindo possíveis especulações ou enviesamentos.

Para tratar os dados transcritos, elegeu-se a técnica de análise de conteúdo, de tipo categorial. A opção por esta técnica deveu-se à familiaridade da investigadora com o tema em estudo, não apenas em termos profissionais, como pelo interesse pessoal. Tal como refere Bardin (1977, p. 28), esta técnica “[...] afigura-se tanto mais útil para o

especialista (...), quanto mais ele tenha sempre uma impressão de familiaridade face ao seu objeto de análise”.

A análise de conteúdo trata-se, portanto, de uma técnica de tratamento da informação (Madureira Pinto e Santos Silva, 2009), que engloba um

“[...] conjunto de técnicas de interpretação da comunicação [que visam] obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens.” (Vilelas, 2022, p. 432)

O tipo de análise categorial consiste, essencialmente, na organização e, consequente, segmentação do conteúdo recolhido em diferentes categorias, procurando verificar-se a frequência com que são enunciados e, assim, realizar inferências sobre o mesmo (Bardin, 1977; Vilelas, 2022).

Guerra (2006) define duas importantes dimensões a considerar na análise de conteúdo: a *dimensão descritiva*, que agrega toda a informação narrada pelos/as participantes; e a *dimensão interpretativa*, que surge no seguimento das questões e objetivos formulados sobre o objeto de estudo e que recorre ao quadro de análise, que agrega diferentes dimensões e conceitos, para realizar inferências ao material recolhido. Através da inferência, que Bardin (1977) considera como uma fase intermédia, conciliadora entre a descrição e análise e a interpretação, é possível atribuir significado e sentido a toda a informação recolhida e, posteriormente, organizada (Madureira Pinto e Santos Silva, 2009).

Trata-se de um processo flexível, dado que as categorias previamente definidas no modelo de análise não são rígidas, nem restritas. No decorrer da pesquisa e da análise do material recolhido, verificou-se necessário a conjugação de dimensões definidas anteriormente e a criação de novas (Moreira, 1994). Desta forma, foi possível obter uma visão holística da experiência humana, congregante da dinâmica social e individual face ao objeto de estudo (Vilelas, 2022).

3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente investigação foi realizada sob os princípios éticos e morais da investigação científica e sob o princípio ético da confidencialidade profissional em Serviço Social (APSS, 2018).

Os procedimentos adotados foram os mesmos para ambos os subgrupos da amostra. A seleção dos/as participantes foi efetuada através do contacto com instituições que atuam no âmbito da RRMD da AML e do contacto direto com alguns dos/as participantes, através do conhecimento prévio da investigadora. Foram realizados pedidos de autorização para a realização das entrevistas às instituições, sendo fornecidas todas as informações sobre a natureza do estudo. A recolha de dados só decorreu mediante e após autorização formal das instituições, através do preenchimento da Declaração de Colaboração em Investigação Académica (apêndice F).

Foi elaborado um Consentimento Livre e Informado (apêndice E), instrumento documental escrito, que foi disponibilizado individualmente a cada participante para que pudesse ser assinado e datado por este/a, determinando a garantia de participação livre, voluntária e autodeterminada destes/as e a aceitação da gravação das entrevistas (Moreira, 1994; Vilelas, 2022).

Todos os instrumentos utilizados no desenvolvimento desta investigação foram submetidos a aprovação da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada a 29 de janeiro de 2024, tendo o respetivo parecer com a aprovação sido rececionado a 03 de junho de 2024.

Os processos de recolha e tratamento de dados, garantiram a confidencialidade dos/as participantes, sendo os/as mesmos/as identificados através de códigos. A informação por estes/as prestada, depois de devidamente tratada, encontra-se aqui publicada, salvaguardando-se a sua identidade.

Os dados recolhidos serão armazenados, de forma segura, por um período máximo de 2 anos. Durante este período, o armazenamento dos dados será efetuado na Plataforma Microsoft 365, mais concretamente, na OneDrive (comumente designada como “nuvem”), através da conta (de estudante) disponibilizada pela Universidade Lusíada, procurando, assim, manter os dados organizados, atualizados e protegidos. Findo esse período, os dados serão eliminados de forma permanente, de acordo com as orientações e procedimentos especificados pelo Regulamento (EU) n.º 2016/679, de 27 de abril, comumente designado por Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), transposto para a Lei n.º 58/2018, de 08 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais), garantindo a confidencialidade, proteção e segurança de todos/as os/as participantes envolvidos (Vilelas, 2022).

3.5. LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES DA INVESTIGAÇÃO

Embora definidos e planeados previamente os critérios, os procedimentos de recolha de dados e a amostra a que se pretendia recorrer, decorreram, naturalmente, constrangimentos no terreno, que exigiram uma postura de permanente (re)adaptação e criatividade da investigadora. Não obstante, se, por um lado, se verificou a presença de imprevistos que limitaram alguns dos possíveis caminhos a percorrer, existiram igualmente eventos que se revelaram verdadeiras oportunidades para o desenvolvimento do estudo.

Primeiramente, a demora no tempo de resposta da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada, na aprovação dos Instrumentos de Recolha de Dados, que perfez um total de cerca de 4 meses e que impactou diretamente no ritmo de trabalho tido até então, contínuo e fluído, atuando como mecanismo desmotivador para a conclusão desta investigação. Em contrapartida, o interesse da investigadora pelo tema, força motriz que motivou continuamente a produção e conclusão deste trabalho, alicerçado na importância e atualidade da temática e, conseqüente, necessidade de produção científica sobre esta, acrescido do acompanhamento permanente e motivante tido pela Professora Orientadora.

A dificuldade sentida, por vezes, na compatibilização de disponibilidades e horários, entre a investigadora e os/as participantes, considerando que esta se manteve a exercer funções laborais em duas entidades durante o desenvolvimento do estudo, exigindo um enorme esforço e flexibilidade. Ainda que esta gestão de tempo tenha sido sentida como um possível constrangimento, importa reconhecer a disponibilidade demonstrada por todos/as os/as participantes e instituições. Dentro da gestão quotidiana do seu trabalho, muitas vezes repleto de situações imprevisíveis que necessitam de atuação imediata e dos recursos humanos e materiais de que dispõem, muitas vezes insuficientes, manifestaram a sua prontidão em encontrar um horário compatível e receptividade para acolher o estudo e a investigadora, refletindo, indubitavelmente, o perfil que caracteriza os/as profissionais de RRMD. O conhecimento prévio da investigadora foi também um fator potenciador, facilitando os canais de comunicação com os/as participantes.

Os critérios pré-definidos para a seleção dos/as participantes revelaram-se limitativos, numa fase inicial, aquando da chegada ao terreno. As equipas de RRMD são, na sua essência, multi, inter e transdisciplinares, compostas por profissionais de diferentes áreas de formação, que comunicam e interagem entre si no quotidiano laboral, vivenciando experiências igualmente enriquecedoras e pertinentes à discussão aqui

pretendida. Ademais, verificou-se que nas instituições de domínio público da AML, não existia nenhuma assistente social alocada diretamente à área da RRMD e numa IPSS com uma importante intervenção nesta área, no domínio, sobretudo, do *DrugChecking*, não existia nenhuma assistente social na equipa.

Quanto aos/às beneficiários/as, verificaram-se naturais constrangimentos no acesso a estes/as, nomeadamente na não comparência aos vários agendamentos realizados para a realização das entrevistas, em horários disponibilizados pelos/as próprios/as. Apesar da manifestação de interesse e disponibilidade em colaborar no estudo, tal não se chegou, por vezes, a concretizar, sendo possível indagar alguns dos possíveis motivos: desorganização/desestruturação pessoal; ambivalência, conjugada com possíveis medos e receios quanto à sua exposição e partilha de histórias e vivências pessoais, muitas delas, potencialmente traumáticas, face à temática aqui abordada. Neste sentido, foi necessário concretizar uma procura contínua de possíveis participantes, alargando-se o critério relativo ao período de permanência em programas e/ou respostas sociais de RRMD, o que acabou por se revelar como uma potencialidade, ao permitir compreender as diferentes perceções e nível de consciencialização destes/as face às respostas de RRMD existentes e às especificidades deste modelo de intervenção.

Face ao exposto, existiu necessidade de flexibilizar alguns dos critérios pré-definidos, contemplando, no presente estudo, profissionais com outras áreas de formação (designadamente, Psicologia e Animação Sociocultural) que não exclusivamente o serviço social e beneficiários/as com diferentes períodos de permanência em programas e/ou respostas sociais de RRMD (inclusive, com menos de 4 anos).

Ademais e, tal como já referido, embora não seja possível generalizar dados, este estudo e a forma como foi desenhado, trouxe a manifesta possibilidade de “dar voz” aos/às profissionais e beneficiários/as que contactam, vivenciam e se relacionam diretamente com o tema, muitas vezes negligenciados nos processos de discussão e tomada de decisão sobre o mesmo.

Em suma, embora identificados e sentidos diversos constrangimentos no terreno, importa salientar que as potencialidades e contributos encontrados superaram, em muito, qualquer sentimento de desmotivação e/ou desânimo que pudessem aliar-se a estes. Através dos testemunhos dos/as participantes, verdadeiramente inspiradores, mas também duros, pela pureza e realidade que carregam, é possível ambicionar que este estudo possa efetivamente contribuir para uma (re)adaptação contínua da prática

profissional e das metodologias de intervenção, com vista ao exercício e à implementação de uma resposta completa e integrada face às dinâmicas e necessidades atuais. Espera-se que atue como um possível mecanismo promotor de uma mudança positiva e com vista ao bem-estar social, ao propor algumas pistas de melhoria das políticas públicas e sociais vigentes – metas ambicionadas por qualquer assistente social no exercício da sua profissão.

4. APRESENTAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Em tom de abertura para a análise efetuada no presente capítulo, recorda-se que a RRMD se trata de um modelo de intervenção desenvolvido na área da utilização de drogas, assente em quatro pressupostos fundamentais, nomeadamente o pragmatismo, o humanismo, a não imposição da abstinência e a proximidade. De forma genérica e simplista, almeja a proteção individual das PUD, através da alteração de comportamentos de risco tidos pelas próprias - *redução de riscos* -, com vista à prevenção e/ou diminuição de riscos sociais e sanitários, na comunidade - *minimização de danos*.

Para o alcance destes objetivos, destacam-se alguns dos princípios que norteiam a intervenção e que serão continuamente evocados no decorrer desta análise, designadamente a abordagem holística e de proximidade, a definição gradual, clara e realista de objetivos, a promoção da autonomia, do diálogo e da educação para a saúde, através de uma abordagem flexível e adequada à pessoa na sua individualidade, assente no estabelecimento de uma relação de confiança e com vista ao exercício da sua cidadania, ao enraizamento na comunidade e ao acesso aos serviços sociais e de saúde (Carapinha, 2009).

Neste capítulo, procurou-se apresentar e sistematizar os principais dados recolhidos, através das entrevistas efetuadas às profissionais e aos/às beneficiários/as de programas e/ou estruturas sócio sanitárias no âmbito da RRMD, procedendo-se à interpretação e discussão dos resultados, com base nos objetivos anteriormente definidos.

O conteúdo das entrevistas não foi totalmente coincidente entre os grupos, tendo existido questões específicas para cada um deles, atendendo aos diferentes papéis desempenhados (de quem presta um serviço e de quem beneficia destas respostas e experiencia e/ou experienciou, na primeira pessoa, o fenómeno de utilização das drogas) e à sua perceção perante a temática em causa.

Neste sentido, procurou-se que as categorias de análise, resultantes da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos sujeitos de investigação, fossem, sempre que possível, homogeneizadas entre si, para uma análise mais completa e abrangente.

4.1. PERCEÇÃO SOBRE OS PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS E DAS DINÂMICAS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE DROGAS

As transformações que decorrem da natural evolução das sociedades contemporâneas, impactam o contexto de utilização de drogas e as dinâmicas associadas a este (Rêgo e Anjos, 2021).

Este foi o mote para a discussão dos dados recolhidos no presente ponto. Procurou-se compreender a percepção dos/as entrevistados/as face à existência, ou não, de alterações nos perfis das PUD nos últimos anos e nas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais inerentes à utilização de drogas, nos próprios contextos de utilização de drogas, nas práticas e nos comportamentos de risco associados, culminando na identificação das necessidades e problemáticas mais evidentes na atualidade.

4.1.1. DINÂMICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS

Da análise efetuada, verifica-se que, nos últimos anos, existiram alterações nas dinâmicas sociodemográficas associadas à utilização de drogas, sendo as mais visíveis ao nível das dinâmicas socioculturais. No entanto, os/as entrevistados/as apresentam percepções díspares no que se refere aos fatores, causas e motivações das alterações verificadas.

Os dados recolhidos demonstram uma crescente heterogeneidade e diversidade nos perfis das PUD, visível, desde logo, na existência de contextos de utilização de drogas distintos. A profissional **EC** e o beneficiário **E1** identificam, por um lado, a população utilizadora de drogas de longa duração, população “clássica” e conhecida pela RRMD, detentora de graves problemas psicossociais, como alerta João (1997); e, por outro, a população que utiliza drogas nos contextos recreativos, com consumos mais ocasionais, indo ao encontro do referido por Fernandes da Silva (2011).

"2 grandes núcleos de pessoas, entre as pessoas dos *settings* recreativos e as pessoas dos *settings* mais comunitários, da rua." (EC)

"Há vários perfis de Pessoas que Usam Drogas. [...] tu tens as Pessoas que consomem no âmbito de rua e que vivem na rua e que estão completamente desconectadas de tudo... Já não têm ninguém, já foram expulsos de casa uns, outros as pessoas morreram, outros fugiram, pronto [...] tens pessoas que consomem recreativamente e esporadicamente drogas." (E1)

Quatro das seis profissionais entrevistadas, designadamente, as profissionais **EA**, **EB**, **ED**, **EF**, identificaram algumas características semelhantes entre as PUD em cada um dos contextos identificados.

Quanto à população “clássica”, a percepção destas profissionais permite identificar um perfil de pessoas mais velhas, com comorbilidades ao nível da saúde física e mental, corroborando a caracterização efetuada por Barbosa (2011) e pelo SICAD (2013), no *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020*.

"A população que acompanhávamos no [nome da resposta] era, na sua maioria, homens, portugueses, homens cis, já com alguma idade até..." (EA)

"[...] homens, brancos, meia-idade, que consumiam heroína..." (EB)

"A população-alvo claramente é uma população mais envelhecida porque tem vindo a viver até mais tarde e com outras comorbilidades de saúde..." (ED)

"*Aging users*, com comorbilidades várias, não só a nível mental, mas também a nível físico..." (EF)

Nos contextos recreativos, destaca-se a existência de uma faixa etária mais jovem e com uma relação diferente com as substâncias, geralmente, associada à procura de novas experiências e testagem de limites (Vavrincikova *et al.*, 2016), que se concretiza em práticas e contextos específicos diversos (Lavado *et al.*, 2018).

"Nos recreativos, eu sinto que se estabiliza... Ou seja, que é mais ou menos este perfil das pessoas, tipo, entre os 20 e 35 anos, sobretudo. [...] O aparecimento dos fenómenos de *chemsex* que também nos últimos anos apareceram. [...] Eu sinto alguma sectorização sobre grupos específicos consumirem substâncias específicas. Então, por exemplo, a comunidade queer ou homens que fazem sexo com homens, ligados a consumos de determinadas substâncias, também dadas as práticas." (EB)

"Daquilo que é um uso mais, mais pontual, ainda que regular, pronto, porque depois começam a aparecer também, acho que, ultimamente, novos padrões de consumo, por exemplo, entre os Homens que fazem Sexo com Homens em que há um uso muito associado a contextos recreativos, de *chemsex*." (EF)

Já na percepção dos beneficiários **E2** e **E4**, a grande alteração no perfil das PUD decorre, sobretudo, ao nível da estruturação, organização pessoal e gestão das várias dimensões da vida destas.

"O estilo de consumidor mudou. Neste momento, não há tantos consumidores agressivos como havia há uns anos atrás..." (E2)

"Há pessoas que, há 20 anos, não se conseguiam nem estruturar para conseguir manter um emprego, apesar de consumos. Hoje em dia, já não... Onde eu vou buscar as minhas coisas, vêm do trabalho, trabalham, têm uma vida mais estruturada." (E4)

Esta característica é identificada por Cruz (2021), sobretudo nas PUD em contextos recreativos, ao constatar que os padrões de consumo podem não ser percecionados

pelos próprios como problemáticos, por serem conciliáveis com as restantes dimensões das suas vidas.

As alterações ocorridas nas dinâmicas socioculturais são mais evidentes e consensuais entre as profissionais. As profissionais **EA**, **EB**, **EC** e **ED** identificam a existência de grupos específicos, que têm tido maior expressão nos últimos anos, dentro da população que utiliza drogas, como comprovam os seguintes excertos:

"E nos últimos anos sinto que, lá está, que acompanhamos uma população cada vez mais diversa, de diferentes comunidades dentro da comunidade de Pessoas que Usam Drogas, nomeadamente pessoas migrantes [...] também tentamos, cada vez mais, chegar a mulheres, pessoas não binárias, pessoas não conformes no que toca ao género, população LGBTQIA+..." (EA)

O consumo das mulheres mais visibilizado [...] mais população migrante... Eu diria que alguns utilizadores envelhecidos, mais envelhecidos também, mas também sinto que há novos utilizadores, pessoas mais novas..." (EB)

"[...] uma bolsa de consumidores que começam agora a consumir crack na rua e que são mais novos, uma população migrante e aí também uma grande diferença na população, mas também os velhos consumidores, que se calhar são os que eu apanhei no Casal Ventoso, em 98 ou 99." (EC)

"Nós tínhamos maioritariamente uma população portuguesa, ainda é a maioria portuguesa, mas, neste momento, já encontramos uma percentagem significativa de população migrante, de outros países, maioritariamente, do Sudoeste Asiático." (ED)

Esta diversidade e complexidade de perfis, tem dificultado a uniformização e padronização de características comuns, sendo cada vez mais difícil definir um perfil comum ou semelhante entre as PUD (Cruz, 2021).

No entanto, a profissional **EE**, não considera que existam alterações significativas nas dinâmicas sociodemográficas e/ou socioculturais, que apresentem impacto efetivo nos perfis das PUD. Das suas declarações, crê que predomina o perfil "clássico", da população utilizadora de drogas de longa duração, conforme transcrição:

"O boom do consumo, já não é agora, nestes tempos, não é? Já foi nos anos 90, 80 e 2000. Portanto, há poucas pessoas novas. Continua a aparecer pessoas novas, mas já não é, já não se vê aquela história que em todas as famílias, em todas as classes sociais, em todos os grupos sociais, havia gente a consumir." (EE)

Já as profissionais **EC** e **EF** consideram que as alterações visíveis no contexto de utilização de drogas, não estão diretamente relacionadas com a alteração de características e de perfis das PUD, mas antes nas mudanças contínuas nos mercados de droga e na própria diversidade de drogas disponíveis. Tal como referem:

"Não sei se há propriamente uma diferença nas pessoas, há nos hábitos de consumo que elas vão tendo e também naquilo que o mercado... Se há influência no mercado, que depois vai ter impacto naquilo que é a oferta na rua, não é?" (EC)

"Parte dos consumidores são os mesmos, mudaram foi a substância de eleição." (EF)

Estas percepções correlacionam-se com a constatação de Cruz (2021), de que existe um mercado de droga cada vez mais dinâmico e complexo, pelo que se verificou oportuno aprofundar a percepção dos/as participantes face às possíveis alterações nos mercados de droga e, conseqüentemente, nas práticas quotidianas, nos hábitos de utilização de drogas e comportamentos de risco associados.

4.1.2. MERCADOS DE DROGA, PRÁTICAS QUOTIDIANAS, HÁBITOS DE UTILIZAÇÃO DE DROGAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO

Dos dados recolhidos, constata-se que, na percepção da maioria dos/as participantes, as mudanças mais significativas nos mercados de droga situam-se, sobretudo, no aparecimento de novas drogas (NSP), confirmado por Carvalho (2021), e na adulteração dos compostos das drogas já existentes, o que, em consequência, traz alterações inegáveis nos padrões e hábitos de utilização de drogas das PUD.

A profissional **EB** considera que a utilização destas novas drogas, que vão surgindo nos mercados, se encontra cada vez mais associada aos contextos recreativos, dando alguns exemplos:

"Dos contextos recreativos, acho que o aparecimento das Novas Substâncias, que era uma realidade assim mais distante há uns anos para cá... O consumo de catinonas, há 10 anos atrás, quando eu comecei a trabalhar, era assim uma coisa muito distante, que se fazia em muitos países e que, hoje em dia, é... Eu sinto que entrou mais nos padrões de consumo de alguns nichos e de algumas pessoas. [...] E o resto eu sinto que se mantém, tipo, o consumo de MDMA, de cocaína em contextos recreativos, acho que se mantém. Acho também que há um aumento no consumo de ketamina, há mais pessoas a consumirem ketamina desde, se calhar, de há 10 anos para cá..." (EB)

A profissional **EF** acrescenta que estas novas drogas vão-se sedimentando ao longo do tempo, passando a constituírem-se como padrões de consumo. Na transcrição abaixo, providencia também alguns exemplos de NSP:

"Foram também aparecendo novas substâncias que foram integrando novos padrões de consumo ou constituindo novos padrões de consumo. Falamos de catinonas que vão variando a sua constituição. E depois, outras substâncias que eu já tenho alguma, alguma dificuldade em chamar novas, como o MDMA [...] E depois outras substâncias, como o GHB e a Ketamina, que também têm vindo a constituir-se como padrão de consumo." (EF)

A profissional **EE** mostra concordar também com a existência de NSP, deixando o alerta de que estas devem constituir-se como ameaças preocupantes para as sociedades, sobretudo, pelo desconhecimento dos efeitos e potenciais riscos associados à sua utilização, muitas vezes desvalorizados, à semelhança do referido por Henriques e Silva (2016) e pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2010, 2022):

"Há realmente a entrada de novas drogas e, provavelmente, de drogas que continuam a ser vistas como recreativas, não severas, mas que são severas!" (EE)

No entanto, as profissionais **EA**, **EC** e **EF** consideram que são as drogas clássicas e as alterações na sua produção, que têm despoletado as mudanças visíveis e sentidas nos mercados de droga e nos hábitos e padrões de consumo das PUD, que exigem das equipas uma contínua adaptação e especialização das suas intervenções (Claborn *et al.*, 2023), para que se tornem o mais abrangentes possíveis.

"Como nós sabemos, no Afeganistão, os talibãs estão a queimar os campos das papoilas de ópio, não é? E então, por exemplo, temos feito um trabalho na Europa muito grande, em tentar perceber o que vai acontecer se existir uma quebra na produção e no tráfico da substância da heroína... E então, estamos preparadas ou a tentar preparar-nos para uma eventual entrada do Fentanil e dos Nitazenos no mercado das drogas." (EA)

"Quando eu comecei a trabalhar, a heroína era muito barata, a cocaína era muito cara. Neste momento, a cocaína e a heroína estão a preços quase idênticos, se não, às vezes, a cocaína mais barata, cocaína crack. Portanto, é natural que as pessoas vão oscilando naquilo que são os seus hábitos de consumo." (EC)

"Relativamente às substâncias clássicas, tem havido nos últimos anos, uma alteração do padrão de base, ou seja, passámos de uma situação em que maioritariamente a droga preferencial era heroína para uma situação em que a droga preferencial é cocaína, nas suas diversas formas." (EF)

De facto, cinco dos/as seis beneficiários/as entrevistados/as (**E1**, **E2**, **E3**, **E4** e **E5**), identificam a existência de um decréscimo considerável na qualidade das drogas clássicas, associado à adulteração dos compostos nelas inseridos. Conforme referem,

"À heroína e ao crack, que não tem nem 5, nem 10, nem 15% de substância... da cocaína, nem da heroína!" (E1)

"A qualidade é que tem vindo a deteriorar-se cada vez mais. [...] Eu não sei se é devido à porcaria que metem na droga e que nos deixa um pouco mais debilitados do que antigamente..." (E2)

"O que eles vendem ali, aquilo nem é droga, tampouco. Aquilo tem 1%, 2% de pureza, veja lá bem... A droga, a branca, a branca é coiso do dentista, é essa trampa, uma anestesia qualquer do dentista. [...] A droga, agora, não tem nada a ver a qualidade.

[...] Aquilo tem ali umas substâncias, doutora, que a gente fica completamente alucinados e desvairados! E então se consumir isto durante uns tempos seguidos, você arrebenta consigo. [...] Que eles não andam a vender droga, eles andam a vender veneno! É totalmente diferente... Eles andam a matar as pessoas!" – (E3)

"A qualidade vai variando. Eu acho é que, cada vez mais, há mais misturas, mas para deixarem as pessoas cada vez mais dependentes. [...] Eu acho é que a qualidade, no sentido de, as porcarias no grau de pureza, cada vez pior." (E4)

"Dantes, eu comprava o crack, era bem bom. Agora, o crack tem, não sei, metem tipo uma substância, a gente... Queres mais... Ficavas ali uma hora e agora... Estás ali 5 minutos..." (E5)

Vavrincikova *et al.* (2016), como referido na página 63, identifica o perfil de “utilizadores problemáticos” das NSP, que pode facilmente ser correlacionado com a população utilizadora de drogas de longa duração, caracterizada anteriormente. Já Henriques e Silva (2016) vêm confirmar que a adulteração das drogas clássicas, modifica os padrões de consumo e potencia a utilização desconhecida e não informada de NSP.

Quanto às transformações visíveis ao nível dos comportamentos de risco, as profissionais **EB**, **EC** e **ED** destacam a alteração da via preferencial de consumo:

"O decréscimo do consumo injetável para o consumo fumado. O aumento do consumo de crack fumado. Isto nas Pessoas que Usam Drogas em contextos mais vulneráveis." (EB)

"Há uma alteração do padrão de uso, portanto, temos menos pessoas a injetar e mais pessoas a fumar." (EC)

"Nos últimos 10 anos para cá... não é uma população com um perfil tão ao nível do consumo de heroína injetada, foi uma população que mudou desse consumo de heroína injetada para um consumo mais fumado, principalmente de cocaína, ou seja, crack, cocaína cozida." (ED)

Tal como referem, a utilização de drogas por via endovenosa tem vindo a diminuir consideravelmente, perceções que vão ao encontro dos dados partilhados pela Harm Reduction International (2022), sendo esta alteração verificada em toda a Europa. Esta alteração, tanto é associada ao sucesso dos programas de RRMD (Rêgo *et al.*, 2021), como à diversidade crescente de substâncias e de formas e vias de consumo (SICAD, 2022).

O beneficiário **E1** partilha uma experiência vivida na primeira pessoa, numa fase da sua vida em que a utilização de drogas e os comportamentos de risco tidos, trouxeram graves consequências para a sua saúde mental:

"Foi aí que eu fui internado compulsivamente. Não foi porque eu fizesse mal a alguém, foi porque eu não saía de casa, neste caso, há um tempo largo e as pessoas estavam com medo que eu pudesse estar a fazer mal a mim próprio. [...] É uma esquizofrenia induzida. Derivado dos consumos. Foi o que eu tive. [...] Tive processos gravíssimos de depressões... de pensamentos suicidas... porque após estes períodos, em que tu percebes que estavas a falar com os pombos e que destruístes as tuas janelas e que fizeste coisas que eu ainda, que me lembrava, davam-me terríveis estados depressivos." (E1)

Partilha, ainda, a forma como, posteriormente, “geriu” os seus consumos, alterando a substância de eleição, de forma a diminuir os riscos associados à utilização de drogas:

“Para mim, o álcool é como se fosse uma droga, é uma substância, mas as outras substâncias que eu usava, eu não as uso porque me fazem mal. [...] E o álcool é uma substância que eu consigo usar esporadicamente... E consigo ter controle, que é dizer, olha, não me apetece beber mais e não bebo...” (E1)

Esta declaração, tão pessoal quanto real, permite constatar a crescente consciencialização das PUD, para práticas de consumo mais seguras, que visam, sobretudo, a sua proteção individual (Portela, 2020).

Não obstante, analisadas as mudanças mais significativas nos mercados de droga, nos padrões de utilização de drogas e nos comportamentos de risco das PUD, procurou-se perceber que desafios e necessidades se verificam na atualidade.

4.1.3. DESAFIOS, NECESSIDADES E PROBLEMÁTICAS ATUAIS

Através dos relatos dos/as participantes, procurou-se perceber que necessidades e problemáticas consideram ser mais evidentes na atualidade, face às transformações identificadas.

Em primeiro lugar, foram (re)identificadas carências ao nível do acesso e satisfação de necessidades básicas, como a alimentação, o abrigo/habitação e a saúde. Tal como refere a profissional **ED**,

"Há cerca de 1, 2 anos, voltámos a ter pessoas com necessidades básicas ao nível da alimentação, que já tínhamos deixado de ter há muito tempo... Pessoas a pedirem-nos resposta alimentar, comida na rua, água na rua e que têm tido dificuldade em ter acesso até aos bens básicos como a alimentação..." (ED)

O beneficiário **E3** também identifica esta carência, conforme excerto:

"Eles têm necessidades, mas eles não tomam banho, não comem a horas, não nada..." (E3)

Embora o acesso à habitação seja uma temática constantemente identificada na intervenção com PUD em estados de grande vulnerabilidade, como é o caso das

Pessoas em Situação de Sem-Abrigo, as profissionais identificam um agravamento geral, o que leva a consequências e alterações nos padrões de utilização de drogas.

"Trabalhas com Pessoas que Usam Drogas num estado de grande vulnerabilidade, nomeadamente Pessoas em Situação de Sem-Abrigo, há sempre esta questão da habitação, não é?" (EA)

"Acho que, sobretudo, as questões da habitação. Eu diria que é o pior, tipo temos o pior cenário possível... quando eu comecei a trabalhar, era muito fácil encontrar um quarto para alugar para um utente meu e daí começar a trabalhar algumas coisas. Neste momento, isso é absolutamente impossível. [...] Depois da crise, da Troika, voltámos a ter na rua, pessoas que já não estavam... não tínhamos na rua há muito tempo... Portanto, foram pessoas que já utilizaram substâncias e depois deixaram de usar e agora voltam novamente à rua..." (EC)

"Há o agravamento, com as questões sociais ou derivadas das questões sociais, da crise da habitação, dos quadros de uso continuado e diário." (EF)

É também referida a dificuldade sentida no acesso a cuidados de saúde, como o acesso a medicação, perceptível no discurso da profissional **ED**:

"Uma grande dificuldade tem sido, por exemplo, nós temos pessoas que estão na rua, estão com consumos, precisam de medicação... Era mais fácil, no passado, nós conseguirmos medicação com apoio dos serviços de Ação Social." (ED)

A beneficiária **E5** verbaliza a mesma dificuldade, experienciada na primeira pessoa:

"Estou à espera da medicação há 2 meses, que é para reduzir o álcool e para os ataques de pânico que eu tenho, ansiedade e para dormir, que é para tomar o comprimido e ir logo para a cama..." (E5)

O acesso a medicação traduz-se apenas numa das faces da dificuldade no acesso aos serviços sociais e de saúde que as PUD, na sua generalidade, experienciam, como identificam Claborn *et al.* (2023).

Cinco das seis profissionais reconhecem, ainda, outras faces desta problemática. Por um lado, a não adequação dos serviços e das respostas que oferecem às PUD, tal como referem as profissionais **EB**, **EE** e **EF**:

"[...] faz com que as pessoas se afastem dos serviços, com que grupos não vão aos serviços, mas também com que o tipo de informação de Redução de Riscos e o tipo de materiais que distribuis, o tipo de intervenção, depois não esteja ajustada." (EB)

"A gente tem as pessoas todas aqui na mão e, às vezes, são encaminhadas para coisas mais estruturadas, na esperança de que as pessoas se aguentem com essa estrutura e depois as pessoas não aguentam... porque, o consumo de substâncias, que altera o comportamento de pessoas, não é compatível com a organização que os serviços exigem a essas pessoas." (EE)

"Acho que as pessoas não se identificam com os serviços, ou seja, não é uma resposta, quando as pessoas chegam aos serviços de tratamento, não creio que se sintam confortáveis naquele espaço." (EF)

Também as próprias regras e critérios de admissão que não contemplam ou, até mesmo, que excluem as PUD de aceder aos serviços são apontados como graves constrangimentos, como é possível verificar nos excertos das profissionais **EC** e **ED**:

"Mas diria que de uma forma absolutamente transversal, sendo Lisboa uma grande exceção, os equipamentos sociais de resposta para Pessoas em Situação de Sem Abrigo, não acolhem Pessoas com Consumo de Drogas. [...] Se eu tiver e tenho na Linha, muitas vezes, mulheres que são vítimas de violência doméstica... ganha serem toxicodependentes e deixam de ser vítimas de violência doméstica. Portanto, não há uma única resposta. Aliás, as Casas-Abrigo não recebem pessoas a tomar metadona." (EC)

"Muitas das respostas de saúde que iriam dar resposta a esta população, não as aceita devido aos consumos. Por exemplo, nós tivemos várias pessoas que claramente já teriam critérios para entrada em ERPI, Lar de Idosos, tudo isso, e que acabam por estar excluídas pela questão dos consumos. [...] Depois é difícil encaminhar alguém para uma resposta, quando demora 2, 3, 4 meses... Já nem a pessoa quer aquela resposta, já nem a pessoa está com o mesmo plano de vida ou nós já não encontramos a pessoa." (ED)

Por último, é também identificada a incongruência geográfica das respostas disponíveis, ou seja, as profissionais **EC** e **ED** fazem referência à existência de uma maior concentração de respostas nas grandes cidades portuguesas. As restantes zonas do país ficam "a descoberto", o que faz com que as PUD não acedam de igual forma aos serviços, por inexistência dos mesmos:

"As barreiras de acesso a serviços físicos são muito maiores." (EB)

"A seguir, todos os equipamentos... Porque depois nós não estamos, quando falamos em Redução de Danos, não podemos falar de Lisboa, ou do Porto... não é? [...] Um consumidor em Beja, não tem este tratamento, nem estas possibilidades. Em Coimbra, não tem. No Porto, muito menos. Portanto, esta ideia de centralidade em torno da cidade grande, para onde todas as pessoas vêm, primeiro porque é mais barato consumir, mas os consumidores em Setúbal estão relegados à insignificância, não é?" (EC)

"Na cidade de Lisboa e daquela que é a nossa experiência nos outros concelhos que intervimos, como, por exemplo, na Amadora, não existe habitação suficiente disponível, ao nível do arrendamento acessível, para que as pessoas possam passar de forma autónoma. [...] Continuam a ser necessárias mais alternativas habitacionais, ou seja, várias tipologias de resposta, não têm que ser só Centros de Acolhimento, nem tem que ser só, por exemplo, *Housing First*." (ED)

As dificuldades apontadas pelas profissionais traduzem-se na ainda existente e prevalente *standardização* dos serviços sociais e de saúde, com respostas pouco flexíveis e adaptáveis às necessidades individuais e específicas de cada pessoa, contrariamente ao compromisso estabelecido pela UNODC (2021), na sua *Estratégia 2021-2025*, que almeja a implementação de “(...) uma abordagem centrada nas pessoas para alcançar melhorias sustentáveis nas vidas dos mais vulneráveis (...)” (p. 3). Assim, e tal como referem Ribeirinho e Teles (2022), torna-se imperativo “(...) caminhar no sentido de uma perspetiva mais biopsicossocial e ecológica do indivíduo (p. 10).

Tal como referem as profissionais **ED**, **EE** e **EF**, também o envelhecimento e o agravamento das comorbilidades ao nível da saúde física e mental, se constituem como importantes desafios da atualidade:

"E isso é uma grande dificuldade que vamos sentindo, o envelhecimento da população. [...] As pessoas encontram-se com situações mais vulneráveis ao nível da sua saúde, porque estão há mais tempo numa situação de vulnerabilidade." (ED)

"Porque a saúde mental está extremamente comprometida... e não acompanhada... Porque mesmo que as organizações que têm estas pessoas mais próximas tentem fazer algum acompanhamento, mas depois o serviço público não consegue acompanhar. E a pessoa perde-se aqui neste limbo." (EE)

"E depois, mesmo entre as pessoas com consumos de heroína, nós temos um agravamento da situação física... maiores necessidades do ponto de vista social." (EF)

Embora o aumento da longevidade da população se constitua como um sucesso social, traduzido no aumento da esperança média de vida das pessoas (Almeida, 2012), tal não se traduz diretamente no aumento da qualidade de vida para as PUD. Pelo contrário, o envelhecimento pode representar uma fragilidade ainda maior para estas pessoas, por ser um fator acrescido de vulnerabilidade, tal como referenciado na página 65.

A profissional **EC** alerta, inclusive, para o desigual acesso destas pessoas aos serviços dirigidos às pessoas mais velhas:

"Os lares de idosos não recebem pessoas com metadona. E eles estão velhinhos, não é? Significa que trabalhamos bem, significa que eles foram capazes de envelhecer com as suas doenças, mas eles não existem nos Cuidados Paliativos, eles não existem nos Cuidados Continuados, eles não existem... Eles não existem em nenhum equipamento social." (EC)

Por último, é percecionada a existência de um grande nível de desconhecimento face aos próprios Direitos, em grupos específicos dentro da população que utiliza drogas, como a população migrante, contrariamente à população “clássica”.

"Se, no passado, a população conhecia as respostas, já tinha ido aos serviços sociais, aos serviços de saúde e sabia a ligação entre eles, bem como conhecia aqui a questão da sua proteção ao nível legal, não tinha reservas ao falar com a equipa [...] conheciam a lei portuguesa e não sentiam aqui medo de falar connosco, devido ao facto de consumirem substâncias psicoativas, a população migrante que nós temos encontrado neste momento tem muito desconhecimento daquilo que é a lei portuguesa, tem muito desconhecimento do que é que as equipas fazem na rua e que serviços sociais e de saúde é que podem recorrer, se é que existem e como é que podem navegá-los." (ED)

"[...] desconhecimento e também, muitas vezes, por falta de os serviços terem tradução, por falta daquilo que são os flyers e toda a informação disponível estar traduzida e acaba por ser situação que está aqui num nível de maior exclusão..." (EB)

As necessidades e problemáticas elencadas são o reflexo do agravamento das questões sociais derivadas da *sociedade de risco*, conceito introduzido por Beck (1992), que potenciam a vulnerabilidade experienciada pelas PUD, aqui refletidas, sobretudo, na necessidade de satisfação de necessidades básicas e no acesso a Direitos Básicos e Fundamentais.

4.1.4. VULNERABILIDADE, DISCRIMINAÇÃO E EXCLUSÃO SOCIAL

Embora seja inquestionável o estigma existente face às PUD, a vulnerabilidade vivenciada por estas e os processos de exclusão social de que são alvo, procurou-se conhecer a perceção das profissionais e dos/as próprios/as beneficiários/as sobre este tema.

A profissional **EA** alerta para a extensão da discriminação que as PUD vivenciam, que vai muito além da utilização de drogas *per se*:

"Nós trabalhamos com comunidades que experienciam múltiplas violências, que não estão unicamente relacionadas com o consumo de drogas. O consumo de drogas é só mais uma arma ou, o facto de a pessoa usar drogas, é usado contra estas comunidades para ainda as vulnerabilizar mais. Mas existem muitas outras esferas, em que as pessoas nas suas vidas e em grupos, muitas mais agressões que experienciam, que não é só por serem utilizadoras de drogas. É por serem mulheres, é por serem trabalhadoras do sexo, é por serem... por serem pessoas de comunidades racializadas ou étnicas, minorias, por serem migrantes..." (EA)

Recorda-nos Almeida (2013), que cada grupo específico ou “comunidade”, como designa a profissional **EA**, experiencia múltiplas desigualdades sociais, num fenómeno que se trata multidimensional, dinâmico e evolutivo. Tratando-se as PUD de uma

população que já vivencia experiências estigmatizantes e de exclusão (SICAD, 2013), por apresentarem características e comportamentos que as tornam socialmente vulneráveis, este fenómeno toma proporções ainda maiores, culminando na existência de visíveis desigualdades em diferentes áreas. Destas, salienta-se o acesso aos serviços de saúde e recursos sociais existentes na comunidade (Rodrigues *et al.*, 1999), já analisado anteriormente, mas também e, como refere Roe *et al.* (2010), a vivência de experiências discriminatórias e estigmatizantes aquando do acesso a estes.

Esta diferença de tratamento, pela negativa, é também reconhecida pelos/as entrevistados/as:

"E isso é sempre uma dificuldade, a nossa população não se sentir bem-vinda nos serviços em geral e que não está quase a ser convidada a sair ou a ser atendida muito mais rápido ou com muito menos cuidado do que o resto da população. Isto é algo que tem muito a ver com preconceito e com falta de informação sobre as dificuldades da nossa população. [...] As pessoas com consumos já se sentem, no geral, marginalizadas e excluídas socialmente e depois, o que nós vamos sentindo, é que tudo aquilo que é o sistema oleado, que muitas vezes não está, para a restante população, no caso das pessoas com consumos ativos, encontra ainda mais obstáculos no caminho." (ED)

"Uma realidade social muito complicada, a par dum ainda existente estigma relativamente ao uso de drogas e ao que é que é uma Pessoa que Usa Drogas. Quando se ouve Pessoa que Usa Drogas, há toda uma imagem que é criada, que só por si também constitui um problema para as pessoas. [...] para além deste estigma social associado, há também um estigma dos Serviços de Saúde." (EF)

"Quer dizer, até os profissionais de saúde, tratam as pessoas, julgam as pessoas... mas é engraçado ver como as pessoas julgam muito, até pessoas dentro da área social, às vezes... são muito perentórias a julgar e a serem quase, a quererem ser o pai e a mãe dessa pessoa. [...] ainda há muito julgamento e muito racismo e há muito estigma." (E1)

Face às experiências vivenciadas e descritas, procurou-se compreender, junto dos/as beneficiários/as, as perceções tidas por estes relativamente à visão da sociedade face às PUD. Dos testemunhos dados, destacam-se dois excertos, referentes às beneficiárias **E4** e **E5**, que além de serem socialmente categorizadas como PUD, são mulher e mulher trans, respetivamente:

"Acham, porque as pessoas são consumidoras... são tipo ratos do esgoto. [...] Ainda tratam os consumidores como se fossem lixo, não é?" (E4)

"Os bêbados e os drogados. [...] Há discriminação, sim. [...] Há muitas pessoas que ainda têm preconceitos." (E5)

De forma sucinta e tal como refere a profissional **EB**:

"As Pessoas que Usam Drogas continuam a estar muito vulneráveis, continuam a precisar de novas respostas que não têm..." (EB)

Através das perceções dos/as entrevistados/as, é, de facto, visível a visão social negativa e repleta de preconceitos face às PUD, o que potencia a vivência de experiências discriminatórias e segregadoras nos diferentes contextos. Os dados aqui analisados vão ao encontro do descrito por Goffman (1963), ao verificar-se que o estigma associado a esta população é construído e disseminado socialmente, ao atribuírem-se representações negativas a características específicas das pessoas.

No entanto, ainda que o cenário se apresente negativo, existem participantes que consideram que têm sido concretizados alguns pequenos avanços nesta temática, conforme declarações:

"[...] mas há mais, há mais aceitação... Ou porque a pessoa está sozinha, depois há sempre uma história que vem ao de cima... Porque as pessoas compreendem." (E3)

"O estigma, não se compara, o passado com o presente, não se compara... E é trabalhando com as pessoas e dando condições às pessoas para elas estarem melhores que a gente também trabalha o estigma da comunidade." (ED)

Esta gradual evolução sentida tem, certamente, resultado, em parte, da intervenção realizada pela RRMD ao longo dos anos, nas diferentes esferas e dimensões sociais. O próximo ponto, procura analisar as práticas desenvolvidas em RRMD.

4.2. PERCEÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ATUAIS EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Analisada a perceção dos/as entrevistados/as face aos perfis das PUD e às dinâmicas associadas à utilização de drogas, procurou-se aferir o entendimento destes/as relativamente à intervenção que tem vindo a ser desenvolvida em RRMD, mais concretamente às práticas exercidas e/ou adaptadas (face ao modelo original e ao previsto pela legislação) e os efeitos e impactos deste modelo nas comunidades e sociedade em geral.

4.2.1. COMPONENTES DA INTERVENÇÃO SOCIAL EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

No presente ponto, procurou-se determinar os componentes e aspetos que as profissionais identificam como comuns na intervenção social desenvolvida no âmbito da RRMD.

Como aspetos gerais e comuns, as profissionais destacam, sobretudo, o contexto de proximidade em que a intervenção é desenvolvida, a pessoa no centro da ação, a capacidade de adaptação e adequação constante da intervenção face às necessidades e vontade das próprias pessoas e a defesa e capacitação destas para os seus Direitos.

"Ou seja, a parte humana e o questionar o sistema e as estruturas, o tecido social é importante para se fazer Redução de Danos. Eu acho que não é possível fazer-se Redução de Danos sem se questionar esta questão estrutural toda." (EA)

"É uma das bases da Redução de Riscos, não é? De advogar pelas Pessoas que Usam Drogas e pelos seus Direitos..." (EB)

"[...] a pessoa no centro, intervenções humanistas. [...] sempre se foi tentando criar alternativas para chegar às pessoas, para chegar a diferentes contextos, para chegar a diferentes cenários." (EC)

"[...] a proximidade e colocar a pessoa no centro da intervenção, eu acho que acaba por ser um bocadinho transversal. Sempre que há Redução de Riscos, há proximidade com a população-alvo e há a pessoa no centro da ação." (ED)

"Acho que, pronto, apesar de tudo, a Redução de Danos traz, traz esse crescimento enorme, que é aceitar a pessoa como está, no sítio em que está, na situação em que está, mas sermos nós os portadores da esperança e da mudança para aquela pessoa! Nós temos essa carta. [...] A Redução de Riscos não tem que ser uma coisa tão técnica, não é com uma moldura técnica muito rígida, como é o Tratamento, mas que é uma coisa muito mais aberta à participação de todos." (EE)

"[...] perspectiva do sem julgamento nos vários contextos." (EF)

No discurso das profissionais, é perceptível a identificação dos pressupostos fundamentais e dos princípios orientadores deste modelo de intervenção, definidos por Carapinha (2009) e pelo SICAD (2016), já referidos anteriormente.

Ademais, foi também destacado o estabelecimento da relação terapêutica de ajuda, enquanto importante componente desta intervenção. A profissional **EA** refere que a relação não deve cingir-se apenas à dimensão micro, à intervenção direta com as PUD, mas deve também ser desenvolvida com a própria comunidade, expressa na

gestão e mediação que é feita nas relações entre ambas, procurando que seja frutífera na promoção da reflexão e exercício efetivo da cidadania destas pessoas.

"O que baseia a minha intervenção com a pessoa e a comunidade é a relação. [...] Acaba por ser o nosso maior trunfo, não é? A relação é um instrumento do Serviço Social que permite... Lá está, é um instrumento que nos vai permitir questionar a humanização dos serviços, a criação de espaços seguros, porque é que as pessoas merecem, são detentoras de Direitos... Nós não somos as profissionais que vão concretizar a cidadania das pessoas. As pessoas já têm essa cidadania. Nós somos elementos que estamos aqui no meio, que estamos a querer ligar as pessoas às estruturas sociais." (EA)

Já a profissional **ED** destaca que esta componente é importante para a compreensão da população e conhecimento das suas motivações, comportamentos e práticas, procurando a mútua reflexão, aprendizagem e crescimento, nesta relação que se quer dual. Conforme refere:

"A relação, que é o fundamental de tudo. Sem a relação, nada feito! Portanto, a relação, que é com quem a gente aprende tudo, é com os nossos utentes! São eles que nos ensinam tudo o que nós sabemos! Portanto, nós temos que ser humildes para aprender... e isso, a Redução de Riscos tem! A Redução de Riscos tem a humildade de conseguir e de querer aprender com as pessoas que consomem. As outras áreas não têm... As outras áreas querem sempre acrescentar alguma aprendizagem à pessoa que tem comportamento aditivo." (ED)

Patrício (1997), ainda que apenas mencione o estabelecimento da relação de ajuda no contexto direto de intervenção com as PUD, refere que esta se trata de um importante mecanismo na promoção de mudanças efetivas. Já Vakharia e Little (2016) identificam que a relação se trata de um elemento fundamental no sucesso de qualquer intervenção na área da RRMD, seja diretamente com as PUD ou com a comunidade. Não obstante de a intervenção desenvolvida se encontrar alicerçada em pressupostos comuns, na opinião da profissional **ED** existem abordagens ou “olhares” distintos dentro da RRMD, como é possível constatar na sua declaração:

"Existem, claramente, modelos mais médicos e existem modelos mais ligados aqui à parte social e, ainda, existem modelos mais ligados à parte da intervenção de pares. [...] A filosofia da Redução de Riscos tem sempre a ver também com a forma como olhamos para as pessoas e dá para olharmos através de um modelo mais médico, de como é que estão todas as suas questões de saúde e como é que, clinicamente, poderiam ser resolvidas... Podemos olhar sempre numa perspetiva mais social de, socialmente o que é que a pessoa precisava, ou mais ao nível da habitação, mais ao nível de documentação, ao nível até de alimentação, todas essas questões, o que é que a pessoa precisava para melhorar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. E existe ainda aqui um modelo mais ao nível de nas equipas em que temos mais educadores de pares, eu acho que é mais fácil que o modelo vá indo mais enquadrado no ritmo da pessoa e sem tantas influências, nem médicas, nem sociais." (ED)

Sobre estas abordagens, Valente e Martins (2021) consideram que existiu uma clara transição de um modelo mais ativista, mais relacionado com as próprias origens da RRMD, onde as PUD participavam e envolviam-se nas discussões sobre a adequação das intervenções, para um modelo mais médico-psicológico, muito ligado ao binómio droga-doença. Tal como referem:

“[...] a institucionalização da RRMD em diversos países levou a que esta se afastasse progressivamente da sua matriz alternativa e ativista. O trabalho pela defesa das pessoas que consomem drogas e do direito ao consumo substitui-se por uma intervenção que, muitas vezes, se limita a ser uma resposta de saúde pública, assumindo o discurso médico-psicológico.” (p. 72-73)

Estas abordagens tornam-se mais claras através do exemplo prático dado pela profissional **EC**. Esta refere que a mesma estrutura de RRMD, localizada em cidades diferentes e operacionalizada sob orientação de diferentes instituições, apresenta abordagens de intervenção completamente distintas:

"A nossa Sala de Consumo do Porto é completamente diferente da nossa Sala de Consumo de Lisboa. Uma sala é de ativismo, outra sala é muito mais próxima do tratamento." (EC)

A profissional **EB** afirma que ainda predomina o modelo médico, alertando para a necessidade de se repensar a visão social e legal face às drogas:

"Acho que nós ainda estamos muito no paradigma da saúde... Se antes víamos as coisas no paradigma criminal, hoje em dia, acho que vemos muito, ainda, no paradigma da saúde, não é? Como se o consumo de drogas fosse, única e exclusivamente, uma questão de saúde-doença e não sobre Direitos Humanos, alteração da consciência, o direito ao prazer, o direito ao lazer, à autodeterminação." (EB)

Esta perceção vai ao encontro do que tem vindo a ser referido por Bigler (2005), que relata uma clara predominância do modelo médico, enfatizado, inclusive, pela intervenção realizada pelos/as assistentes sociais, ainda que se verifiquem tentativas de alteração e passagem a um modelo mais social e ativista:

"Despite these efforts to improve services by considering alternative paradigms and models, in practice social workers often rely on traditional, medical-model thinking that emphasizes pathology over individual strengths and personal resources."¹⁵ (p. 71)

No contexto português, Valbom (2015) recorda que o quadro legal, no seu percurso, passou de um paradigma proibicionista-criminal para um paradigma médico-psicológico, centrado na saúde, que se mantém à data. No entanto e, tal como alerta

¹⁵ "Apesar destes esforços para melhorar os serviços considerando paradigmas e modelos alternativos, na prática, os/as assistentes sociais baseiam-se, muitas vezes, no pensamento tradicional, de modelo médico, que enfatiza a patologia em detrimento das forças individuais e dos recursos pessoais." (Tradução nossa)

Cruz (2021), urge promover a discussão da temática da utilização de drogas e da RRMD no contexto político, pois “[...] sabe-se que a patologização obstaculiza a autodeterminação das pessoas que utilizam SPA” (p. 33).

4.2.2. IMPACTOS E EFEITOS

Procurando melhor compreender os impactos e efeitos da intervenção em RRMD, questionou-se os/as beneficiários/as sobre tal, pessoas que usufruem ou usufruíram diretamente de serviços desta natureza.

Da partilha do beneficiário **E1**, de uma experiência na primeira pessoa, destaca-se, sobretudo, a confidencialidade dos serviços e a não imposição/obrigatoriedade de disponibilizar dados pessoais para aceder a estes, conforme excerto:

"Eu dali só queria o material para consumir e pronto, pouco mais. E então, era assim que me aproximava, era assim que saía, nunca ninguém me exigiu nada, nem nomes, nem nada." (E1)

O beneficiário **E2** destaca o impacto positivo e abrangente da intervenção, nos seus diferentes níveis. No entanto, no seu discurso, é perceptível que considera que a realidade de existirem menos pessoas a utilizar drogas em contextos abertos (na rua) se tem vindo a alterar.

"A despenalização, a Lei da Despenalização também ajudou, porque agora já não, mas havia menos pessoas a consumir na rua, não é... porque já podem, já podiam levar para casa... e já não eram apanhados e ficavam sem a dose. [...] Até mesmo, aqueles que, supostamente, eram mesmo contra as Salas de Consumo, já cá vêm dentro. Já cederam, já deram o braço a torcer, já vêm cá dentro consumir. [...] Dou os parabéns aqui à equipa, por ter sabido manter, ao longo destes anos todos, com altos e baixos, tem conseguido manter o equilíbrio e manter a sanidade mental de muitos de nós. [...] Prevenir as doenças... Com o Programa da Troca de Seringas e tudo mais." (E2)

Foi também importante apurar a perceção externa de quem não usufrui de determinado serviço ou resposta, como é o caso do beneficiário **E3**. Na sua declaração, expõe a sua opinião sobre um serviço que utiliza - Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), mas também de outros de que não usufrui, apenas tem conhecimento através do que observa e conhece à distância, como é o caso das Equipas Técnicas de Rua:

"A carrinha [PSBLE] para mim é excelente. Eu acho que mantém as pessoas, mantém a dignidade das pessoas. Eu acho que sem as carrinhas, isto era muito pior, muito pior. Só a pessoa ter a sua dignidade e escolher é totalmente diferente, né? [...] Tudo positivo, tudo ao máximo, porque você não vê seringas no meio do chão, não vê... Não há essas porcarias. [...] As Equipas de Rua, não percebo nada daquilo, mas eu sei que

têm o seu ponto, têm coisas boas porque oferecem comida, umas sandes, não é? Acompanham as pessoas..." (E3)

No que concerne ao PSBLE em concreto, vários/as beneficiários/as relataram o impacto negativo que teve a redução de horário deste serviço, potenciando um aumento significativo no consumo de drogas e no mercado paralelo de venda de metadona, conforme excertos:

"Sem o consumo da droga, mas com a metadona... Então conseguiam ter uma vida normal. Neste momento, já não conseguem... Têm de vir consumir. Porque eles deram estrutura, ou seja, deram bases, 'né, para muitos de nós consumidores, voltarmos a tornar-nos pessoas normais... independentemente dos consumos, tínhamos a metadona, aqueles horários e conseguíamos manter um emprego e uma família. Neste momento, com os cortes, eu sei, eu vejo, 'né... O tráfico de metadona subiu 180%... O aumento de consumo, 200%. Há muita gente que já deixou de trabalhar. Aqueles que se mantêm no trabalho, não perdem o trabalho, mas estão a perder noção porque vêm consumir." (E2)

"A carrinha, por exemplo, tirarem a tarde... Não, não tem muita piada, não tem graça, porque a carrinha, à tarde, ajudava muita gente. Eu, por acaso, dá-me jeito vir de manhã... mas há pessoas que não dá. Mas já me atrasei ou tive coisas para fazer, ou tive na médica, ou qualquer coisa, vinha à tarde... e agora não posso vir à tarde. O que é que acontece? Eu tenho que ter uma reserva de qualquer coisa, em casa, senão quiser ir consumir, não é?" (E3)

"Com a redução dos horários, veio tirar ajuda a muita gente... Foi péssima, porque há dias em que não dá jeito vir de manhã e eu acabo por... faltei mais desde que reduziram o horário, do que nestes anos todos." (E4)

A beneficiária **E4** relata o impacto positivo do Programa de Troca de Seringas, ainda que também não usufrua deste, e dos serviços oferecidos pela Sala de Consumo Assistido:

"Para mim, acho positivo, por exemplo, ver distribuição de kits. Eu nunca injetei, mas acho positivo, porque eu lembro-me de ser miúda e haver seringas espalhadas por todo o lado, não é? [...] Lá em baixo, dão alimentação às pessoas. Podem tomar banho [refere-se à Sala de Consumo]." (E4)

Quanto à Sala de Consumo Assistido, o beneficiário **E1** alerta para a importância da resposta, mas insuficiente face à procura-oferta verificada, pela sua capacidade limitada e exclusividade de existência na cidade de Lisboa (Curado, Belo e Fuertes, 2021):

"E então, por exemplo, abriu num bairro problemático que é a Quinta do Loureiro. Então tu tens a Sala de Consumo que é um serviço impecável e tens um, um novo ponto de consumo que surgiu à porta da Sala de Consumo, porque a Sala de Consumo não tem resposta para tantas Pessoas que Usam Drogas. Então, se calhar, deviam abrir várias Salas de Consumo por Lisboa..." (E1)

A intervenção realizada no âmbito da RRMD no consumo de álcool é ainda recente, tímida e com pouca evidência científica no território nacional, embora não possa ser desvalorizada, pelo aumento que se verifica na utilização desta substância, nos últimos anos, conforme dados disponibilizados pelo SICAD (2022).

A beneficiária **E5** partilha a sua experiência num espaço que realiza esta intervenção, considerando como aspeto positivo o facto de o consumo de álcool naquele espaço ser restringido a um determinado tempo (30 minutos), com um tempo de paragem obrigatório também (1 hora), conforme excerto:

"Não, pronto, eu acho que aqui é positivo, é assim, porque temos meia hora para beber e 1 hora lá fora. Acho que, para mim, isso é positivo. Acho que se não tivesse tempo, acho que as pessoas estavam ali tum tum, a beberem." (E5)

Por último, o beneficiário **E6** refere-se às condições do espaço físico relativo ao Centro de Acolhimento onde se encontrava integrado anteriormente:

"As camaratas estavam bem." (E6)

Já na perceção das profissionais, ainda que considerem que tenha existido uma efetiva evolução no contexto individual, social e comunitário com a intervenção em RRMD, como será aprofundado nos pontos abaixo, há ainda trabalho a fazer, principalmente no que se refere, num nível micro, à capacitação das PUD e, num nível meso, às respostas sociais disponíveis na comunidade:

"A Redução de Danos tem evoluído imenso. Eu acho que mais do que qualquer outra área dos comportamentos aditivos. [...] A Redução de Riscos cresceu muito, as Equipas cresceram muito, têm vontade de fazer mais, porque têm sempre... Aí um bocado ligado também a esta tal paixão que, que a gente não desanima, mas depois os Serviços não nos acompanham." (EE)

"Há uma parte da Redução de Riscos que também pode ser assistencialista, não é, quando eu só dou seringas, mas não ensino, por exemplo, como consumir, mas não aceito que a pessoa consuma à minha frente, só estou a dar a informação que eu quero e não estou a capacitar as pessoas." (EB)

"As alternativas que nós temos disponíveis, muitas vezes, também são poucas e demoram muito tempo, mas que, mesmo as que temos disponíveis, as pessoas, neste momento, queriam outras alternativas e não aquelas. Tipicamente, albergues, centros de acolhimento, as respostas assim coletivas para várias pessoas ou com muitas pessoas no mesmo espaço, têm sido, muitas vezes, uma alternativa que depois acaba por não ser viável para as pessoas porque elas já passaram 2, 3, 4 vezes e, ou estão expulsas, ou não correu tão bem e acabam por não aceitar. Portanto, a população em si está mais desgastada das respostas que existem, das respostas típicas..." (ED)

De acordo com Almeida (2002) e, posteriormente, adaptado por Barbosa (2011) ao contexto de utilização de drogas, a *mediação-acessibilidade*, é um dos níveis de

intervenção em RRMD, que se concretiza no encaminhamento estruturado das PUD para os recursos sociais da comunidade, nomeadamente para as estruturas de acolhimento, mas também na capacitação face aos seus Direitos e aos recursos existentes, para que possam usufruir destes. Das declarações das profissionais, parece-nos que consideram a necessidade de um maior investimento neste nível de intervenção da RRMD. Por outro lado, alertam para a necessidade de aumentar o número de serviços e respostas, que se verificam insuficientes face à procura existente (Seabra, 2021) e, ao mesmo tempo, inovar e diversificá-los, procurando um investimento na personalização e adequação destes face às atuais tendências e necessidades (Johnston *et al.*, 2017).

4.2.3. ADAPTAÇÃO DE PRÁTICAS

A adaptação de práticas na intervenção em RRMD, permite analisar de que forma as instituições, equipas e profissionais que atuam nesta área têm procurado adequar e inovar a sua intervenção de forma a ir ao encontro das novas tendências e necessidades que foram sendo identificadas.

Todas as profissionais identificam práticas que foram sendo adaptadas na intervenção em RRMD ao longo dos anos. As profissionais **EB** e **EE** destacam a adaptação de práticas, sobretudo, no domínio da saúde e na prevenção de riscos sociais e sanitários:

"A [nome da instituição] também começou consultas de Redução de Riscos, que era uma coisa que não existia, ou seja, consultas de apoio psicológico e Redução de Riscos. [...] As consultas de Psicologia que existiam eram todas muito direcionadas para o tratamento e nas estruturas que as pessoas não se identificavam... E, por exemplo, quando nós abrimos a nossa consulta, que é mesmo maioritariamente online, a adesão foi muito grande" (EB)

"Neste momento, nós temos praticamente Consulta de Hepatite C na rua! O médico vem à rua, passa as análises, nós é que tiramos os sangues, nós é que levamos o sangue. O utente já não tem de ir a lado nenhum, o utente só tem de ir consumir à Sala. Imagina, numa Sala de Consumo, onde tu vais, vai um utente consumir uma droga e sai de lá com o tratamento da Hepatite C." (EE)

Quanto à utilização de drogas *per se*, é mencionada a adaptação do material de consumo disponibilizado, indo ao encontro da tendência verificada pelo Harm Reduction International (2022), de alteração da via preferencial de consumo (da via endovenosa para a via fumada):

"Uma prática concreta que nós passámos a adotar foi a compra de cachimbos regular. [...] Adaptar aquilo que é a nossa intervenção para conseguirmos fazer uma ginástica e

ter sempre, ou a maior parte do tempo possível, não é possível sempre, mas para termos cachimbos disponíveis para as pessoas." (ED)

A profissional **EE** destaca a existência de maior disponibilidade para dispensar Naloxona a outros serviços que não apenas os de saúde e às próprias PUD, conforme alertado por Curado, Belo e Fuertes (2021):

"Por exemplo, a partir do momento em que aparece Naloxona, em que as equipas conseguem meter Naloxona, que reverte overdoses, junto das Equipas que fazem Redução de Danos... A partir do momento, em que a gente consegue pôr a Naloxona nas mãos das pessoas que consomem, é um passo muito grande. É um passo fundamental!" (EE)

A extensão da intervenção de alguns serviços a outros grupos dentro das PUD que não apenas a população a que se dirigiam inicialmente e a outros contextos e locais são também mencionados, conforme excerto:

"Instituições que eu também já vejo ter espaços específicos em que as mulheres podem ir a determinadas horas, trabalhares com outros coletivos LGBTIQA+ que te dizem o que é que é a realidade e que de facto faz sentido ou não faz sentido ter ali [...] Criares serviços que saem fora do standard do consumidor de heroína, pronto, e com que as pessoas se identificam, ou seja, também teres nos serviços, pessoas com quem as pessoas se revejam e façam diminuir as barreiras de acesso." (EB)

"O *Drugchecking* junto dos utilizadores mais clássicos também... Ou seja, não só nos contextos recreativos, mas também ir monitorizando as substâncias consumidas nas Salas de Consumo. [...] O Programa de Troca de Seringas em Máquinas de Vending... vending, que não é vending, é de dispensa, não é, pronto, mas acessíveis sem teres que, digamos expor-te ou evitando maior exposição." (EF)

Também na constituição das equipas de RRMD foram reconhecidas importantes adaptações, como a integração mais alargada e evidente de pares. Tal como evidencia a profissional **EB**:

"Sinto que, nos últimos anos, as Pessoas que Usam Drogas estão a ser cada vez mais postas no centro, que é assim que a Redução de Riscos funciona e há cada vez mais equipas também, mesmo instituições que antigamente não tinham pares, que eu sinto que estão a ter pares e acho que isso é um bom caminho que estamos a fazer. [...] Acho que uma prática essencial é os educadores de pares, presentes em todas as equipas, porque depois permitem-nos isto, criar materiais específicos, trabalhar a comunicação e a maneira como falas sobre drogas adaptada a cada grupo e perante o que é que cada grupo precisa e é pertinente a informação, fazeres aqui alguma hierarquia na informação que transmites." (EB)

A integração destes profissionais nas diferentes equipas de RRMD potencia a adequação das intervenções, pela visão realista, concreta e compreensiva que possuem face às diferentes realidades e tendências que se verificam. Valente e Martins (2021) consideram que a integração de pares nas equipas de RRMD é um

caminho que necessita de continuidade, alertando para o facto de ser “[...] necessário que esta integração seja efetiva e não meramente simbólica.” Acrescentam ainda que “o conhecimento e as estratégias RRMD nascem da partilha entre as diferentes pessoas que consomem e as que compõem as equipas. Não de imperativos generalistas sobre um ideal de saúde” (p. 75).

Ainda na declaração da profissional **EB**, esta considera ser também visível a adaptação de algumas práticas de instituições de RRMD que, aliadas a este investimento na integração de pares, têm abandonado visões mais paternalistas, conforme excerto:

"Uma parte também muito paternalista que eu via alguns projetos típicos de Redução de Riscos fazerem que eu acho que está a ser abandonada ou que abandonaram totalmente [...] Exemplos muito específicos de o número de seringas que tu levas ter de ser igual ao número de seringas que tu trazes [...] Ou poderes ter acesso a x seringas, x kits de cada vez, ou teres de te identificar sempre [...] Não poderes negociar a tua dose de metadona e ser-te escolhida." (EB)

Na perspetiva das profissionais **EA**, **EC** e **EF**, esta adequação e inovação das intervenções é também fruto, por um lado, de uma maior e contínua aposta na formação das equipas, mas também da influência internacional e do investimento que tem existido no estabelecimento destas importantes relações.

"(...) nos últimos anos, o que eu sinto é, mesmo a nível internacional, e em Portugal tenta-se fazer isso, dentro da Redução de Danos, cada vez mais existe formação sobre: questões de género e consumo; migração e consumos; salas de consumo; como é que nós podemos chegar a determinadas comunidades; pessoas, por exemplo, em contexto de *nightlife*. Ou seja, temos que olhar para as coisas, para a realidade, na sua complexidade. E se não abraçarmos esta complexidade e estes mundos que se cruzam, não estamos a fazer uma intervenção com um olhar aprofundado." (EA)

"Por parte de alguns projetos, muito interesse em investir em formação, quer na área especificamente da Redução de Danos, ou seja, aprofundar conhecimentos em Redução de Danos, na Intervenção Sensível ao Trauma. [...] Relativamente às novas substâncias e aos novos contextos de uso, também me parece que as estruturas têm... Portanto, os projetos mais dirigidos a esse tipo de população alvo, têm também procurado, de facto, ir muito ao encontro... Tanto em termos de investigação relativa às substâncias, como, sei lá, integrar o Sistema Europeu de Alerta de Substâncias, como a uma série de formas, no fundo de se aproximarem das necessidades e de responderem às necessidades." (EF)

"Acho que as pessoas da Redução de Danos, com a sua carolice e algumas Organizações de Ativistas, envolvidos em redes internacionais, começaram a trazer para Portugal alguma inovação e depois isso, sobretudo em Lisboa, sentiu-se muito, foi contagiado. Foi contagiante para outras Organizações que diziam que trabalhavam em Redução de Danos, mas eram claramente muito mais clínicas, não é?" (EC)

É, portanto, constatado um maior investimento na área da formação, procurando a especialização da intervenção nas várias áreas que a caracterizam, como é o caso das NSP (Jiao *et al.*, 2023).

A profissional **EF** considera que esta adaptação de práticas só tem sido possível pelo investimento e agilidade das instituições de RRMD e pela sua preocupação em dar uma efetiva resposta às necessidades das PUD:

"Eu creio que as respostas têm procurado ser, no geral, muito ágeis, não é? Deste ponto de vista de que são respostas, normalmente, da linha da frente, muito em contato com o terreno e muito ajustadas àquilo que é a realidade e, de facto, com uma preocupação em dar resposta às necessidades reais. [...] Portanto, acho que as estruturas se multiplicam para conseguir, no fundo, cobrir todas estas necessidades. [...] Nos últimos anos, as coisas têm sido, têm-se vindo a fazer um bocadinho pela carolice das várias pessoas que vão estando." (EF)

Em suma, a RRMD e os/as técnicos/as que integram estas equipas têm sido caracterizados/as pela sua forte capacidade de adaptação e criatividade na intervenção, procurando transformar-se e adequar-se constantemente, ainda que, muitas vezes, com poucos recursos, sendo também referida esta “paixão”, já em declarações anteriores, e o compromisso destas equipas (Claborn *et al.*, 2023).

4.2.4. TRANSFORMAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA

Neste ponto, procurou-se compreender e analisar a perceção dos/as participantes face à transformação social e comunitária alcançada com a intervenção em RRMD.

É importante ter presente que a RRMD, na sua génese, assume duas dimensões na intervenção, designadamente a intervenção desenvolvida diretamente com as PUD (*redução de riscos*) e o trabalho comunitário e em rede (*minimização de danos*). Tal como recorda Barbosa (2011), estas dimensões influenciam-se mutuamente, numa relação sinérgica constante, constatada também através das declarações dos/as participantes.

Da análise efetuada, salienta-se a importância da ligação das PUD às estruturas sociais, a consciencialização desta população e a promoção do acesso à informação e conhecimento, potenciando tomadas de decisão conscientes face à utilização de drogas e, também, o seu empoderamento e participação ativa em diferentes contextos, conforme excertos:

"A própria Pessoa que Usa Drogas e está a recorrer a um serviço, a partir do momento em que há uma ligação às estruturas sociais, ou que a pessoa vá encontrar um sítio seguro onde possa ir, já é uma vitória." (EA)

"O direito de as pessoas testarem as suas drogas e saberem o que é que estão a consumir, ou seja, o Direito à Informação... Há cada vez mais também um empoderamento das Pessoas que Usam Drogas, delas próprias também terem o conhecimento e a prática para se protegerem e isto não estar só do lado do enfermeiro, do psicólogo, do técnico de Redução de Riscos." (EB)

"Se pensarmos que em 92, foi o primeiro Programa de Troca de Seringas e que tem tanto sucesso, tanto sucesso que houve claramente uma alteração no padrão de uso." (EC)

"É uma população que fuma muito mais do que injeta e, felizmente, isto foi um trabalho feito por todas as IPSS, de sensibilização, de Redução de Riscos a todo o nível. [...] A diminuição de novas infeções por HIV, Hepatite C. [...] A longevidade que a nossa população-alvo tem hoje em dia é ótima. [...] O conhecimento que têm sobre os seus Direitos também é incrível. [...] A Redução de Riscos tem ouvido imenso as pessoas e trazido a voz das mesmas para o centro da conversa. Já é cada vez mais comum que não se façam Congressos, Tertúlias, o que seja, sem as pessoas estarem presentes, as pessoas que vão ser visadas sobre estas mesmas temáticas e que no dia-a-dia vivenciam estas problemáticas." (ED)

"Tem havido alguns sítios onde tem havido a sensibilidade de incluir os Utilizadores de Drogas na forma e na gestão do espaço." (EF)

Este empoderamento e capacitação das PUD, percecionado a um nível mais individualizado, adquire maior impacto e dimensão quando se constata que tal refletiu uma mobilização conjunta, com a criação de uma "Associação de Consumidores", como menciona a profissional **EC**, referindo-se à CASO – Consumidores Associados Sobrevivem Organizados. Através do excerto desta profissional, verifica-se o trabalho desenvolvido por esta Associação, que tem participado ativamente, influenciando os contextos comunitários, sociais e políticos:

"Eu acho que o facto de nós termos, em Portugal, uma associação de consumidores, é uma coisa extraordinária... Eu acho que o facto de termos uma associação de consumidores, que fez uma coisa tão extraordinária quanto, quando as farmácias disseram "nós vamos deixar de ter o Programa de Troca de Seringas e vamos passar os Programas de Troca de Seringas, na altura da Troika, para dentro dos Centros de Saúde". Os Centros de Saúde não queriam os Programas de Troca de Seringas, mas isto é dito pelo Governo de um dia para o outro. Vocês vão fazer... E, estes tipos se organizam para fazer cliente mistério nos Centros de Saúde para mostrar que aquilo não estava a funcionar e publicou um Relatório a dizer fizemos isto e a resposta que tivemos neste sítio foi esta, neste sítio foi esta, neste sítio foi esta. Acho absolutamente poético, não é?" (EC)

É também destacado o impacto que as transformações identificadas tiveram a nível social, com a diminuição e controlo de riscos sanitários (SICAD, 2022). Conforme declaração da profissional **EB**:

"Não temos uma epidemia como tínhamos há 20 anos atrás, é verdade. O número de HIV diminuiu..." (EB)

Quanto à transformação comunitária, a profissional **EC** relata um processo longo e moroso, mas frutífero, na implementação da primeira Sala de Consumo Assistido. Curado, Belo e Fuertes (2021), no seu artigo *"20 anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido"*, descrevem também este mesmo processo de implementação. O trabalho em RRMD foi, sobretudo, realizado ao nível da *mediação-dinamização*, como definido por Almeida (2002) e adaptado por Barbosa (2011), num processo de gestão, envolvimento e relação comunitária para melhor usufruto e benefício de todos os participantes envolvidos.

"Quando foi para montar a Sala de Consumo no Casal Ventoso, cá em baixo, eu fui a reuniões comunitárias, à noite, com os vizinhos, verdadeiramente importantes. Em que, não são só importantes para implementar aquilo, que era o que nós queríamos fazer, mas ouvir as pessoas a dizer muito bem, então, se vocês querem cá instalar esta sala, então nós não temos uma rede de saneamento em condições, não temos um autocarro que passa no bairro e os putos não têm um ringue para jogar à bola decente, porque está sempre cheio de poças de água. Ao vocês fazerem o que vocês querem, sendo que nós sempre tivemos martirizados com o fenómeno, com as questões da droga e com tudo o que ela trazia, nós queremos isto. E, de repente, passado um ano, as senhoras para ir ao Centro de Saúde, cá em cima, a Campo de Ourique, tinham um autocarro que passava por dentro do bairro, que nunca tinha passado." (EC)

A intervenção comunitária, diariamente desenvolvida pelos profissionais e instituições na área da RRMD, tem também dado frutos na alteração da visão social face à abstinência, sobretudo nas comunidades e instituições que atuam noutros contextos. Este é um ponto distintivo na abordagem da RRMD, como recorda Carapinha (2009), sendo percecionado, pela profissional **EB**, o impacto positivo desta transformação social, através da sua declaração:

"Uma das coisas que me parece, assim, incrível, incrível perante a sociedade que temos e que alcançámos foi esta questão de as pessoas não têm de estar abstinentes para ter uma casa. Este trabalho de a abstinência não tem que ser o fim, não tem que ser o objetivo central das pessoas, nem tem que ser o início das pessoas, nem onde as pessoas terminam, eu acho que foi uma das coisas mais conquistadas." (EB)

A aplicação do modelo da RRMD apresenta resultados inquestionáveis e transformações positivas, não só no contexto de utilização de drogas, mas também no contexto social e comunitário. Não obstante e, tal como tem vindo a ser referenciado nesta análise, existe ainda um importante caminho a percorrer. Assim, e, mais uma vez, indo ao encontro das orientações da UNODC (2021) e do SICAD (2013), torna-se necessário continuar a promover uma dupla capacitação. Se, por um lado, a capacitação dos profissionais no geral, mas sobretudo dos que exercem atividade nos

serviços sociais e de saúde, por outro, a capacitação das próprias pessoas, para que possam exercer de forma integral a sua cidadania, estando munidas de informação relativa aos seus Direitos, para um exercício pleno e consciente da sua cidadania.

4.3. PERCEÇÃO SOBRE A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS

Existindo já um panorama geral da percepção dos/as entrevistados/as face ao contexto atual de utilização das drogas (perfis das PUD e dinâmicas associadas), bem como ao seu entendimento relativamente à intervenção desenvolvida em RRMD, chegou o momento de compreender a sua percepção face à necessidade de inovação de práticas em RRMD. Para tal, analisou-se as necessidades identificadas no terreno, a percepção dos/as participantes face ao contexto político-institucional, a premência de requalificar as práticas e os contributos e potencialidades do Serviço Social para apoiar este processo de modernização e progressão.

4.3.1. NECESSIDADES DO TERRENO

Quanto às necessidades identificadas no terreno e, atendendo ao já analisado até então, é reforçada a necessidade de aumento do número de respostas em RRMD, por se revelarem insuficientes face à procura-oferta existente. Este aumento deveria, tanto ser refletido na capacidade de resposta, como na dispersão geográfica (Lavado *et al.*, 2018). Esta necessidade é, sobretudo, identificada pelos/as participantes em respostas específicas, como as Salas de Consumo Assistido, por exemplo:

"Ao nível das Salas de Consumo Assistido, existem já algumas, mas nós sentimos que eram necessárias mais e em diversas zonas da cidade... Nós sabemos que ali na zona do Vale de Alcântara a que existe não consegue dar resposta pela dimensão, ou seja, seria aqui necessário aumentar a dimensão daquela sala... noutras zonas da cidade, se calhar não se trata de ter salas com tão grande dimensão, mas trata-se de ter várias com pequena dimensão." (ED)

"Deviam de haver várias Salas de Consumo..." (E1)

"Podia, talvez, haver mais salas [...] Havia de haver mais, não é? Não se consome só drogas em Lisboa e no Porto, como você deve saber..." (E3)

"Mas, se quer que lhe diga doutora, eu como nunca tive necessidade de Sala de Consumo, não sei, mas se calhar há gente que não pode ir consumir para casa e isso... E acho que sim, provavelmente haveria de haver mais. Mas também lá está, em pontos estratégicos." (E4)

Os serviços de *Drugchecking* são também referidos como insuficientes e ainda pouco acessíveis:

"Acho que o *DrugChecking*, sem dúvida, que eu sinto que é uma necessidade essencial face a esta questão do aparecimento das Novas Substâncias, mas também a estas alterações que podem haver nas substâncias tradicionais, tipo, a inserção de opióides." (EB)

"A dificuldade e a acessibilidade, por exemplo, a *Drugchecking*..." (EF)

É destacada a necessidade de se aprofundar e especializar a intervenção em RRMD nos contextos de utilização de álcool:

"Continuam a ser necessárias respostas ao nível do álcool, uma *Wet House*, algo ao nível de... ou seja, uma resposta de alojamento, mas com a intervenção específica no álcool." (ED)

"Em Portugal, não se faz nada com o álcool, a não ser consultas, mas que são Consultas ligadas ao Tratamento... Na área da Redução de Danos não se faz absolutamente nada." (EE)

O beneficiário **E1** partilha uma experiência tida como par numa *Wet House*, resposta referida anteriormente pela profissional **ED**:

Eu estive numa parte específica, que foi o *Managed Alcohol Program* de uma associação escocesa [...] Para tu perceberes, é quase uma casa, onde tu tens o teu quarto privado e depois tens áreas comuns, como a cozinha, a sala. Só leva é 12 pessoas essa casa. E depois tem staff permanente, 24 horas também, em que, imagina, aquilo é uma resposta que existe porque eles têm um problema crónico com pessoas intoxicadas a entrarem 20, 30, 40 vezes nas urgências hospitalares ou a morrerem... E então, as pessoas que vivem nessa casa, podem ter um consumo regulado de álcool... Então, isto é, podem ter a primeira bebida às 10h da manhã e podem beber a última bebida às 7 e meia. Claro que, como estrutura de Redução de Riscos, há exceções." (E1)

Silva (2021) tem vindo a alertar para o aumento dos utilizadores problemáticos de álcool, aliado a uma falta de reconhecimento da situação de dependência devido à herança sociocultural portuguesa relacionada ao consumo de álcool. Ainda que refira já existirem algumas intervenções no âmbito da RRMD, como a alteração do padrão de consumo e do tipo de bebidas ingeridas, a sensibilização para a segurança do meio e dos espaços de consumo, o trabalho de consciencialização e desconstrução de mitos e crenças associados e o alerta sobre problemas de saúde associados, a autora acautela para a necessidade de a RRMD "continuar a promover serviços que possam contribuir para a mitigação da tendência de agudização de problemas ligados ao álcool, que colocarão grandes desafios [...] nos próximos anos" (p. 130).

Quanto aos já existentes e conhecidos PSBLE, a profissional **ED** considera que estes também necessitam de sofrer atualizações face aos perfis atuais de PUD:

"A flexibilidade de modelos de Programa de Substituição Opiácea também eram interessantes..." (ED)

Também a extensão da intervenção a outros contextos, a diversificação, adaptação e especificação de respostas, nomeadamente de respostas de acolhimento, aos grupos com características específicas dentro das PUD, são referidas por profissionais e beneficiários/as, conforme excertos:

"(...) esta adesão a serviços digitais, seja de informação, de aconselhamento, pronto, de esclarecer dúvidas, faz potenciar muito o alcance, onde a informação chega, a literacia sobre drogas que as pessoas têm, e eu sinto que esta era toda digital, a Redução de Riscos tem de acompanhar também. [...] Criar respostas específicas para grupos específicos, portanto, teres respostas específicas para migrantes, para mulheres, para pessoas LGBTQIA+. Acho que há área que não está nada desenvolvida e que nos falta muito, acho que a todos nós a trabalhar, que é a questão das pessoas racializadas e o consumo de drogas." (EB)

"Continuamos é a ter a total inexistência de respostas para pessoas com consumos ativos." (ED)

"Falta haver respostas para as pessoas poderem sair da rua quando querem e quando decidem, finalmente, "eu quero fazer alguma coisa por mim" ... Essas respostas não existem hoje em dia. Falta haver respostas para as pessoas mais idosas irem morrer descansadas, a consumir, se quiserem. Nós temos aqui neste centro, pessoas com 70 e tal anos, a consumir, que não são capazes de ir para lado nenhum, mas que um Lar também não os quer." (EE)

"Acho que se devia investir mais, por exemplo, no Housing First..." (E1)

"Porque eu acho que devia de haver um quarto para essas pessoas que são gays, as pessoas que são transsexuais, as pessoas que são... Eu acho que deveria de haver uma camarata só para estas pessoas. Um quarto só para a população LGBTQIA+, o que fosse." (E5)

A perceção referente aos contextos digitais é corroborada por Rêgo e Anjos (2021), que consideram que "as redes sociais e os fóruns virtuais de utilizadores representam [...] uma oportunidade para a implementação de medidas de Redução de Riscos" (p. 66). A criação de respostas específicas para grupos específicos dentro das PUD, com intervenções personalizadas, foi também já analisado anteriormente (ver página 70).

Já no que diz respeito à intervenção do/a assistente social em RRMD, a profissional **ED** considera existir uma discrepância entre as competências profissionais, os valores, os princípios éticos e as normas de conduta do Serviço Social, definidas no *Código*

Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2018) e a concretização destes nas práticas quotidianas em contextos de RRMD:

"Eu acho que existe, às vezes, alguma dificuldade no Serviço Social de aplicar Redução de Riscos, porque existe muito uma avaliação prévia feita pelo Assistente Social e a construção de um plano de intervenção que, nem sempre, tem em conta a pessoa. [...] O que eu sinto muitas vezes é que o ritmo de intervenção no Serviço Social não coaduna com aquilo que é o ritmo de vida das pessoas e com as dificuldades das mesmas. E isso, muitas vezes, tem a ver com o não haver um olhar holístico sobre a pessoa... Acho que há uma dificuldade dos técnicos de Serviço Social, às vezes, em ver todas as esferas da vida, tudo aquilo que foi a história da pessoa, aquilo que tem a ver com o trauma, aquilo que a leva, neste momento, a consumir substâncias." (ED)

Cruz (2021) considera que esta lacuna na intervenção tem como principal obstáculo a lente com que se encara o fenómeno da utilização de drogas, existindo alguma dificuldade em respeitar "[...] os princípios da liberdade individual e os direitos à escolha informada e à adoção de comportamentos de risco", sendo, para tal, imprescindível "promover [nos/as profissionais] uma visão menos catastrófica sobre as SPA, de educar os cidadãos quanto à diversidade dos seus padrões de utilização e utilizadores e de os empoderar quanto ao fenómeno [...]" (p. 34).

Na articulação tida entre a intervenção realizada pela RRMD e os serviços sociais e de saúde existentes na comunidade, as profissionais destacam alguma dificuldade na comunicação com estas instituições, no moroso tempo de resposta face às necessidades sinalizadas e à estagnação/cristalização dos serviços. Na perceção das profissionais **EC**, **EE** e **EF**:

"Quando se começa a entrar neste *setting* de intervenção, neste *mindset* de intervenção da Redução de Danos, o difícil é articular-nos com todas as outras organizações à nossa volta que não entraram neste *mindset*." (EC)

"A Redução de Riscos cresceu muito, mas depois os Serviços não nos acompanham. O serviço que trata a Tuberculose não consegue estar ao nível de uma Equipa de Redução de Danos. Os serviços de tratamento do VIH, da Hepatite C, da Sífilis, não conseguem dar resposta, com o nível e a qualidade que a gente dá. E, das duas, uma... Ou eles vêm para a rua e se juntam a nós, ou abrem as portas, escancaram as portas. Não podem só abrir portas, porque há muitos serviços que têm as portas abertas, mas a gente com a porta aberta não consegue, tem de ser a porta escancarada. Só assim é que a gente consegue vir tratar à rua aquilo que está por tratar." (EE)

"As pessoas nos serviços de saúde, sociais e de saúde, as pessoas têm dificuldade em falar do seu uso e mesmo nos contextos em que esse uso é o alvo da intervenção, digamos, como são as Equipas de Tratamento, muitas vezes, a resposta não é adequada a todas as diferentes necessidades que as pessoas, a esta gama toda, não

é, de a diversidade, digamos, de todas as Pessoas que Usam Drogas... Muitas vezes, a resposta a nível de tratamento está ainda um bocadinho formatada para modelos que privilegiam a abstinência... E que, portanto, servem muito pouco às pessoas que não têm um quadro de dependência, ou que não identificam em si um quadro de dependência ou que, tendo e identificando, não querem parar de usar." (EF)

O desgaste, o cansaço e, consequentemente, a rotatividade das equipas de RRMD, são percecionados, não só por profissionais, como por beneficiários/as, enquanto necessidades observadas e sentidas no terreno, conforme testemunhos:

"Todas as equipas, pelo que eu percebo, estão a prestar uma determinada resposta que é orientada para um x número de utentes, mas este número é sempre ultrapassado..." (EA)

"O cansaço das equipas é uma enorme barreira... e não é por acaso que as equipas estão cansadas, é porque as equipas estão maltratadas. [...] E o que nos vai safando a nós, Redução de Danos, é que as pessoas jovens ainda gostam de vir trabalhar nisto... até encontrarem outras saídas. Porque nós acabamos por ser um, um local de passagem de técnicos que vêm, fazem a sua formação connosco, saem a chorar porque gostam muito, mas não dá para continuar mais." (EE)

"Eu acho que vocês têm o vosso papel, mas... Vocês sentem-se desmotivados, não sentem? [...] Mas eu acho que vocês ficam muito desmotivados, ao fim de um tempo, cansam-se... Isto é muito pesado..." (E3)

"O apoio das técnicas é sempre muito positivo, só que eu acho é que as técnicas não têm apoio." (E4)

Por fim e, enquanto dificuldade sentida sobretudo pelas profissionais, é referida a operacionalização das respostas que integram a RRMD por modelos de projeto. Conforme clarificam:

"Ao contrário dos outros pilares da Política de Drogas em Portugal, a Redução de Danos é implementada pelo Terceiro Setor, pelas Organizações da Sociedade Civil... Pronto, é uma política muito precária, cada vez mais precária... As pessoas que trabalham nesta área, muitas vezes, trabalham com pouquíssimos recursos humanos, mesmo a nível de materiais... Uma instabilidade enorme em saber se os projetos vão continuar a existir ou se serão financiados no futuro. Ou seja, a própria profissional que trabalha na Redução de Danos, muitas vezes, nem sabe o que é que vai acontecer no dia a seguir." (EA)

"A Redução de Riscos é um modelo, ou seja, a intervenção em Redução de Riscos está precária, porque temos um modelo de projeto e não de programa, porque a maioria dos trabalhadores recebem muito mal, estão em burnout, é um trabalho de desgaste rápido. [...] É hiperburocratizado. A Redução de Riscos também, eu acho que, como tem que dar tantas provas... [...] Parece que os projetos estão sobrepovoados de papel e de indicadores e de porcaria que tu tens de, passas horas a fazer registos. [...] É assim um pau de dois bicos, que é tipo, tu queres mostrar trabalho, queres mostrar indicadores, queres mostrar resultados, mas às vezes é difícil também atingires os resultados se estás assoberbada em registares tudo..." (EB)

"A Redução de Riscos está sempre como um projeto que pode, daqui a 4 anos, não ser necessário." (ED)

"A burocracia que está associada, quer às Organizações Não Governamentais, quer às IPSS, não dá... Porque, como isto são projetos... continuam a ser projetos e vistos como projetos... [...] As Organizações Não Governamentais não podem ser vistas como parceiros externos. Nós temos que ser parceiro integrante... Temos que ser ouvidos e considerados e nós não somos considerados." (EE)

"No geral, também com todas as dificuldades, ou seja, não só subfinanciados, como também de alguma maneira, dependentes desse financiamento por fases, não é? Portanto, dependentes de candidaturas, dependentes de vem tranche, vai tranche. O subfinanciamento dos projetos e o caráter temporário da maior parte das respostas." (EF)

Barbosa (2009), Fernandes da Silva (2011) e, mais recentemente, Carvalho (2021), têm vindo a alertar para o impacto direto que o financiamento através de modelos de projeto tem na qualidade da intervenção desenvolvida, pela sujeição recorrente a candidaturas, à disponibilização de financiamento faseado e insuficiente face às necessidades e à hiperburocratização dos serviços, além do impacto e instabilidade que gera nos/as profissionais. Este tema será analisado, de forma mais aprofundada, no subcapítulo subsequente, pois trata-se de financiamento público, que o Estado disponibiliza às organizações da sociedade civil, para darem resposta à problemática da utilização de drogas em Portugal, no âmbito da intervenção realizada em RRMD.

4.3.2. CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL

A compreensão da necessidade de inovação de práticas em RRMD, requisita, indubitavelmente, a análise da perceção dos/as participantes sobre o exercício do papel do Estado no contexto de utilização de drogas, especificamente no âmbito da intervenção desenvolvida em RRMD.

Questionadas as profissionais se considerariam que o Estado estaria a exercer o seu papel nesta temática, verificaram-se respostas distintas, que poderão estar relacionadas com a perceção que têm face ao desempenho de funções, em instituições públicas e privadas. Conforme declarações:

"Aquela representação que vamos ter do Estado é um grande elefante burocrático e que não faz nada. Eu não concordo de todo com isso, mas também acho que não podemos falar do Estado como um todo, não é?" (EC)

"Não tem... e tem sido negligente! O Estado teve tudo nas mãos e pôs tudo a perder." (EE)

"Acho que não responderia não, o Estado não tem feito a sua função, mas acho que o Estado tem ficado muito aquém daquilo que seria necessário, sim." (EF)

A profissional **EC** complementa a sua declaração, com o testemunho do trabalho por si desenvolvido anteriormente, numa instituição pública:

"Depois, há coisas que eu acho que se fazem no Estado, que ninguém vê, não é? Desde 2012 até 2020, quando eu coordenei a Equipa Regional de Redução de Danos, eu fiz imensas coisas, nomeadamente pôr nos relatórios dos Diagnósticos Locais, a necessidade urgente de Salas de Consumo Assistido, a necessidade urgente de reforço dos pagamentos às equipas, da atualização de pagamentos às equipas. [...] Portanto, eu acho que se fez muita, muita coisa. Acho que as organizações da sociedade civil vão sempre dizer que não se fez nada... E eu compreendo, porque do sítio onde eles estão não veem o que foi feito e o que foi feito, teve impacto" (EC)

Já na perceção das restantes profissionais, é manifestada uma sensação geral de desinvestimento e desresponsabilização, ao longo dos anos, do papel do Estado no contexto de utilização de drogas. Conforme referem,

"Eu acho que há um desinvestimento nas Políticas de Drogas em Portugal, com especial enfoque na Política de Redução de Danos, que tem um impacto gigante nas respostas que nós conseguimos prestar às pessoas." (EA)

"[...] às vezes alguma desresponsabilização do papel do Estado em acompanhar depois também as necessidades que existem a nível das intervenções." (EB)

"O que tem vindo a acontecer é que há desinvestimento..." (ED)

"A Redução de Riscos é do âmbito deles, a evolução das respostas é do âmbito deles, o apoio às respostas é do âmbito deles e é uma pena que eles não agarrem essa responsabilidade, até técnica... Portanto, não está a fazer o seu papel de proteção das equipas, de proteção das populações, de proteção da comunidade." (EE)

"O Estado, no fundo, tem delegado, não é? Tem delegado grande parte, dependendo, quer do financiamento público e, portanto, da vontade política, quer da sua capacidade, sua Estado, de realização de Diagnósticos robustos." (EF)

Aliado a este sentir, acresce a perceção de uma estagnação no que se refere à produção legislativa nesta matéria, face, inclusive, a outros países europeus, que têm procurado inovar e (re)inventar-se face às necessidades que vão sendo identificadas:

"A política e as leis que procuram implementar e concretizar a Redução de Danos estão muito desatualizadas, não é? Foram feitas há mais de 20 anos, a própria lei em si tem muitos vácuos jurídicos..." (EA)

"Eu sinto que se tem feito muito pouco pela inovação e pelas Pessoas que Usam Drogas... Mesmo a nível de políticas de drogas, nós temos a mesma Lei há 10 anos, com uma estagnação gigante... Houve agora esta alteração das quantidades e assim, mas com uma estagnação gigante... Além da Lei não ser bem aplicada durante muito tempo. [...] Não dá é para ter este modelo há 20 anos e estagnar, porque depois tu

olhas e vês países a regulamentarem o uso terapêutico de substâncias, países a regulamentarem a cannabis... E tu sentes-te a ficar para trás, com capacidade de... Fizeste um caminho, tens pessoas muito bem formadas, tipo, das equipas, com muita vontade, mas acho que há muito medo de arriscar e de deixarmos de ser o menino bonito..." (EB)

"A nível macro, todas as políticas públicas. É como se estivéssemos a falar de políticas públicas a nível, tipo, numa era medieval... E, de repente, o mundo tivesse avançado... Ficámos lá para trás, não é?" (EC)

O sucesso e importância do Modelo Português de Combate à Droga é inquestionável e reconhecido mundialmente, tal como referido no Relatório da House of Commons (2019). Este constitui-se como modelo de inspiração pelas suas características específicas, tendo sido replicado um pouco por todo o mundo.

No entanto, as profissionais consideram que a inovação se cingiu à época de implementação deste Modelo, não reconhecendo investimento posterior por parte do Estado, que procurasse ajustar o quadro legal face às necessidades e desafios verificados, tanto no que se refere às PUD, como às próprias Equipas.

"E é uma lei que existe há 20 anos, é uma lei que Portugal vende e que as pessoas falam muito, do nosso modelo, mas eu, sinceramente, hoje em dia, levanto cada vez mais questões e acho que é uma coisa que se vende muito... mas que, com esta falta de investimento, já não estamos assim tão bem, comparado com outros países." (EA)

"Sim, eu acho que temos uma lei supermoderna, que mais ninguém tem no mundo, igual à nossa, mas que, de todo, não conseguimos acompanhar." (EC)

"Existiu efetivamente isso, o exercer do papel e o interesse sobre esta temática há 20 anos atrás, as respostas eram inovadoras à data, não foram logo todas implementadas, mas aquelas que estavam, pelo menos, previstas no Decreto-Lei, nº 183/2001, eram adequadas à data, ainda que muitas tenham ficado muitos anos, como as Salas de Consumo, só no papel, mas as que estavam lá eram adequadas. [...] Vivemos com esta ideia de que a Redução de Riscos provou que, em Portugal, não havia aqui, ou seja, o problema dos consumos não era tão grave porque estava tudo controlado aqui a este nível da Redução de Riscos e não se foi ouvindo o que os técnicos que estavam no terreno e os pares e as pessoas já diziam há algum tempo e não se foram criando alternativas..." (ED)

"O Estado, ao longo destes anos todos de Descriminalização e de brilho e de diamantes para fora... nunca olhou para as necessidades das equipas. [...] Isto saiu das prioridades da agenda política. Sentaram-se à *sombra da bananeira*, isto é um termo horrível!" (EE)

A profissional **ED** acrescenta, inclusive, que, na sua perceção, além de não se inovar em respostas novas e mais ajustadas aos perfis e dinâmicas atuais, verifica-se uma diminuição da qualidade das respostas existentes até então e da intervenção

desenvolvida, não apenas em RRMD, mas transversal às outras áreas de intervenção em CAD:

"Portanto, quer dizer, não é como se antigamente estivessem a apostar numas respostas e essas continuassem com muita qualidade e não tivessem apostado em novas. O problema é que, além de não investirem em novas, as antigas estão a perder qualidade em si. [...] Não é que as outras sejam muito melhores, não é que, de repente, tenhamos facilidade em encaminhar para Comunidade Terapêutica, com rapidez, que os timings do internamento sejam rápidos..." (ED)

É também referenciada, pela profissional **EF**, a importância de se considerar as alterações políticas, que vão oscilando no nível de conservadorismo, em contextos mais pequenos (diferentes áreas geográficas do país), que não apenas o Estado *per se*, enquanto entidade única, como sendo mais ou menos favoráveis a avanços e retrocessos no âmbito do desenvolvimento das respostas sociais na área da RRMD. Esta perceção é corroborada pela partilha da profissional **EB**:

"Eu acho que em várias realidades e mesmo em várias estruturas, a Redução de Danos foi ganhando espaço. Em termos municipais, há Municípios do país e há Municípios do país, pronto... E há alturas políticas. [...] De facto, é muito difícil ganhar direitos e muito fácil perder direitos e aquilo que nós achamos que já está conquistado, tem que ser mantido de uma forma ativa, porque de outra forma pode-se perder." (EF)

"Abriram nos últimos anos as Salas de Consumo Assistido, recentemente, o *DrugChecking* foi para as salas... Pronto, houve aqui também uma altura que estávamos mais favoráveis politicamente, que eu tenho algum receio que isto retroceda tudo... mas houve algum momento em que estávamos mais disponíveis e que houve aqui uma data de coisas que estavam no papel, que saíram do papel..." (EB)

Face aos desafios sentidos, as profissionais elencaram algumas sugestões e estratégias que consideraram poder fomentar e contribuir para um maior investimento e responsabilização do Estado, na relação com as instituições de RRMD e as PUD, naquele que é o seu papel face ao contexto da RRMD e da utilização de drogas:

"(...) acho que é necessária uma grande reflexão sobre a política junto da comunidade das Pessoas que Usam Drogas, dos decisores políticos e dos outros atores sociais, para pensar o que é que é efetivamente necessário. Sem modelos de financiamento, continuamos todas a trabalhar em contextos bastante precários, em que a nossa saúde mental está constantemente a ser desafiada, as nossas condições de vida são muito precárias." (EA)

"Faria-me sentido teres respostas estruturais e teres verbas para novas respostas que, depois, um dia, se fizer sentido e se se justificarem, passam a programas..." (EB)

"Se nós queremos que isto avance e queremos que isto faça *lobby* e queremos uma boa representação internacional, e queremos ter um reconhecimento do Estado, também precisamos de desenhar o Estado para pensar que esse reconhecimento tem que também vir daí." (EC)

“É termos um interlocutor direto com o serviço público... mas direto! Não é haver uma pessoa para onde a gente envia um email. É uma pessoa que está cá fora! [...] O ICAD tinha que saber fazer uma parceria com todas as Câmaras, todas as Seguranças Sociais, em que fossem trazidos os técnicos, em que fosse, pronto... e isto tem que ser cá no terreno, não há outra forma...” (EE)

Fernandes da Silva (2011) refere que a nível histórico e mundial, tem existido uma dualidade de perspetivas no que concerne à temática da utilização de drogas. Se, por um lado, se verifica a existência de uma perspetiva mais proibicionista e das PUD serem consideradas criminosas, por outro, verifica-se uma abordagem mais na linha da descriminalização do consumo, consciente das várias dimensões das PUD e de todo o seu contexto biopsicossocial. Considera-se, inclusive, que esta perspetiva da descriminalização, visa o alcance, ainda utópico, da legalização/regulamentação das drogas. No espectro político português, encontramos correntes distintas, das mais conservadoras às mais liberais (na linguagem corrente, que se posicionam mais à esquerda ou à direita), o que, pelas ideologias que defendem, acarretam também diferentes visões face à temática da utilização de drogas. O próprio caminho legal perscrutado em Portugal dita isso e tal vem corroborar a perceção das profissionais no que é o seu sentir face aos avanços e recuos que se verificam nas respostas de RRMD, não só em Lisboa como noutras cidades do país.

4.3.3. ADAPTAÇÃO E REQUALIFICAÇÃO DE PRÁTICAS

Atendendo, não só ao contexto político, mas a toda a análise que tem vindo a ser realizada, é agora o momento de concretizar de que forma é que as práticas atuais em RRMD devem ser readaptadas e requalificadas, nos seus vários contextos e dimensões de atuação, analisando as perceções de quem vive e (com)vive diariamente com os desafios já apontados.

Tal como tem vindo a alertar Carvalho (2021), é prioritário procurar adaptar os serviços e as intervenções da RRMD às características e especificidades dos diferentes perfis das PUD. Para tal, os/as participantes partilham algumas sugestões, que têm vindo já a ser referidas na investigação, como:

- Ter interlocutores privilegiados no terreno, com quem as PUD se identifiquem e que privilegiam a expansão e contaminação de estratégias *bottom-up* (Valente e Martins, 2021). Conforme declarações da profissional **ED** e do beneficiário **E2**:

"Ter mediadores comunitários e, se possível, migrantes." (ED)

"Para se mudar ou para se chegar a essas pessoas, talvez seja preciso ouvi-las um pouco mais... percebes? Tentar perceber o porquê de chegar e gastar logo... não é? Tentar perceber o que é que leva a pessoa a ir ali sabendo que não presta? [...] Tentar ouvi-los, tentar falar com eles, tentar perceber o que é que leva a... [...] Arranjar alguém próximo, que consiga falar, que consiga entender, perceber as necessidades, não é? [...] Que faça a ligação, mas não é só fazer a ligação. Há que saber dar as ideias, percebes, porque também está dentro, também consome. Além de consumir, sabe, vê, aquilo que preciso e aquilo que os outros à volta dele precisam... não é? E depois, alguém deste lado, que consiga entender... percebes? Algumas torná-las práticas, porque eu sei que não é viável para todas as ideias." (E2)

- Ter modelos de funcionamento mais flexíveis nas diferentes instituições (Johnston *et al.*, 2017), como elucidam a profissional **EF** e o beneficiário **E1**:

"E pergunto-me, se de facto não faz sentido um modelo mais porta aberta, em que as pessoas podem estar. [...] Acho que seria uma boa resposta que era, no fundo, tu puderes ir a um sítio e teres a resposta, mais ou menos, aberta e não este modelo de hora marcada, consulta, e muitas vezes se não chegas à hora, já não consegues resolver a questão. Um sítio com menos restrições de horário, uma equipa mais alargada e mais presente e uma resposta de linha mais da Redução de Danos, do que propriamente... Não pondo a abstinência de lado, obviamente." (EF)

"Eu acho que devia de haver uma maior adaptação dos serviços às pessoas... e não o contrário. Porque as pessoas são dignas." (E1)

- Integrar pares nas Equipas de RRMD, atribuindo-lhes lugares de poder, onde possam ser parte da decisão e consciencialização política (Carapinha, 2009);

"Os pares serem chamados para decisões políticas, para serem chamados para órgãos hierárquicos com mais poder dentro das instituições ou dentro mesmo das entidades públicas, serem chamados para as mesas." (EB)

- Expansão da RRMD a contextos diversos, que não apenas os tradicionais contextos de rua/comunitários e das estruturas físicas e rígidas, sendo que Richert e Nordgren (2022) e Rêgo e Anjos (2021) salientam o contexto *online*, percecionado também pela profissional **EB**:

"A digitalização da Redução de Riscos é uma coisa que tem que acontecer de uma forma também mais geral. Esta passagem de informação, os serviços cada vez menos descentralizados, acho que passar para o online também... Além da parte física, que continua a ser importante, mas combinar os dois, acho que é uma tendência que tem de continuar e que, se calhar, algumas equipas, por exemplo, mais ligadas a outro perfil de pessoas também têm que acompanhar." (EB)

- Desenvolvimento de canais de comunicação mais fluídos e céleres entre as diferentes instituições, almejando, assim, um verdadeiro trabalho de parceria, como ambiciona o beneficiário e par **E1**. Carvalho (2021) complementa que esta

comunicação deverá “[...] facilitar o encaminhamento destes utentes para as estruturas de tratamento” (p. 52).

"Devia-se repensar tudo, acho que as instituições mais tradicionais podiam comunicar com as de Redução de Riscos, acho que devia de haver uma dinâmica grande e diferente. Isto tudo em propósito da pessoa que está a viver nessa situação vulnerável." (E1)

- Investir em formação especializada, não só no contexto de academia (no decorrer da formação académica), mas em formação de continuidade, que permita uma reciclagem de conhecimentos e a não cristalização e estagnação das práticas profissionais e dos próprios/as profissionais.

"Eu acho que há um grande problema de raiz, que é ao nível da formação... Eu acho que a formação do Serviço Social teria que levar aqui uma grande reviravolta e depois poderia ter impacto também na classe profissional. Como a classe profissional se organiza, como a classe profissional se mobiliza também. [...] Não existe quase nada escrito no Serviço Social sobre Redução de Danos." (EA)

"A nível meso, acho formação essencial, não há formação. [...] Depois, a questão da formação, que é eu saio da faculdade, digo, vou fazer Redução de Danos e sou Redutora de Danos, tipo, não é verdade, não é? Não há formação, as pessoas não estudam, mas eu acho que isso acontece no Serviço Social." (EC)

"[...] Ou seja, o Tratamento, o Enquadramento das pessoas, a Formação de técnicos especializados para trabalhar nestas áreas, porque continua a ser necessário uma especialização para esta área em especial." (EE)

Amaro *et al.* (2022) refere que esta é uma necessidade emergente, sobretudo, no Serviço Social, uma vez que

"[...] o modelo é praticamente desconhecido no âmbito da formação em Serviço Social [...] apesar da simplicidade e ampla aplicabilidade deste modelo, a redução de danos recebe pouca ou nenhuma atenção na preparação profissional dos futuros assistentes sociais." (p. 46)

Jiao *et al.* (2023), no estudo que realizou no Canadá, concluiu que este investimento em formação deve também ser estendido a todos os outros profissionais, dos serviços sociais e de saúde, que contactam direta ou indiretamente com esta população. Destaca, particularmente, a necessidade de expandir a abordagem da RRMD aos serviços de emergência e pronto-socorro. Já Janikova *et al.* (2016), também num estudo realizado, na Europa, realça a importância da especialização destes serviços nas NSP e nos seus efeitos, para melhor intervir.

Ainda que a formação em RRMD seja uma lacuna identificada no Serviço Social, é relevante compreender de que forma este modelo de intervenção e esta área

profissional se podem influenciar mutuamente e convergir, através das potencialidades de cada um, para melhor se adequarem aos desafios da atualidade.

4.3.4. O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL

Neste último ponto, pretendeu-se analisar o papel e possíveis contributos do Serviço Social, na prossecução da requalificação das práticas em RRMD, com vista à adequação e inovação deste modelo de intervenção face ao contexto atual.

A profissional **ED** salienta algumas das características inatas ao Serviço Social, como o pragmatismo, a capacidade de adaptação e de resolução de problemas, que considera poderem potenciar a aplicabilidade do modelo da RRMD e contribuir para a flexibilização de respostas. Conforme declaração:

"Eu acho que o Serviço Social tem uma parte boa, que até se podia colar na Redução de Riscos, que às vezes é aqui uma parte pragmática da resolução de problemas. Às vezes, somos muito orientados para a tarefa e para a resolução de tarefas. Portanto, se alinhássemos a resolução destas tarefas com a mesma resolução de tarefas que as pessoas querem resolver, nós conseguíamos aqui, em conjunto, ter aqui uma flexibilização das respostas." (ED)

O beneficiário **E1** corrobora esta perspetiva, acrescentando:

"Sim, são dinâmicos, ligam à colega, ligam a outra associação para dizer se há aqui uma solução intermediária, se não há. São pessoas que buscam respostas, são pessoas que tentam adaptar o serviço onde trabalham aquela pessoa. São pessoas dinâmicas, é a minha visão." (E1)

É, ainda, destacado pela profissional **ED**, a capacidade de o Serviço Social olhar para os diferentes contextos, programas e respostas sociais e realizar uma análise isenta, procurando adequá-los às necessidades de quem é beneficiário/a, recorrendo sempre a práticas criativas face aos meios e recursos existentes:

"Eu acho que seria importante que todo o saber do Diagnóstico ao nível de Serviço Social e do Planeamento de novas respostas, e aqui muito o pensar fora da caixa, a criatividade, pudesse ser utilizado para este nível. Para o nível de vamos lá diagnosticar o que é que está em falta nestas respostas, o que é que tem vindo a correr bem e o que é que tem vindo a falta e vamos tentar com criatividade e agilização, criar respostas que venham mesmo dar resposta às necessidades que foram diagnosticadas." (ED)

Tal perceção encontra-se alinhada às competências profissionais técnico-operativas dos/as assistentes sociais, à sua prática política, bem como aos atos profissionais por estes/as realizados, definidos, de forma clara, no *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal* (APSS, 2018).

A consciência e influência sociopolítica são potencialidades apontadas pelas profissionais do Serviço Social na RRMD, ainda que considerem que esta característica da profissão se trate mais de um conceito teórico aclamado do que uma prática diária e constante.

"Eu acho que existe uma falta, uma escassa consciência de classe profissional do Serviço Social. [...] E não temos voz nenhuma, nem qualquer opinião. É uma classe que aceita o que é, somos vistas como meras executoras de Políticas Públicas, quando nós não somos, não deveríamos de ser meras executoras. Nós somos as profissionais que mais conhecem a implementação e a execução das Políticas..." (EA)

"Pode, se o Serviço Social fosse uma classe com consciência política. Quando eu estou a falar de consciência política, não estou a falar de consciência partidária. Estou a falar de consciência política e o Serviço Social nega esta essência da profissão. [...] A parte que falha na Redução de Danos é a parte do Serviço Social. Portanto, eu diria que o Serviço Social pode fazer tudo, a partir do momento em que tenha consciência que defende uma prática não opressiva e o que faz é uma prática opressiva. [...] Nós não nos impomos, não ocupamos, não fazemos, temos sempre medo de dizer as coisas... E, claramente, enquanto não mudarmos essa posição, não me parece que vá acontecer nada." (EC)

As profissionais **ED** e **EE** referem a importância do Serviço Social se desvincular da tendência de práticas hierarquizadas e rígidas, procurando apostar em intervenções de maior proximidade, não só na relação com a própria população, mas do próprio terreno e das diferentes realidades:

"O que eu sinto muitas vezes é que o ritmo de intervenção no Serviço Social não coaduna com aquilo que é o ritmo de vida das pessoas e com as dificuldades das mesmas. E isso, muitas vezes, tem a ver com o não haver um olhar holístico sobre a pessoa... Acho que há uma dificuldade dos técnicos de Serviço Social, às vezes, em ver todas as esferas da vida, tudo aquilo que foi a história da pessoa, aquilo que tem a ver com o trauma, aquilo que a leva, neste momento, a consumir substâncias." (ED)

"O Serviço Social pode fazer uma intervenção muito mais ligada ao terreno e muito mais desvinculada da importância da mudança estrutural da pessoa... E eu acho que isso é fundamental para a Redução de Riscos. É muito mais dar condição à pessoa, ensinar a pessoa, estar ao lado da pessoa, aprender com a pessoa, caminhar ao lado da pessoa, não tendo a expectativa de que aquela pessoa vai sair daquele patamar para ir para um patamar elevadíssimo. [...] Podermo-nos dar ao luxo de exercer a nossa prática sem ter a ousadia ou até a expectativa de ir mudar o outro todo. [...] Há uma cultura do Serviço Social que tem que ser muito modernizada, nomeadamente a distância entre o técnico e o utente, e eu não estou com isto a dizer que o técnico tem que alargar as barreiras técnicas formais, não é isso... mas é o Saber Ouvir." (EE)

Amaro (2018) refere que o Serviço Social deve procurar contrariar a tendência de se querer fixar a uma intervenção mais administrativa e de padronização das situações. Só assim, será possível compreender e dar significado às características, história e

vivências anteriores ou atuais da pessoas, adequando continuamente a intervenção a realizar.

Por fim, a profissional **EE** considera que o Serviço Social não se pode desligar da sua competência assistencial (APSS, 2018), assumindo que uma intervenção adequada e realista deve ser feita por etapas e objetivos reais, correlacionando com a tradicional e familiar Pirâmide de *Maslow*:

"Se o Serviço Social funcionasse na espiral da Pirâmide de Maslow impreterivelmente, tudo funcionava! [...] Ninguém faz aqui nada por esta pessoa, enquanto a pessoa não matar a fome! E a seguir, enquanto a pessoa não tiver uns sapatos quentinhos, os pés quentes, um agasalho, ninguém mexe nesta pessoa! E só depois de esta pessoa estar com a barriga cheia e com agasalho, é que a gente vai satisfazer aqui... Enquanto a pessoa não tiver um quarto ou uma casa, ninguém mexe nesta pessoa! Enquanto a pessoa não tiver agasalho, comida, casa, quarto, calor, ninguém vai tirar a droga à pessoa! A pessoa tira a droga quando tiver estas coisas!" (EE)

A percepção das profissionais vai ao encontro do que Bigler (2005), Borges (2020) e Amaro *et al.* (2022) têm vindo a defender, ao considerarem que a RRMD e o Serviço Social convergem nos seus valores, objetivos, princípios éticos e condutas de atuação. Bigler (2005), refere que:

"[...] the harm reduction model, known primarily for its application in the area of substance abuse, reflects the most fundamental and cherished ideals of social work and provides an ideal framework for social work practice in a wide variety of settings."¹⁶ (p. 71)

No entanto, o Serviço Social tem, aparentemente, vindo a afastar-se deste tipo de intervenção. Amaro *et al.* (2022) consideram que tal se deve à "preferência" dos/as assistentes sociais em situarem-se confortavelmente numa intervenção centrada no tratamento e na abstinência, não sendo capazes de se posicionarem profissionalmente em intervenções alternativas, como pode ser considerada a RRMD, quando a pessoa decide manter a utilização de drogas. Esta tendência deve procurar, impreterivelmente, ser contrariada, sendo, para tal, necessário, como referem Martelo *et al.* (2021), uma compreensão profunda desta problemática. Bigler (2005) acrescenta que esta especialização deve ser ainda iniciada no contexto da formação académica:

"As such, harm reduction as a goal, a philosophy, and an approach to practice should be a fully integrated component of social work education."¹⁷ (p. 72)

¹⁶ "O modelo de RRMD, conhecido principalmente pela sua aplicação na área da utilização de drogas, reflete os ideais mais fundamentais e estimados do Serviço Social e proporciona um enquadramento ideal para a prática do Serviço Social numa grande variedade de contextos." (Tradução nossa)

¹⁷ "Como tal, a RRMD como objetivo, filosofia e abordagem à prática deve ser uma componente totalmente integrada na formação em Serviço Social" (Tradução nossa)

Só através do conhecimento e detenção de informação, será possível desconstruir tabus e diminuir o estigma associado às PUD (dentro e fora da profissão), compreender as suas reais necessidades e intervir, seja no acesso aos diferentes serviços, seja na defesa dos seus Direitos, com vista à promoção integral do seu bem-estar, como, tão bem, o Serviço Social sabe concretizar (Dominelli, 2010). Tal, implicará o envolvimento no debate das políticas públicas, devendo reconsiderar esta veia natural da profissão, por vezes anestesiada.

Para finalizar este capítulo, deixamos a declaração da profissional **ED**, que nos parece tão bem reportar o potencial de aplicabilidade do modelo da RRMD nas mais diversas áreas de atuação do Serviço Social:

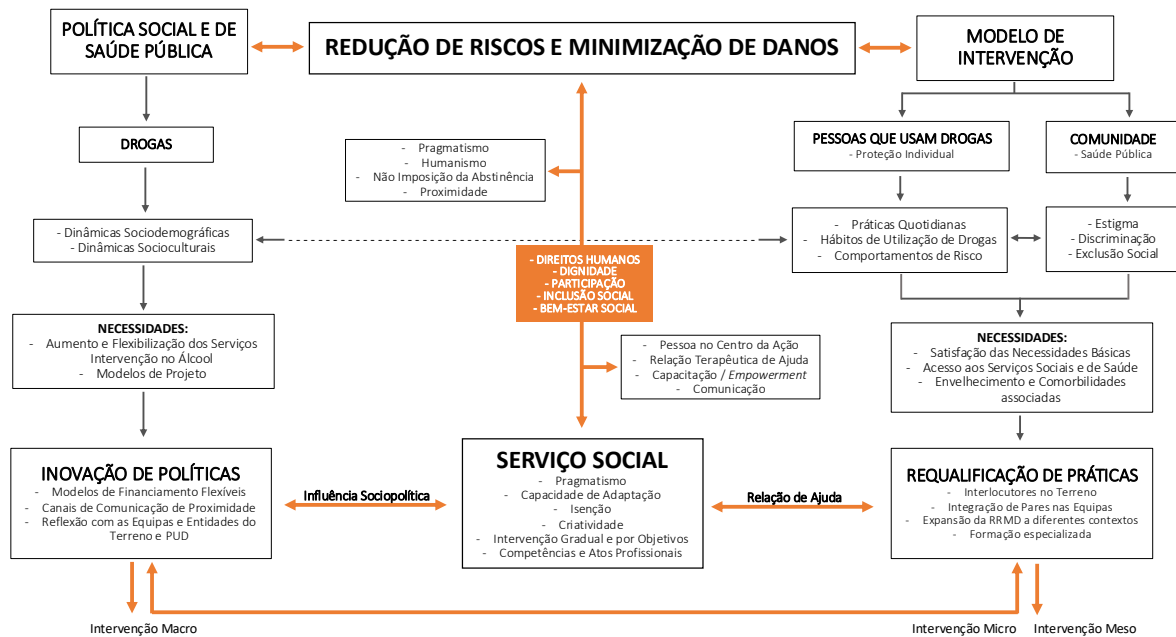
“É possível fazer [RRMD] em todo o lado, assim haja esta vontade, de olhar para uma folha branca e podermos pintá-la das cores que entendermos.” (EC)

4.4. MODELO DE ANÁLISE EMPÍRICO

Através dos resultados obtidos, procedeu-se à atualização do Modelo de Análise elaborado inicialmente (Figura 1), pretendendo identificar e esquematizar empiricamente as diferentes variáveis que se (co)relacionam na implementação do modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as diferentes dinâmicas, tendências e desafios verificados e a importância da intervenção do Serviço Social na temática da utilização das drogas.

Neste sentido, o Modelo de Análise Empírico (Figura 2) pretende constituir-se como um instrumento posterior à recolha de dados no terreno e à sua análise, como forma de sustentar empiricamente a informação tratada e de forma a concluir a elaboração e sistematização dos resultados obtidos.

Figura 2 Modelo de Análise Empírico



Fonte: Elaboração Própria

5. CONCLUSÃO

Analisar o modelo da Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas foi o ponto de partida desta jornada, que perspetivava a identificação dos desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social nesta temática.

A revisão de literatura desenvolveu-se, essencialmente, sobre a génese e definição do conceito de droga, o enquadramento legal e a evolução das políticas de drogas em Portugal, os pressupostos e componentes da intervenção em RRMD, os perfis das PUD e a intervenção do Serviço Social nesta matéria, bem como a sua importância para a inovação e requalificação das práticas profissionais, atendendo aos desafios da atualidade.

Com a recolha e análise de dados, foi possível conhecer, através da experiência e conhecimento aprofundado dos/as profissionais e dos/as beneficiários/as, as novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais existentes, as alterações ocorridas nos perfis das PUD, as novas tendências nas tipologias e padrões de utilização de drogas e o impacto e efeitos tidos na RRMD. Procurou-se também identificar os contributos do Serviço Social para a inovação de práticas no âmbito deste modelo de intervenção, ambicionando a sua adequação ao contexto atual.

Identificaram-se como novas dinâmicas, a diversificação de perfis das PUD (envelhecimento geral da população e uma multiplicidade de grupos específicos dentro das PUD, como, por exemplo, a população migrante, a população mais jovem, a população LGBTIQA+ e as mulheres), de contextos de utilização de drogas (recreativos e comunitários, de rua) e das próprias substâncias (NSP e adulteração dos compostos e qualidade das drogas “clássicas”), o que tem impactado os padrões de utilização, práticas quotidianas e comportamentos de risco (alteração da via preferencial de consumo e consciencialização da população para práticas de consumo mais seguras).

Tal, acarretou novos desafios e renovadas necessidades, desde logo, a satisfação das necessidades básicas e o agravamento do acesso à habitação. Também os constrangimentos no acesso aos serviços sociais e de saúde, os critérios de admissão desajustados, a *standardização* e a pouca flexibilização destes, a incongruência geográfica das respostas disponíveis e a sua insuficiência em número face à procura foram apontados como desafios. Constatou-se, assim, a manutenção do estigma

existente face a esta população, potenciando as situações de vulnerabilidade e discriminação de que são alvo e que originam extremos processos de exclusão social. Foram elencadas as principais componentes da RRMD, os diferentes níveis de intervenção e a importância da relação terapêutica de ajuda. Atestou-se o impacto positivo da intervenção realizada neste âmbito, através dos vários serviços disponíveis, mas também o efeito negativo que a redução das respostas (p. ex. em termos de horários de funcionamento), que já por si se verificam insuficientes e que têm potenciado um aumento no consumo de drogas e das dinâmicas paralelas associadas. Foi destacada a necessidade de investimento da intervenção em RRMD no consumo do álcool. Foram enumeradas as práticas que têm vindo a ser adaptadas pelos/as profissionais e instituições que se encontram diariamente no terreno e a importância da inclusão de pares nas equipas e da formação de continuidade para melhor responder e intervir, assim como a transformação social e comunitária alcançada até então.

Sobre a necessidade de se inovar as práticas em RRMD, foram sumarizadas as principais necessidades do terreno, atendendo ao já descrito até então. É sentida uma sensação geral de desinvestimento e desresponsabilização do Estado, sendo prioritário um maior envolvimento deste, em estreita articulação com as instituições de RRMD, tendo sido sugeridas algumas estratégias para tal (p. ex. um interlocutor direto entre as instituições e o Estado e verbas próprias para novas respostas).

Por fim, analisou-se o papel e possível contributos do Serviço Social para esta matéria, atestando os seus contributos, potencialidades e competências, mas alertando também para a necessidade de contrariar a inércia e tendência de intervenções mais distantes, padronizadas e administrativas. O Serviço Social e a RRMD convergem em muitos dos seus pilares de intervenção, pelo que, em conjunto, podem potenciar intervenções de qualidade, que primem pelo rigor técnico, pelo olhar holístico do sujeito de intervenção, pela consciencialização política e que objetivem a promoção do bem-estar integral dos cidadãos. É necessário uma maior implicação do Serviço Social nestas temáticas, desde logo na formação académica dos/as estudantes, futuros profissionais.

Elaborado o estado de arte relativo ao objeto de estudo, conjugado com a experiência profissional anterior da investigadora no campo das drogas e na operacionalização do modelo da RRMD, foi elaborado o presente modelo de análise (Figura 1), que pretendeu identificar e esquematizar as diferentes variáveis que se (co)relacionam no

processo de execução do mesmo, procurando constituir-se, assim, como um instrumento posterior à elaboração do enquadramento teórico e prévio à entrada no terreno, orientando as etapas/fases seguintes do processo de construção de conhecimento científico.

Em suma, espera-se, com este humilde contributo para o Serviço Social e para a RRMD, uma maior consciencialização sobre a temática das drogas e sobre a urgência de se olhar de perto para as necessidades sentidas diariamente pelos/as profissionais e pelos/as beneficiários/as que usufruem destes serviços. Só assim será possível refletir sobre o desenvolvimento de intervenções cada vez mais capazes, adequadas e pertinentes à individualidade de cada pessoa. É um caminho tanto moroso, quanto sinuoso, mas tão mais agradável quando percorrido em conjunto, com a mobilização desta importante e tão necessária classe profissional.

O encerramento deste capítulo é feito com um sentimento de dever cumprido, pois mesmo apesar do esforço e exigência sentidos a nível pessoal e profissional ao longo destes meses, a motivação pessoal da mestranda superou todos os constrangimentos. A possibilidade de reencontrar colegas de profissão e profissionais da área da RRMD, bem como de beneficiários/as foi enriquecedor a todos os níveis, querendo crer também terem sido importantes para todos/as os/as que participaram neste estudo, pela possibilidade de terem um espaço de reflexão seguro que terá certamente impacto no terreno, nas práticas diárias dos profissionais e na capacitação das PUD face aos seus Direitos e Deveres enquanto cidadãos plenos. A título pessoal, a possibilidade de iniciar um caminho na produção académica e científica, na abertura de portas para dar continuidade à propagação deste modelo de intervenção e na capacitação para a adoção contínua de uma postura crítica e reflexiva que a profissão inevitavelmente necessita.

Em tom de provocação saudável, para estudos futuros, além da importância e necessidade de se continuar a explorar cientificamente a temática da utilização de drogas no Serviço Social, nas suas diferentes vertentes e áreas de intervenção nos CAD, sugere-se a exploração da RRMD noutras áreas e dirigida a outras populações e sujeitos de intervenção do Serviço Social, que não apenas as PUD, de forma a fortalecer o conhecimento científico desta profissão.

REFERÊNCIAS

AGRA, Cândido da; TEIXEIRA, João Marques; NEGREIROS, Jorge; FERNANDES, Luís (1993). Dizer a droga, ouvir as drogas: estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo. Porto: Radicário.

AGRA, Cândido da (1995). Da Rapsódia à Sinfonia: Sentido para a composição de um sistema de pensamento na área das drogas. Toxicodependências. 1. 26-32.

AGRA, Cândido da (1998). Entre Droga e Crime. 1ª Edição. Lisboa: Editorial Notícias.

AGRA, Cândido da; FONSECA, Ernesto Paulo; QUINTAS, Jorge; POIARES, Carlos Alberto (1997). A criminalização da droga: da emergência à aplicação da lei. IN FERNANDES, Luís. Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares. Lisboa: Ministério da Justiça – Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga.

ALBUQUERQUE, Cristina Pinto (2013). Acompanhamento Social, Capacitação e Responsabilização. A “Subjetivação” da Intervenção Social”. In SANTOS, Clara Cruz. Serviço Social: Mutações e Desafios. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 65-85.

ALBUQUERQUE, Cristina Pinto (2018). Pensamento e Planeamento Estratégico na Intervenção Social: O Enfoque na Qualidade e na Inovação. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 163-180.

ALMEIDA, Helena Neves (2002). Mediação, um conceito e uma prática identitária do Serviço Social. I Congresso Nacional de Serviço Social. Aveiro: Associação dos Profissionais de Serviço Social. 74-93.

ALMEIDA, Helena Neves (2008). Conceptualização da Mediação Social em Trabalho em Rede. Revista de Investigação e Debate em Serviço Social. 17. 3-31.

ALMEIDA, Helena Neves (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde. IN CARVALHO, Maria Irene. Serviço Social na Saúde. Lisboa: PACTOR. 139-181.

ALMEIDA, Helena Neves (2013). Gestão de Caso e Mediação Social: Abordagens, Processos e Competências Cruzadas na Agenda do Conhecimento em Serviço Social. In SANTOS, Clara Cruz. Serviço Social: Mutações e Desafios. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 15-63.

AMARO, Maria Inês (2018). Um Admirável Mundo Novo? Tecnologia e Intervenção na Contemporaneidade. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 97-111.

AMARO, Rogério Roque; SANTOS, Ana Cristina (1997). Serviços de Proximidade em Portugal: Principais tendências e características. Lisboa: Ministério para a Qualificação e o Emprego.

AMARO, Maria Inês; BIGLER, Mark O.; BORGES, Marta; MATIAS DA LUZ, Marta (2022). Redução de Danos: O Gatilho para Novas Práticas em Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene. Práticas de Intervenção do Serviço Social na Saúde. Lisboa: PACTOR. 37-50.

ANTUNES, Adelino (2003). A Intervenção Social de Proximidade e a Toxicodependência. Ou como o cuco põe os ovos nos ninhos dos outros. Revista Toxicodependências. 9:2. 85-88.

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL (2018). Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal. Lisboa: APSS

AYRES, Rachel M.; EVESON, Lynne; INGRAM, Jennifer; TELFER, Maggie (2012). Treatment experience and need of older drug users in Bristol, UK. Journal of Substance Use. 17:1. 19-31.

BARBOSA, Jorge (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da "clandestinidade" à legitimação política. Revista Toxicodependências. 1. 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. Revista Toxicodependências. 17:1. 71-84.

BARDELL, Hannah (2019). Drug policy and human rights in Europe: a baseline study. Estrasburgo: Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa.

BARDIN, Laurence (1977). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BECK, Ulrich (1992). Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage.

BEYNON, Caryl M. (2008). Drug use and ageing: Older people do take drugs. Age and Ageing. 38:1. 8-10.

BEYNON, Caryl M.; MCVEIGH, Jim; ROE, Brenda (2007). Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in northwest England. Ageing and Society. 27. 799-810.

BEYNON, Caryl M.; STIMSON, Gerry; LAWSON, Euan (2010). Illegal drug use in the age of ageing. British Journal of General Practice. 60: 576. 481-482.

BIGLER, Mark. O. (2005). Harm Reduction as a Practice and Prevention Model for Social Work. The Journal of Baccalaureate Social Work. 10:2. 69-86.

BORGES, Marta (2020). O impacto da crise da COVID-19 na intervenção de Redução de Danos. Análise crítica sobre intervenções e atores sociais: entre a crise e a oportunidade. In MACHADO, Idalina; MELO, Sara. (Re)Inventar a Intervenção Social em Contexto de Pandemia. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Letras. 15-23.

BRANCO, Ana (2000). Promoção da Autonomia e Inserção Social: uma experiência de reinserção sócio-laboral de toxicodependentes. Revista Toxicodependências. 6:1. 67-70.

BRINCA, Joana (2017). O Serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias psicoativas. Modelo(s) de Prática(s). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Tese de Doutoramento.

BROCATO, Jo; WAGNER, Eric F. (2003). Harm Reduction: A social work practice model and social justice agenda. Health and Social Work. 28:2. 117-125.

BRUTO DA COSTA, Alfredo (1998). Exclusões Sociais. Lisboa: Gradiva – Publicações Lda.

CARAPINHA, Ludmila (2009). Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência – Departamento de Intervenção na Comunidade: Núcleo de Redução de Danos.

CARMO, Hermano (2018). Educação para a Cidadania: Um Imperativo Estratégico para o Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 113-128.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998). Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.

CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, Renato Pinto (2005). Álcool e Drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda Casa Editorial.

CARRASCO, Marta Blanco (2018). Mediação e Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 225-241.

CARVALHO, Félix (2021). Situação das drogas e das toxicodependências em Portugal. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 51-57.

CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla (2015). Desafios do Serviço Social na atualidade em Portugal. Serviço Social e Sociedade. 121. 66-94.

CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla (2018). Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR.

CLABORN, Kasey; SAMORA, Jake; MCCORMICK, Katie; WHITTFIELD, Quanisha; COURTOIS, Frederic; LOZADA, Kyle; SLEDGE, Daniel; BURWELL, Annie; CHAVEZ, Sandra; BAILEY, Jamie; BAILEY, Chris; DALTON PEDERSON, Chelsea; ZAGORSKI, Claire; HILL, Lucas; CONWAY, Fiona N.; STEIKER, Lori Holleran; CANCE, Jessica; POTTER, Jennifer (2023). "We do it ourselves": strengths and opportunities for improving the practice of harm reduction. Harm Reduction Journal. 20:70.

COSTA, Eduardo Maia (2001). Redução de Danos: Preconceitos, Obstáculos, Justificação. Revista Toxicodependências. 7:3. 53-58.

COUTINHO, Clara Pereira (2022). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2.^a Edição – Reimpressão. Coimbra: Edições Almedina, S.A.

CRUZ, Olga Souza (2021). Resiliência, complexidade e heterogeneidade do fenómeno das drogas e a sua expressão em Portugal. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 29-35.

CRUZ, Olga Souza; MACHADO, Carla (2013). Intervenção no Fenómeno das Drogas: Algumas Reflexões e Contributos para a Definição de Boas Práticas. PSICOLOGIA. 27:1. 13-31.

CRUZ, Vânia Dias; SANTOS, Silvana S. C.; GAUTÉRIO-ABREU, Daiane P.; TAROUÇO DA SILVA, Bárbara; ILHA, Silomar (2016). Consumo de drogas entre pessoas idosas e a redução de danos: reflexão a partir da complexidade. Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem. 20:3.

CURADO, Adriana; BELO, Elsa; FUERTES, Ricardo (2021). 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 79-88.

CURTO, João (2015). Dor e Prazer em Consumidores de Opiáceos de Longo Prazo. Revista Adictologia. 1. 10-14.

DAVID, Alan K.; ROSENBERG, Harold (2013). Acceptance of Non-Abstinence Goals by Addiction Professionals in the United States. Psychology of Addictive Behaviors. 27. 1102-1109.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE (2020). Infeção VIH e SIDA em Portugal. Lisboa: DGS/INSA.

DIAS, Lúcia Nunes (2007). As Drogas em Portugal: O Fenómeno e os factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004. 1.^a Edição. Coimbra: Pé de Página Editores.

DIAS, Luiza Lima (2019). Reflexões sobre as drogas como objeto de pesquisa história. Temporalidades – Revista de História. 11:2. 50-64.

DIOGO, Fernando; CASTRO, Alexandra; PERISTA, Pedro (2015). Pobreza e exclusão social em Portugal: contextos, transformações e estudos. Lisboa: Húmus.

DOMINELLI, Lena (2010). Social Work in a Globalizing World. Inglaterra: Polity Press. Domingues 2018

DOMOSLAWSKI, Artur (2011). Política da Droga em Portugal: Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas. Polónia: Open Society Foundations.

EMCDDA (2008). Abuso de substâncias entre os adultos mais idosos: um problema esquecido. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA (2010). Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges. Espanha: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

ESCOHOTADO, Antonio (1996). Historia elemental de las drogas. Barcelona: Editorial Anagrama.

ESCOHOTADO, Antonio; BARATTA, Alessandro; GONZÁLEZ, Sergio; ESCRIBATANO, Manuela; ZARAGOSA, Javier; GONZÁLEZ, Carlos; FUNES, Jaime (1991). ¿Legalizar las drogas? Criterios Técnicos para el Debate. Madrid: Editorial Popular, S.A.

ESGAIO, Ana (2018). A Intervenção Comunitária na Prática do Serviço Social: Um Imperativo na Conjuntura Socioeconómica Atual?. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 205-223.

FAZENDA, Isabel (2012). Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas. In CARVALHO, Maria Irene. Serviço Social na Saúde. Lisboa: PACTOR. 219-250.

FERNANDES, Luís (1995). O Sítio das Drogas: Etnografia urbana dos territórios psicotrópicos. Revista Toxicodependências. 2. 22-32.

FERNANDES, Luís (2009). O que a droga fez à norma. Revista Toxicodependências. 15:1. 3-18.

FERNANDES, Luís (2021). Do "combate à droga" ao direito ao consumo: algumas notas sobre tendências evolutivas do fenómeno da droga. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 11-16.

FERNANDES DA SILVA, Mara (2011). Consumo de drogas: O impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos. Minho: Universidade do Minho – Instituto de Ciências Sociais. Dissertação.

FERREIRA, Jorge (2001). Serviço Social e Toxicodependência. Revista Toxicodependências. 7:2. 51-58.

FERRO, Lúgia; OLIVEIRA, Pedro; TRINDADE, Sara; PEIXOTO, Susana (2014). "Vive o Bairro!" A intervenção comunitária como ferramenta da redução de riscos e minimização de danos na Matriz H do Bairro da Flamengo. Fórum Sociológico. 23. 63-72.

FLICK, Uwe (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. 2.^a Edição. Lisboa: Monitor.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY (2017). The World Drug Perception Problem: Countering Prejudices about People who Use Drugs. Suíça: GCDP.

GIDDENS, Anthony (2000). O Mundo na Era da Globalização. 1.^a Edição em papel. Lisboa: Editorial Presença.

GOFFMAN, Erving (1963). Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Lisboa: Editora Guanabara.

GONÇALVES, Artur (2008). Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares. Minho: Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança. Tese de Doutoramento.

GONÇALVES-PINHO, Manuel (2021). Canábis - onde estamos e para onde vamos?. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 95-99.

GOULÃO, João Castel-Branco (2006). Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência: Novas Perspetivas. Revista Toxicodependências. 12:1. 3-6.

GOULÃO, João Castel-Branco (2022). O Modelo Português desde os Mentores aos Políticos e à Sociedade Civil. Revista Dependências. 5.

GRANJA, Berta (2018). Contributos para a Análise das Formas Identitárias dos Assistentes Sociais. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 57-84.

GREENWALD, Glenn (2009). Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. EUA: CATO Institute.

GUERRA, Isabel Carvalho (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. 1.^a Edição. Cascais: Príncipia Editora, Lda.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL (2022). The Global State of Harm Reduction 2022. Londres: Harm Reduction International.

HENRIQUES, Susana; SILVA, Joana (2016). Novas Substâncias Psicoativas (NSP): Políticas Públicas, Mercados e Espaços Invisíveis. IX Congresso Português de Sociologia: Portugal, território de territórios. Faro: Associação Portuguesa de Sociologia.

HENRIQUES, Susana; SILVA, Joana (2018). O consumo de NSP em Portugal. X Congresso Português de Sociologia: Na era da “pós-verdade”? Esfera pública, cidadania e qualidade da democracia no Portugal contemporâneo. Covilhã: Associação Portuguesa de Sociologia.

HOUSE OF COMMONS (2019). Drugs policy – First Report of Session 2019. Londres: House of Commons – Health and Social Care Committee.

HUGHS, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. Drug and Alcohol Review. 31. 101-113.

HUNT, Paul (2008). Human Rights, Health and Harm Reduction: State's amnesia and parallel universes. Inglaterra: International Harm Reduction Association.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2012). Manual de Gestão, Procedimentos e Circuito do Cloridrato de Metadona. Lisboa: IDT.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2021). Censos 2021 – Divulgação dos Resultados Provisórios. Lisboa: INE.

JANIKOVA, B.; FIDESOVA, H.; VAVRINCIKOVA, L.; MIOVSKY, M.; GRUND, J-P C. (2016). New Psychoactive Substances among People Who Use Drugs Heavily in Europe. An inventory of changing drug consumption patterns, shifting drug markets and lagging policy responses. Adiktologie. 16:2. 92-105.

JELSMA, Martin (2008). O estado atual do debate sobre políticas de drogas: Tendências da última década na União Europeia e nas Nações Unidas. Primeira Reunião da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia. Rio de Janeiro: Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia.

JIAO, Sunny; BUNGAY, Vicky; JENKINS, Emily; GAGNON, Marilou (2023). How an emergency department is organized to provide opioid-specific harm reduction and facilitators and barriers to harm reduction implementation: a systems perspective. Harm Reduction Journal. 20:2. 139.

JOÃO, Lúcia (1997). O Assistente Social na problemática da toxicodependência. In PATRÍCIO, Luís. Face à Droga como Re(Agir)?. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

JOHNSTON, Lauren; LIDDELL, Dave; BROWNE, Katie; PRIYADARS, Saket (2017). Responding to the needs of ageing drug users. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

KNAAK, Stephanie; CHRISTIE, Romie; MERCER, Sue; STUART, Heather (2019). Harm Reduction, Stigma and the Problem of Low Compassion Satisfaction: Tensions on the Front-Lines of Canada's Opioid Crisis. Journal of Mental Health and Addiction Nursing. 3:1. 8-21.

KRAMER, J. F.; CAMERON, D. C. (1975). A Manual on Drug Dependence. Geneva: World Health Organization.

LAVADO, Elsa; LEONARDO, Joana; CARAPINHA, Ludmila; TORRADO, Marco; FRANGO, Paula; CALADO, Vasco (2018). Novas Substâncias Psicoativas em Portugal - Metodologia Trendspotter | Relatório Final. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005). Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Piaget.

MACHADO, Maria Cristina Neves (2000). Uso de Drogas e reacção Social ou Da Droga - Delito à Droga – Estigma. Porto: Universidade do Porto – Escola de Criminologia da Faculdade de Direito. Dissertação.

MADUREIRA PINTO, José; SANTOS SILVA, Augusto (2009). Metodologia das Ciências Sociais. 15ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

MANITA, Celina (2001). Evolução das significações em trajetórias de droga-crime (II): Novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes?. Revista Toxicodependências. 7:3. 59-71.

MARTELO, Sofia; ALMEIDA, Helena Neves; CARVALHO, Sara; BARBOSA, Jorge (2021). A Mediação Social na Reinserção de Pessoas com CAD: Desafios e Limites à Intervenção. Intervenção Social. 57/58. 149-163.

MARTINS, Ana Pedroso (2020). Do Outro Lado da Intervenção: Identidade e práticas profissionais dos pares no IN-Mouraria. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação.

MAZUELOS, Elisangela P. Q. (2019). Mediação de Conflitos na Perspetiva de Atuação do Serviço Social: Contribuições Introdutórias. Universitas. 13:24. 61-68.

MEDEIROS, Débora; TÓFOLI, Luís Fernando (2018). Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre Drogas. Boletim de Análise Político-Institucional. 18. 53-61.

MEGLIORANZI, Timothy (2017). Um Contributo para a Avaliação de um Programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos no Consumo Problemático de Drogas - Projeto ELOS. Porto: Universidade Católica Portuguesa do Porto. Dissertação.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (1990). Droga – Programa de Ação Mundial. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

MONTEIRO, Joana M. (2013). Da Liamba ao Pó: Perspetivas sobre o Percurso Nacional das Drogas. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação.

MOORE, Christopher W. (2014). The Mediation Process: Practical Strategies for Resolving Conflit. 4.^a Edição. São Francisco: Jossey-Bass.

MORAES, Daniel C.; NETO, Heráclito M. B. (2014). O panorama conceitual e histórico do uso de drogas: uma necessária compreensão da autonomia, para além do proibicionismo imediatista. Revista JRG de Estudos Acadêmicos. 4:8. 215-233.

MOREIRA, Carlos Diogo (1994). Planeamento e Estratégias da Investigação Social. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

NEGREIROS, Maria Augusta Gerales; MARTINS, Alcina; HENRÍQUEZ, B. Alfredo; FIGUEIRA-MC DONOUGH, Josefina (1999). Serviço Social – Profissão e Identidade – Que trajetória?. Lisboa/S. Paulo: Veras Editora.

NETO, Mafalda Rodrigues (2016). A descriminalização do consumo de droga em Portugal - quinze anos depois. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Dissertação.

NEVES, José; GARRIDO, Margarida; SIMÕES, Eduardo (2006). Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais: Teoria e Prática. 1.^a Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

NUNES, Laura M.; JÓLLUSKIN, Gloria (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. 4.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2010). Relatório Anual 2010: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa. Luxemburgo: OEDT - Serviço das Publicações da União Europeia.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2021). Relatório Europeu sobre Drogas 2021: Tendências e Evoluções. Luxemburgo: OEDT - Serviço das Publicações da União Europeia.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2022). Relatório Europeu sobre Drogas 2022: Tendências e Evoluções. Luxemburgo: OEDT - Serviço das Publicações da União Europeia.

PATRÍCIO, Luís (1995). Droga de Vida, Vidas de Droga. Lisboa: Bertrand Editora.

PATRÍCIO, Luís (1997). Face à Droga como Re(Agir)?. Lisboa: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

PATRÍCIO, Luís (2002). Droga para que se saiba. 1.^a Edição. Lisboa: Figueirinhas.

PAYNE, Malcolm (2020). How to use Social Work Theory in Practice – An Essential Guide. Inglaterra: Polity Press.

PINTO, Carla (2018). Serviço Social e Desenvolvimento Sustentável: Missões Entrecruzadas. In CARVALHO, Maria Irene; PINTO, Carla. Serviço Social: Teorias e Práticas. Lisboa: PACTOR. 143-162.

POIARES, Carlos Alberto (1998). As drogas ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização. Revista Toxicodependências. 3. 57-66.

POIARES, Carlos Alberto (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. Revista Toxicodependências. 1. 3-12.

PORTELA, Beatriz Costa (2020). Análise do Modelo de Redução de Riscos em Portugal: Características e Resultados. Porto: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

QUINTAS, Jorge (2000). Consumo de drogas: realidades e representações sociais. Revista Toxicodependências. 6:3. 29-42.

QUINTAS, Jorge (2001). Desafios do século XXI: as drogas (quase) sem crimes relacionados. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 17-21.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2.^a Edição. Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda.

RAMALHO, Vanda Sofia Braz (2008). Sopas e cobertores: da desafiliação das pessoas sem-abrigo à inovação das práticas em serviço social. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Dissertação.

RAMALHO, Nelson (2012). O trabalho sexual: discursos e práticas dos assistentes sociais em debate. Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. 12. 64-91.

RAMALHO, Vanda Sofia Braz (2020). Craques de bola, mandinga e piruetas: experiência sociodesportiva e identidades juvenis no Bairro Padre Cruz. Lisboa: Universidade Lusíada de Lisboa – Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Tese de Doutoramento.

RÊGO; Ximene; ANJOS, Purificação (2021). A diversificação dos padrões de consumo: atualizações que se impõem. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 59-68.

RÊGO, Ximene; OLIVEIRA, Maria João; LAMEIRA, Catarina; CRUZ, Olga Souza (2021). 20 years of Portuguese drug policy - developments, challenges and the quest for human rights. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 16:59. 1-11.

RIBEIRINHO, Carla; TELES, Helena (2022). Trabalho Interdisciplinar na Área da Saúde: Desafios para o Serviço Social. In CARVALHO, Maria Irene. Práticas de Intervenção do Serviço Social na Saúde. Lisboa: PACTOR. 1-20.

RICHERT, Torkel; NORDGREN, Johan (2022). Social work with people who use drugs during the Covid-19 pandemic - A mixed methods study. Nordic Social Work Research. 1-14.

RICHERT, Torkel; STALLWITX, Anke; NORDGREN, Johan (2023). Harm reduction social work with people who use drugs: a qualitative interview study with social workers in harm reduction services in Sweden. Harm Reduction Journal. 20:146. 1-13.

ROBERTIS, Cristina (1992). Metodología de la intervención em trabajo social. 2.^a Edición. Barcelona: El Ateneo.

ROE, Brenda; BEYNON, Caryl M.; PICKERING, Lucy; DUFFY, Paul (2010). Experiences of drug use and ageing: Health, quality of life, relationship and service implications. Journal of Advanced Nursing. 66:9. 1968-1979.

ROQUE DA SILVA, Joana; HENRIQUES, Susana (2015). O Mercado Emergente das Novas Drogas - O novo Desafio Social e Político. Revista Adictologia. 1. 40-47.

RULLAC, Stéphane (2012). La science du travail social: Hypothèses et Perspectives. Paris: ESF.

SDF (2020). Moving Beyond “People-First” Language: A glossary of contested terms in substance use. Glasgow: Scottish Drugs Forum.

SEABRA, Paulo (2021). Comportamentos aditivos e dependências: respostas às necessidades em saúde. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 45-50.

SELLER, Enrique Pastor (2004). Trabajo Social Comunitario. 1.^a Edição. Murcia: DM Librero-Editor.

SEVERSON, Margaret M.; BANKSTON, Tara V. (1995). Social Work and the Pursuit of Justice through Mediation. Social Work. 40:5. 683-690.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa: SICAD.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (2016). Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências dos Interventores. Lisboa: SICAD – Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (2022). Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: SICAD – Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação.

SILVA, Mara (2021). Desafios do alcoolismo e do envelhecimento à redução de danos. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 127-131.

SPOSATI, Aldaiza; FALCÃO, Maria do Carmo; TEIXEIRA, Sónia Maria Fleury (1989). Os Direitos (Dos Desassistidos) Sociais. São Paulo: Cortez Editora.

STRANG, John; GROSHKOVA, Teodora; METREBIAN, Nicola (2012). New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. In EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. EMCDDA INSIGHTS. Luxemburgo: EMCDDA.

TRALHÃO, Regina Conceição (2000). Para uma Política Cultural das Dependências: Breves apontamentos para a complementaridade da análise das relações de dependência. Revista Toxicodependências. 6:1. 71-79.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2021). Estratégia da UNODC 2021-2025. Áustria: UNODC.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2023). World Drug Report 2023: Executive Summary. Áustria: UNODC.

VAKHARIA, Sheila P.; LITTLE, Jeannie (2016). Starting Where the Client Is: Harm Reduction Guidelines for Clinical Social Work Practice. Clinical Social Work Journal. 44:1. 65-76.

VALBOM, Mónica (2015). O Impacto da Descriminalização de Substâncias Psicoativas para as Intervenções de Redução de Riscos e Minimização de Danos: Estudo de Caso do Projeto Kosmicare/Boom Festival. Porto: Universidade Católica Portuguesa do Porto. Dissertação.

VALENTE, Helena; MARTINS, Daniel (2021). Saúde pública e redução de riscos: o espaço dos discursos subjugados. In CALADO, Vasco. Comportamentos Aditivos: Perspetivas e Desafios. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 69-77.

VAVRINCIKOVA, Lenka; FIDESOVA, Hana; JANÍKOVÁ, Barbara; GRUND, Jean-Paul (2016). New Psychoactive Substances among People Who Use Drugs Heavily. Towards Effective and Comprehensive Health Responses in Europe - 5-country RAR report. República Checa: Comissão Europeia – Direção-Geral da Justiça.

VILARES, Joana; SALVADOR, Juliana (2021). Redução de Riscos e Minimização de Danos: Um Olhar sobre a Ação do Assistente Social numa Equipa de Rua. Intervenção Social. 57/58. 327-340.

VILELAS, José (2022). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. 3ª Edição, Revista e Aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.

WEBB, Stephen A. (2006). Social Work in a Risk Society: Social and Political Perspectives. Reino Unido: PALGRAVE MACMILLAN.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1974). WHO Expert Committee on Drug Dependence. Geneva: WHO.

XIBERRAS, Martine (1993). As Teorias da Exclusão: Para uma Construção do Imaginário do Desvio. Lisboa: Instituto Piaget.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Carta de Confirmação e Ratificação, de 3 de janeiro. Diário do Governo n.º 2/1914 – I Série. Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direção Geral dos Negócios Comerciais e Consulares – 1ª Repartição. Lisboa.

Lei n.º 1687, de 9 de dezembro. Diário do Governo n.º 274/1924 – I Série. Ministério do Trabalho – Direção Geral de Saúde. Lisboa.

Retificação, de 9 de janeiro. Diário do Governo n.º 7/1925 – I Série. Ministério do Trabalho – Direção Geral de Saúde. Lisboa.

Decreto n.º 12210, de 27 de agosto. Diário do Governo n.º 189/1926 – I Série. Ministério da Instrução Pública – Direção Geral de Saúde. Lisboa.

Lei n.º 2118, de 3 de abril. Diário do Governo n.º 79/1963 – I Série. Presidência da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 435/70, de 12 de setembro. Diário do Governo n.º 212/1970 – I Série. Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direção-Geral dos Negócios Económicos – Repartição Política da África, Ásia e Oceânia. Lisboa. Emendado pelo Decreto n.º 161/78, de 21 de dezembro. Diário da República n.º 292/1978 – I Série. Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direção-Geral dos Negócios Políticos. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro. Diário do Governo n.º 204/1970 – I Série. Ministério da Justiça – Gabinete do Ministro. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 792/76, de 5 de novembro. Diário da República n.º 259/1976 – I Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro. Diário da República n.º 285/1983 – I Série. Ministérios da Justiça e da Saúde. Lisboa.

Decreto n.º 10/79, de 30 de janeiro. Diário da República n.º 25/1979 – I Série. Ministério dos Negócios Estrangeiros – Direção-Geral dos Negócios Políticos. Lisboa.

Resolução da Assembleia da República n.º 29/91, de 6 de setembro. Diário da República n.º 205/1991 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1993 – I Série. Ministério da Justiça. Lisboa.

Lei n.º 7/97, de 8 de março. Diário da República n.º 57/1997 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de maio. Diário da República n.º 122/1999 – I-B Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. Diário da República n.º 276/2000 – I-A Série. Assembleia da República. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho. Diário da República n.º 142/2001 – I-A Série. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.

Lei n.º 55/2023, de 8 de setembro. Diário da República n.º 175/2023 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Modelo de Análise – Profissionais
- Apêndice B** - Modelo de Análise – Beneficiários/as
- Apêndice C** - Guião de Entrevista Semiestruturada - Profissionais
- Apêndice D** - Guião de Entrevista Não-Estruturada - Beneficiários/as
- Apêndice E** - Declaração de Consentimento Informado (Participantes)
- Apêndice F** - Declaração de Colaboração em Investigação Académica (Instituições)

APÊNDICE A

Modelo de Análise - Profissionais

"DROGAS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS À INTERVENÇÃO EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS"

OBJETIVO GERAL: Analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, tendo em vista identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social.

MESTRANDA: Inês Alvoeiro da Mota Veiga

N.º ESTUDANTE: 11001822

ORIENTADORA: Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PROFISSIONAIS DE RRMD

OBJETIVO	CONCEITO	DIMENSÃO	INDICADOR	CATEGORIA DE ANÁLISE	QUESTÕES
I. Conhecer as novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais e a consequente alteração dos perfis das pessoas que utilizam drogas.	-	-	DADOS SOCIODEMográficos	a) Idade b) Nacionalidade b) Género d) Curso e Ano de Conclusão da Formação Académica e) Formação Complementar	1. Que idade tem? 2. Qual a sua nacionalidade? 3. Qual o seu curso e em que ano concluiu a sua formação académica? 4. Realizou alguma formação complementar? Se sim, em que áreas e/ou matérias?
	-	-	DADOS SOCIOPROFISSIONAIS	a) Entidade Empregadora b) Natureza Jurídica c) Cargo/Função desempenhada d) Nº anos de experiência profissional em RRMD e) Respostas/Estruturas de RRMD	5. Em que instituição desempenha funções atualmente? 6. Qual a natureza jurídica da instituição onde exerce funções? 7. Que cargo e/ou função desempenha atualmente? 8. Quantos anos de experiência profissional possui na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos? 9. Em que respostas e/ou estruturas sócio sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos já esteve integrado/a?
	PESSOAS QUE USAM DROGAS	DINÂMICAS SOCIODEMográficas E SOCIOCULTURAIS	PERCEÇÃO SOBRE OS PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS E DAS DINÂMICAS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE DROGAS	a) Práticas quotidianas, hábitos e comportamentos de risco b) Dinâmicas sociodemográficas c) Dinâmicas socioculturais d) Necessidades e Problemáticas e) Direitos sociais	10. Considera que, nos últimos anos, têm ocorrido mudanças nos perfis das pessoas que usam drogas e nos tipos de drogas disponíveis? 11. Que novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais identifica, atualmente, nas pessoas que usam drogas face aos/as "utilizadores/as tradicionais"? 12. Face a esta nova realidade, que necessidades e problemáticas destaca como sendo mais evidentes nas pessoas que usam drogas?
II. Analisar e descrever as novas tendências (nas tipologias e padrões de utilização de drogas), compreendendo os efeitos da Redução de Riscos e Minimização de Danos, enquanto modelo de intervenção.	REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS	MODELO DE INTERVENÇÃO	PERCEÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ATUAIS	a) Impactos e Efeitos b) Intervenção social c) Adaptação de práticas d) Transformação social e comunitária	13. De que forma estas novas tendências e dinâmicas associadas à utilização de drogas têm impactado a intervenção realizada no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos? 14. Pode dar alguns exemplos de práticas concretas que eram aplicadas e foram adaptadas face aos novos perfis de pessoas que usam drogas? 15. Que modelos de intervenção identifica nas suas práticas diárias? 16. Que transformações sociais e comunitárias foram alcançadas com a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos? E o que ainda falta alcançar?
III. Identificar os contributos do Serviço Social para a inovação de práticas no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tendo em vista a adequação deste modelo de intervenção ao contexto atual.		SERVIÇO SOCIAL	PERCEÇÃO SOBRE A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS	a) Necessidades do terreno b) Contexto político-institucional c) Requalificação de práticas	17. Na sua opinião, o que é necessário concretizar ou (re)adaptar, no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, para que a intervenção possa ser mais completa e integrada face às necessidades atuais? 18. Que principais obstáculos, a nível micro, meso e macro, reconhece atualmente na intervenção diária (limites na intervenção, adequabilidade das políticas, disponibilidade de respostas existentes)? 19. Na sua opinião, considera que o Estado tem exercido o seu papel neste domínio? 20. Considera que o saber teórico e científico em Serviço Social poderiam contribuir para a mitigação desses obstáculos (atuando enquanto agente promotor de mudança e objetivando a melhoria do modelo de bem-estar social)? 21. Que contributos identifica no Serviço Social e na prática dos/as Assistentes Sociais que poderiam ser implementados para a inovação e requalificação de práticas no contexto da Redução de Riscos e Minimização de Danos?

APÊNDICE B

Modelo de Análise – Beneficiários/as

"DROGAS: TENDÊNCIAS E DESAFIOS À INTERVENÇÃO EM REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS"					
OBJETIVO GERAL: Analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, tendo em vista identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social.					
MESTRANDA: Inês Alvoeiro da Mota Veiga N.º ESTUDANTE: 11001822					
ORIENTADORA: Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho					
ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA - BENEFICIÁRIOS DE RRMD					
OBJETIVO	CONCEITO	DIMENSÃO	INDICADOR	CATEGORIA DE ANÁLISE	QUESTÕES
I. Conhecer as novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais e a consequente alteração dos perfis das pessoas que utilizam drogas.	PESSOAS QUE USAM DROGAS	PERFIL DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	a) Idade b) Género c) Nacionalidade d) Escolaridade e) Situação perante o Emprego f) Situação Habitacional	1. Pode falar-me um pouco de si e do seu percurso de vida? 1.1. Que idade tem? 1.2. Qual a sua nacionalidade? 1.3. Qual a sua escolaridade? 1.4. Qual a sua situação perante o emprego? 1.5. Qual a sua situação habitacional atual?
		DINÂMICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS	SITUAÇÃO FACE ÀS DROGAS	a) Utilização de drogas b) Número de anos de utilização de drogas c) Número de anos de acompanhamento em estruturas de RRMD d) Acompanhamento em estruturas em matéria de drogas	2. Pode descrever-me o seu percurso e situação atual face às drogas? 2.1. Utiliza drogas atualmente? 2.2. Há quantos anos utiliza drogas? 2.3. Que substâncias já utilizou ao longo da sua vida? 2.4. Considera ter uma substância de eleição? 3. No âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, em que estruturas já esteve integrado e por quanto tempo? 3.1. Há quantos anos se encontra integrado em respostas de Redução de Riscos e Minimização de Danos? 3.2. E que outras estruturas e/ou respostas em matéria de drogas já esteve integrado ou foi anteriormente acompanhado?
			PERCEÇÃO SOBRE OS PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS E DAS DINÂMICAS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE DROGAS	a) Práticas quotidianas, hábitos de utilização de drogas e comportamentos de risco b) Dinâmicas sociodemográficas e socioculturais d) Perceção das necessidades	4. Que mudanças considera terem ocorrido, nos últimos anos, nos perfis das pessoas que usam drogas e nos tipos de drogas disponíveis? 4.1. Gostaria de destacar novas tendências na utilização de drogas, hábitos culturais e/ou sociais que identifica atualmente ou que tenha adotado? 5. Na sua opinião, quais as necessidades atuais das pessoas que usam drogas, face às novas dinâmicas e tendências que descreveu?
II. Analisar e descrever as novas tendências (nas tipologias e padrões de utilização de drogas), compreendendo os efeitos da Redução de Riscos e Minimização de Danos, enquanto modelo de intervenção.	TENDÊNCIAS NA UTILIZAÇÃO DE DROGAS	MODELO DE INTERVENÇÃO	VULNERABILIDADE SOCIAL	e) Discriminação e Exclusão Social f) Direitos Sociais	6. Como é que as pessoas que usam drogas são vistas na sociedade atual? 6.1. Considera que o facto de ser uma pessoa que usa/usou drogas impacta, de forma negativa, a perceção que as pessoas têm de si? Em que aspetos? 6.2. Sente que tal pode condicionar o acesso aos serviços e à efetivação dos seus Direitos?
	REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS		PERCEÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ATUAIS	a) Componentes da RRMD	7. Que aspetos, positivos e/ou negativos, destaca na intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos? 8. Qual a sua opinião face à intervenção realizada pelos/as assistentes sociais nesta matéria? 8.1. Em que medida considera que esta intervenção se trata de uma rede de suporte importante, nomeadamente no papel que desempenha na trajetória de consumos das pessoas que usam drogas? 8.2. Pode dar-me alguns exemplos de intervenções concretas, positivas e/ou negativas, de que tenha sido alvo? 8.3. Gostaria de destacar alguns aspetos que considera que deveriam ser melhorados nesta intervenção?
III. Identificar os contributos do Serviço Social para a inovação de práticas no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, tendo em vista a adequação deste modelo de intervenção ao contexto atual.		SERVIÇO SOCIAL	PERCEÇÃO SOBRE A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS	a) Serviço Social b) Adaptação e Requalificação de práticas c) Desenvolvimento social e Transformação comunitária d) Bem-estar social	9. Considera que as respostas existentes atualmente em matéria de drogas se enquadram e satisfazem as necessidades atuais das pessoas que usam drogas? 10. Que respostas ou intervenções sente que deveriam ser criadas, melhoradas ou diferentes face às necessidades atuais? 11. E que políticas e medidas sociais e de saúde considera que se encontram em falta?

APÊNDICE C

Guião de Entrevista Semiestruturada - Profissionais



Universidade Lusófona de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
PROFISSIONAIS**

TÍTULO DO ESTUDO: “Drogas: Tendências e Desafios à Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos”

OBJETIVO GERAL: “Analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, tendo em vista identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social”

MESTRANDA: Inês Alvoeiro da Mota Veiga

N.º ESTUDANTE: 11001822

ORIENTADORA: Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho

A presente entrevista é realizada com base no consentimento informado prestado previamente pelo/a entrevistado/a, no qual aceita a recolha e tratamento das informações fornecidas no decorrer da entrevista e de acordo com as normas definidas no Regulamento (EU) n.º 2016/679, de 27 de abril (Regulamento Geral de Proteção de Dados na União Europeia), transposto para a Lei n.º 58/2018, de 08 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
	1. Que idade tem?
	2. Qual a sua nacionalidade?
	3. Qual o seu curso e em que ano concluiu a sua formação académica?
	4. Realizou alguma formação complementar? Se sim, em que áreas e/ou matérias?
	DADOS SOCIOPROFISSIONAIS
	5. Em que instituição desempenha funções atualmente?
	6. Qual a natureza jurídica da instituição onde exerce funções?
	7. Que cargo e/ou função desempenha atualmente?



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

	8. Quantos anos de experiência profissional possui na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos? 9. Em que respostas e/ou estruturas sócio sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos já esteve integrado/a?
DINÂMICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOCULTURAIS	PERCEÇÃO SOBRE OS PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS E DAS DINÂMICAS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE DROGAS
	10. Considera que, nos últimos anos, têm ocorrido mudanças nos perfis das pessoas que usam drogas e nos tipos de drogas disponíveis? 11. Que novas dinâmicas sociodemográficas e socioculturais identifica, atualmente, nas pessoas que usam drogas face aos/as "utilizadores/as tradicionais"? 12. Face a esta nova realidade, que necessidades e problemáticas destaca como sendo mais evidentes nas pessoas que usam drogas?
MODELO DE INTERVENÇÃO	PERCEÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ATUAIS
	13. De que forma estas novas tendências e dinâmicas associadas à utilização de drogas têm impactado a intervenção realizada no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos? 14. Pode dar alguns exemplos de práticas concretas que eram aplicadas e foram adaptadas face aos novos perfis de pessoas que usam drogas? 15. Que modelos de intervenção identifica nas suas práticas diárias? 16. Que transformações sociais e comunitárias foram alcançadas com a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos? E o que ainda falta alcançar?



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

	PERCEÇÃO SOBRE A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS
SERVIÇO SOCIAL	17. Na sua opinião, o que é necessário concretizar ou (re)adaptar, no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, para que a intervenção possa ser mais completa e integrada face às necessidades atuais? 18. Que principais obstáculos, a nível micro, meso e macro, reconhece atualmente na intervenção diária (limites na intervenção, adequabilidade das políticas, disponibilidade de respostas existentes)? 19. Na sua opinião, considera que o Estado tem exercido o seu papel neste domínio? 20. Considera que o saber teórico e científico em Serviço Social poderiam contribuir para a mitigação desses obstáculos (atuando enquanto agente promotor de mudança e objetivando a melhoria do modelo de bem-estar social)? 21. Que contributos identifica no Serviço Social e na prática dos/as assistentes sociais que poderiam ser implementados para a inovação e requalificação de práticas no contexto da Redução de Riscos e Minimização de Danos?

APÊNDICE D

Guião de Entrevista Não Estruturada – Beneficiários/as



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

**GUIÃO DE ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA
BENEFICIÁRIOS**

TÍTULO DO ESTUDO: "Drogas: Tendências e Desafios à Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos"

OBJETIVO GERAL: "Analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas ao consumo de drogas, tendo em vista identificar os desafios que se colocam à intervenção do Serviço Social"

MESTRANDA: Inês Alvoeiro da Mota Veiga

N.º ESTUDANTE: 11001822

ORIENTADORA: Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho

A presente entrevista é realizada com base no consentimento informado prestado previamente pelo/a entrevistado/a, no qual aceita a recolha e tratamento das informações fornecidas no decorrer da entrevista, de acordo com as normas definidas no Regulamento (EU) n.º 2016/679, de 27 de abril (Regulamento Geral de Proteção de Dados na União Europeia), transposto para a Lei n.º 58/2018, de 08 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
	1. Pode falar-me um pouco de si e do seu percurso de vida? 1.1. Que idade tem? 1.2. Qual a sua nacionalidade? 1.3. Qual a sua escolaridade? 1.4. Qual a sua situação perante o emprego? 1.5. Qual a sua situação habitacional atual?
PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS	SITUAÇÃO FACE ÀS DROGAS
	2. Pode descrever-me o seu percurso e situação atual face às drogas? 2.1. Utiliza drogas atualmente? 2.2. Há quantos anos utiliza drogas?



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

	2.3. Que substâncias já utilizou ao longo da sua vida?
	2.4. Considera ter uma substância de eleição?
	3. No âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, em que estruturas já esteve integrado e por quanto tempo?
	3.1. Há quantos anos se encontra integrado em respostas no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos?
	3.2. E que noutras estruturas e/ou respostas em matéria de drogas já esteve integrado ou foi anteriormente acompanhado?
	PERCEÇÃO SOBRE OS PERFIS DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS E DAS DINÂMICAS ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE DROGAS
	4. Que mudanças considera terem ocorrido, nos últimos anos, nos perfis das pessoas que usam drogas e nos tipos de drogas disponíveis?
	4.1. Gostaria de destacar novas tendências na utilização de drogas, hábitos culturais e/ou sociais que identifica atualmente ou que tenha adotado?
5. Na sua opinião, quais as necessidades atuais das Pessoas que Usam Drogas, face às novas dinâmicas e tendências que descreveu?	
VULNERABILIDADE SOCIAL	
6. Como é que as pessoas que usam drogas são vistas na sociedade atual?	
6.1. Como é que o facto de ser uma pessoa que usa/usou drogas impacta, de forma negativa, a perceção que as pessoas têm de si? Em que aspetos?	
6.2. Sente que tal pode condicionar o acesso aos serviços e à efetivação dos seus Direitos?	



Universidade Lusfada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

MODELO DE INTERVENÇÃO	PERCEÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS ATUAIS
	7. Que aspetos, positivos e/ou negativos, destaca na intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos?
	8. Qual a sua opinião face à intervenção realizada pelos/as assistentes sociais nesta matéria?
	8.1. Em que medida considera que esta intervenção se trata de uma rede de suporte importante, nomeadamente no papel que desempenha na trajetória de consumos das pessoas que usam drogas? 8.2. Pode dar-me alguns exemplos de intervenções concretas, positivas e/ou negativas, de que tenha sido alvo? 8.3. Gostaria de destacar alguns aspetos que considera que deveriam ser melhorados nesta intervenção?
SERVIÇO SOCIAL	PERCEÇÃO SOBRE A INOVAÇÃO DE PRÁTICAS
	9. Considera que as respostas existentes atualmente em matéria de drogas se enquadram e satisfazem as necessidades atuais das pessoas que usam drogas?
	10. Que respostas ou intervenções sente que deveriam ser criadas, melhoradas ou diferentes face às necessidades atuais?
	11. E que políticas e medidas sociais e de saúde considera que se encontram em falta?

APÊNDICE E

Declaração de Consentimento Informado (Participantes)



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação, intitulado de "Drogas: Tendências e Desafios à Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos", encontra-se a ser desenvolvido pela mestranda Inês Alvoeiro da Mota Veiga, sob a orientação da Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho, no âmbito do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada de Lisboa.

Detém como principal objetivo analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas à utilização de drogas, tendo em vista identificar os desafios à intervenção do Serviço Social.

Neste âmbito, será realizada uma entrevista e a recolha de dados será efetuada exclusivamente através da gravação de som. Será garantida a confidencialidade e anonimato dos/as participantes durante todo o processo, sendo a informação recolhida utilizada exclusivamente para fins académicos¹. A sua participação neste estudo é livre e voluntária. Pode retirar-se, interromper ou recusar participar no mesmo a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo.

Embora o tema tratado contenha teor sensível, não se prevêem quaisquer danos físicos e/ou psicológicos para os/as participantes. A sua participação, através do processo de reflexividade das experiências vividas e relatadas, será muito proveitosa e benéfica, contribuindo para o avanço do conhecimento científico e para a sociedade.

Agradecemos, desde já, a sua participação neste estudo. Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar a investigadora através do seguinte endereço de correio eletrónico: Inês Veiga - 11001822@iis.ulusiada.pt.

Eu, _____ (Nome Completo),
____/____/____ (Data de nascimento), declaro ter compreendido a informação anterior e aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Inês Veiga, no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Serviço Social. Declaro permitir a gravação de som durante a entrevista e a utilização dos dados fornecidos para o referido efeito, sendo estes tratados de forma anónima, sigilosa e confidencial, tal como me foi garantido.

_____, ____/____/____ (Local e Data)

(Assinatura do Participante)

¹ Todos os procedimentos e técnicas a adotar no âmbito da recolha e tratamento de dados cumprirão as normas definidas pelo Regulamento (EU) n.º 2016/679, de 27 de abril (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados da União Europeia), transposto para a Lei n.º 58/2018, de 08 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

APÊNDICE F

Declaração de Colaboração em Investigação Académica (Instituições)



Universidade Lusíada de Lisboa

Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa

Mestrado em Serviço Social

DECLARAÇÃO DE COLABORAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO ACADÉMICA

O presente trabalho de investigação, intitulado de "Drogas: Tendências e Desafios à Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos", encontra-se a ser desenvolvido pela mestranda Inês Alvoeiro da Mota Veiga, sob a orientação da Professora Doutora Vanda Sofia Braz Ramalho, no âmbito do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), da Universidade Lusíada de Lisboa.

Detém como principal objetivo analisar o modelo de Redução de Riscos e Minimização de Danos, considerando as novas dinâmicas e tendências associadas à utilização de drogas, tendo em vista identificar os desafios à intervenção do Serviço Social.

A _____ (nome da instituição), _____ (natureza jurídica), aqui representada por _____ (nome e cargo), vem por este meio declarar o compromisso de parceria e colaboração no presente trabalho de investigação, nomeadamente:

- Na recomendação ou sugestão de participantes a selecionar para o estudo, considerando os critérios previamente definidos pela investigadora;
- Na cedência das instalações da instituição para a realização das entrevistas, num espaço seguro e confortável, que promova o bem-estar dos/as participantes.

A _____ (nome da instituição), declara permitir a gravação de som, no âmbito da participação no presente estudo, estando ciente de que a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos/as participantes durante todo o processo¹.

A colaboração neste estudo é livre e voluntária, podendo ser cessada ou interrompida a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo. Para qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar a investigadora através do seguinte correio eletrónico: Inês Veiga - 11001822@lis.ulusiada.pt.

_____, ____/____/____ (Local e Data)

(Assinatura e Carimbo)

¹ Todos os procedimentos e técnicas a adotar no âmbito da recolha e tratamento de dados cumprirão as normas definidas pelo Regulamento (EU) n.º 2016/679, de 27 de abril (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados da União Europeia), transposto para a Lei n.º 58/2018, de 08 de agosto (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

