

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE E DA JUSTIÇA

# Riscos e necessidades de consumidores de substâncias psicoativas em situação de sem-abrigo: um estudo exploratório

Ana Sofia Monteiro Azevedo

**M**

2021



**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**RISCOS E NECESSIDADES DE CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO:  
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Ana Sofia Monteiro Azevedo**

Outubro 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do  
Porto, orientada pelo Professor Doutor ***Miguel Cameira*** (FPCEUP).

## AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor 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, o autor 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. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## **Agradecimentos**

Este é o culminar não só de 5 anos de aprendizagem, como também de uma série de experiências, memórias e angústias que, de alguma forma, me foram construindo. Um obrigada nunca será suficiente:

Aos meus pais, por apoiarem o meu percurso académico, por quererem sempre o melhor para mim, por todo o amor, por me darem as ferramentas necessárias para alcançar os meus objetivos e por, apesar das dificuldades, nunca terem posto a minha educação em segundo plano, em nenhuma circunstância.

À minha irmã, por tudo aquilo que já ultrapassamos juntas, por todo o apoio, carinho e amor e, claro, por me ter dado a princesa mais linda, a minha borboleta da sorte, a minha Maria, que ainda nem sabia andar e já me ajudava a seguir em frente, independentemente de tudo.

À minha tia, por fazer de mim o seu “apêndice”, por me ter feito acreditar que mesmo quando tudo desaba aos nossos pés é possível continuar, por toda a coragem que me deu, por todo o amor que me mostrou, por todos os esforços que fez para que a ansiedade não levasse o melhor de mim.

À Beatriz, por ter sido a melhor surpresa que a faculdade me deu, por partilhar comigo todos os momentos bons e maus, por me conhecer melhor que ninguém, por não me abandonar em nenhuma circunstância, por me fazer rir, mas também por me deixar chorar, e por me mostrar que há amizades que sobrevivem até às quarentenas mais longas e dolorosas.

À minha afilhada, por todo o apoio incondicional, por todas as palavras de coragem, por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava, por me compreender e por estar do meu lado em todas as minhas conquistas e em todas as minhas derrotas.

Ao meu orientador, o Professor Doutor Miguel Cameira, por me ter guiado ao longo deste percurso tão atribulado, por toda a compreensão e ajuda incondicional, por ter acreditado em mim e no meu potencial. Sem o seu apoio não teria conseguido concluir esta etapa.

À Norte Vida, em especial à Equipa do projeto “Rotas com Vida”, não só por terem colaborado neste estudo, mas sobretudo por me terem dado todas as condições necessárias à minha aprendizagem e ao meu crescimento enquanto futura psicóloga.

À Cláudia, por ter sido uma peça indispensável deste percurso, por me ter ajudado em cada etapa dele, e por sempre me ter encorajado a fazer aquilo que sempre me fez feliz.

Aos utentes do projeto “Rotas com Vida”, pela sua colaboração, por tudo aquilo que ainda hoje me ensinam, por me terem feito crescer e, acima de tudo, por me mostrarem que eu estou exatamente onde é suposto eu estar.

A toda a minha família e amigos, a todos aqueles que cruzaram o meu caminho e me ensinaram grande parte daquilo que sei hoje, por me terem feito crescer e por me terem ajudado a chegar até aqui.

## Resumo

O consumo de substâncias psicoativas aliado a uma situação de sem-abrigo revela-se como potenciador de uma série de riscos a que um indivíduo poderá estar exposto e que, deste modo, serão prejudiciais ao seu bem-estar. Daqui surge, inevitavelmente, a pertinência de resposta às necessidades desta população, cuja responsabilidade recai, em larga medida, em equipas de proximidade que baseiam a sua intervenção na Redução de Riscos e Minimização de Danos.

O recurso à metodologia qualitativa capacita este estudo de uma possibilidade de análise desta problemática, contribuindo não só para a identificação dos diferentes riscos a que a população em causa está exposta e das necessidades que daí decorrem, como também para a exploração da realidade da utilização de drogas em contexto de Rua e, ainda, para a compreensão do impacto que a pandemia causada pelo Covid-19 teve nas dinâmicas quer de consumidores de substâncias psicoativas em situação de sem-abrigo, quer das Entidades Competentes que intervém, de forma mais ou menos próxima, no fenómeno. A amostra inclui 5 utentes do projeto “Rotas com Vida” da Instituição “Norte Vida” e 4 técnicas de proximidade da mesma Instituição que contactam, diariamente, com esta realidade (N=9). As entrevistas seguem uma organização semiestruturada e foram administradas quer presencialmente, no que toca aos utentes, quer virtualmente (através da plataforma Zoom), no que se refere às técnicas. A análise de conteúdo permitiu a identificação de 9 categorias e 3 subcategorias.

Os resultados evidenciaram riscos ao nível da saúde, da segurança e do consumo e necessidades associadas a uma série de fatores que culminam, quase sempre, na necessidade de uma resposta de alojamento, assim como de respostas mais imediatas e individualizadas. Para além disso, os dados contribuíram para uma possível caracterização desta população e para o estabelecimento de diferenças entre diferentes grupos a ela associados. É, da mesma forma, possível caracterizar a intervenção das Entidades Competentes, nomeadamente ao nível das equipas de ruas, assim como as consequências da pandemia quer nesta intervenção, quer no dia-a-dia dos seus utilizadores, que se revelam como pouco significativas em alguns parâmetros e largamente prejudiciais em outros.

**Palavras-chave:** consumidores de substâncias psicoativas em situação de sem-abrigo, redução de riscos e minimização de danos, riscos, necessidades, equipas de proximidade

## **Abstract**

The consumption of psychoactive substances combined with a homelessness situation enhances a series of risks to which individuals may be exposed and which, therefore, will be detrimental to their well-being. This inevitably arises the relevance of responding to the needs of this population, whose responsibility lies, to a large extent, in outreach teams that base their intervention on Harm Reduction.

The use of qualitative methodology enables this study to analyse this problem, contributing not only to the identification of the different risks to which the population in question is exposed and the resulting needs, but also to the exploration of the reality of drug use in a street context. Moreover, it also provides the opportunity to understand the impact that the pandemic caused by Covid-19 had on both homeless people who use drugs and the competent authorities that intervene, more or less closely, in this phenomenon. The sample includes 5 users of the "Rotas com Vida" project of the Institution "Norte Vida" and 4 outreach technicians of the same institution who contact daily with this reality (N=9). The interviews follow a semi-structured organization and were administered either in person, regarding the users, or virtually (through the Zoom platform), regarding the technicians. The content analysis allowed the identification of 9 categories and 3 subcategories.

The results highlighted health, safety and consumption risks and needs associated with a series of factors that almost always culminate in the need for a housing response, as well as more immediate and individualised responses. In addition, the data contributed to a possible characterisation of this population and to the establishment of differences between different groups associated with it. It is also possible to characterise the intervention of the competent authorities, in particular at the level of street teams, as well as the consequences of the pandemic both in this intervention and in the daily life of its users, which prove to be insignificant in some parameters and largely harmful in others.

**Keywords:** homeless people who use drugs, harm reduction, risks, needs, outreach teams

## Résumé

La consommation de substances psychoactives combinée à une situation de sans-abrisme renforce une série de risques auxquels les individus peuvent être exposés et qui, par conséquent, seront préjudiciables à leur bien-être. Cela conduit inévitablement à la pertinence de répondre aux besoins de cette population, dont la responsabilité incombe en grande partie aux équipes de proximité qui fondent leur intervention sur la Réduction des Risques et la Minimisation des Dommages.

L'utilisation d'une méthodologie qualitative permet à cette étude une possibilité d'analyser cette problématique, contribuant non seulement à l'identification des différents risques auxquels la population concernée est exposée et des besoins qui en découlent, mais aussi à l'exploration de la réalité de la consommation de drogues dans la rue. En outre, elle permet également de comprendre l'impact que la pandémie provoquée par Covid-19 a eu sur la dynamique tant des utilisateurs de substances psychoactives sans domicile fixe que sur les autorités compétentes qui interviennent, de façon plus ou moins proche, dans ce phénomène. L'échantillon comprend 5 utilisateurs du projet "Rotas com Vida" de l'institution "Norte Vida" et 4 techniciens de proximité de la même institution qui ont un contact quotidien avec cette réalité (N=9). Les entretiens suivent une organisation semi-structurée et ont été administrés soit en personne, en ce qui concerne les utilisateurs, soit virtuellement (à travers la plateforme Zoom), en ce qui concerne les techniciens. L'analyse de contenu a permis d'identifier 9 catégories et 3 sous-catégories.

Les résultats ont mis en évidence les risques et les besoins en matière de santé, de sécurité et de consommation associés à une série de facteurs qui aboutissent presque toujours à la nécessité d'une réponse en matière de logement, ainsi que des réponses plus immédiates et individualisées. En outre, les données ont contribué à une éventuelle caractérisation de cette population et à l'établissement de différences entre les différents groupes qui lui sont associés. Il est également possible de caractériser l'intervention des autorités compétentes, notamment au niveau des équipes de rue, ainsi que les conséquences de la pandémie tant dans cette intervention que dans la vie quotidienne de ses utilisateurs, qui se révèlent peu significatives dans certains paramètres et largement néfastes dans d'autres.

**Mots clés:** consommateurs de substances psychoactives sans domicile fixe, réduction des risques et minimisation des dommages, risques, besoins, équipes de proximité.

## Índice

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução .....                                                                                    | 1  |
| 1. Consumidores de Substâncias Psicoativas em Situação de Sem-abrigo: O outro lado do passeio ..... | 2  |
| 2. Redução de Riscos e Minimização de Danos: A travessia .....                                      | 4  |
| Estudo Empírico .....                                                                               | 8  |
| 1. Metodologia Qualitativa .....                                                                    | 8  |
| 1.1. Participantes .....                                                                            | 8  |
| 1.2. Instrumento de Recolha de Informação .....                                                     | 9  |
| 1.3. Procedimento de Recolha de Dados .....                                                         | 10 |
| 1.4. Procedimento de Análise de Dados .....                                                         | 11 |
| Apresentação e Discussão dos Resultados .....                                                       | 13 |
| 1. Riscos .....                                                                                     | 13 |
| 1.1. Violência Estrutural .....                                                                     | 15 |
| 1.2. Violência Quotidiana .....                                                                     | 16 |
| 2. Necessidades .....                                                                               | 17 |
| 3. Impacto da Pandemia .....                                                                        | 19 |
| 4. Diferenças de Género .....                                                                       | 21 |
| 5. Diferenças Etárias .....                                                                         | 23 |
| 6. Diferenças por Forma de Vida .....                                                               | 23 |
| 7. Intervenção das Entidades Competentes .....                                                      | 25 |
| 8. Estratégias Pessoais .....                                                                       | 27 |
| 9. Caracterização da População .....                                                                | 29 |
| 9.1. Fatores Territoriais .....                                                                     | 31 |
| Considerações Finais .....                                                                          | 33 |
| Referências Bibliográficas .....                                                                    | 36 |

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Anexos</i> .....                                                                 | 41 |
| <i>Anexo A. Códigos Identificativos da Amostra</i> .....                            | 41 |
| <i>Anexo B. Guião de Entrevista Semiestruturada – Técnicos de Proximidade</i> ..... | 42 |
| <i>Anexo C. Guião de Entrevista Semiestruturada – Utentes</i> .....                 | 44 |

## **Abreviaturas**

**SSA** – Situação de Sem-Abrigo

**CSP** – Consumidor(es) de Substâncias Psicoativas

**RRMD** – Redução de Riscos e Minimização de Danos

**PSOBLE** – Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência

## **Introdução**

O conceito de pessoa em situação de sem abrigo (SSA) tem vindo a ser amplamente explorado e inclui um conjunto de possíveis definições que, em última instância, culminam na caracterização de uma população representativa de um extremo absoluto da pobreza e da exclusão social, segundo o qual os sujeitos vivenciam problemas materiais, culturais, sociais, psicológicos e patológicos (Campos, 2010). No presente estudo, o conceito de pessoa em SSA será abordado tendo em conta qualquer sujeito que, independentemente da sua origem racial ou étnica, religião, nacionalidade, idade, sexo, condição socioeconómica, orientação sexual e condição de saúde física e mental, se encontre: “sem teto”, que se refere a pessoas que estão a viver na rua, espaços públicos, abrigos de emergência ou locais precários, ou “sem casa”, que diz respeito a pessoas que integram centros de alojamento temporário para o efeito (ENIPSSA, 2019-2023).

Sabe-se que, quando comparados indivíduos que se encontram em SSA e indivíduos que não experienciam essa situação, são encontrados níveis bastante mais significativos de abuso de álcool e outras drogas na população em SSA, sendo evidente que a utilização de substâncias psicoativas se associa, frequentemente, a uma SSA (Johnson & Fendrich). Individualmente, as duas problemáticas incluem uma série de fatores condicionantes do bem-estar físico e mental do sujeito e, portanto, quando interligadas, representam o exponencial máximo destes constrangimentos, dando origem a uma progressiva desumanização que ocorre num espectro variável, consoante o percurso de vida de cada um, mas que culmina sempre no mesmo sofrimento existencial que afeta o indivíduo a vários níveis. Consumidores de substâncias psicoativas (CSP) em SSA são, portanto, o foco central deste estudo, que visa recolher, explorar e compreender os vários riscos a que esta população está exposta e, da mesma forma, as necessidades que deles decorrem, abordando uma série de temáticas que se relacionam, direta ou indiretamente, com estas dimensões.

## **1. Consumidores de Substâncias Psicoativas em Situação de Sem-abrigo: O outro lado do passeio**

É com elevada frequência que o discurso relativo à população em SSA assume um efeito-sinédoque – segundo o qual os relatos que se referem a este fenómeno são simplificados e representam-no na sua totalidade através de uma característica única da sua minoria que não poderá ser generalizada ao fenómeno no seu todo – que engloba as mais perversas características pessoais, sociais e morais frequentemente atribuídas àqueles que vivem na rua (Aldeia, 2014). O facto é que, mesmo compartilhando a luta pela sobrevivência num contexto hostil, os sujeitos em SSA representam um grupo heterogéneo cujos atores efetuam uma gestão pessoal das suas estratégias diárias que servem um propósito de combate constante a todos os obstáculos e adversidades diárias que a vida na rua impõe, nomeadamente a luta pela satisfação de necessidades humanas básicas, assim como a luta contra a droga e o estigma (Morera *et al.*, 2013). De dentro deste grupo surgem, então, os CSP cuja relação com a droga se evidencia mais destrutiva, a vários níveis, quando aliada à permanência em zonas urbanas ou periurbanas de periferia desqualificada, como são exemplo os bairros sociais, frequentemente caracterizados como problemáticos, e em espaços onde existe uma concentração significativa de pobreza (Mata & Fernandes, 2016). Se, por um lado, o consumo de drogas, como a heroína e a cocaína, andam de mãos dadas com a angústia resultante da privação e do mal-estar incontornável com que esta se manifesta na fronteira do psíquico e do somático (Carvalho, 2010), por outro lado a SSA vem aliada a efeitos nocivos para a saúde mental e a um sentimento de invisibilidade e de exclusão da restante Sociedade, que contribui para uma progressiva baixa-autoestima e para a perceção pessoal de fracasso (Daiski, 2006). Assim, CSP em SSA vivem no limiar de um tormento onde a droga assume um papel anestesiante do resultado que as condições precárias da vida na rua têm no indivíduo, cuja rotina se passa a estabelecer em função da obtenção e consumo de substâncias psicoativas. Os CSP em SSA inserem-se, deste modo, num *loop* praticamente inquebrável, segundo o qual a droga, enquanto núcleo central, assume um papel tanto de manutenção da situação de sem-abrigo, como de escape às consequências que dela advém. Ao se tornarem num membro a tempo inteiro do fenómeno da droga, qualquer CSP vai priorizar tudo aquilo que inclua a obtenção de substâncias psicoativas, contudo, consumidores que se encontram numa SSA estarão, inevitavelmente, menos integrados na Sociedade (Coumans & Spreen, 2003). Assim, CSP em SSA tornam-se parte de uma realidade paralela e descontextualizada da Comunidade que não os impede, contudo, de se

afirmarem, sendo possível constatar que alguns CSP nesta situação realizam, por exemplo, uma personalização do local onde pernoitam organizando, desta forma, uma identidade de lugar (Mata & Fernandes, 2016). São, portanto, atores principais de um contexto de rua onde a calçada representa a cama de uns e o chão de outros que, enquanto atores secundários, preferem o outro lado do passeio, a fim de suprimirem a inevitabilidade de confrontação com uma moralidade social destruturada da qual são participantes ativos.

O facto é que existem vários motivos pelos quais um indivíduo se poderá ver preso à utilização de substâncias psicoativas, sendo que os utilizadores estabelecem determinadas opiniões e/ou sentimentos em relação ao próprio consumo. Destaca-se, deste modo, algumas das opiniões recolhidas por Castro (2019), onde se percebe que, enquanto determinados CSP não pensam nada relativamente ao consumo, outros: gostam, mas têm noção que não podem; consideram que os são consumos errados e não têm sentido; manifestam vontade de parar; apresentam arrependimento após o consumo; não acreditam que deixarão de consumir. Assim, os efeitos ou malefícios associados à utilização de drogas, apesar de encontrarem um ponto comum nos efeitos psicoativos físicos que promovem, dependem, em larga medida, de um conjunto de características referentes ao consumidor, nomeadamente o padrão de consumo e a perceção que o consumidor tem do prazer e dos riscos relativos à utilização de drogas, existindo ainda uma influência das características demográficas, socioeconómicas e culturais do próprio consumidor (Cheung, 2000). Este conjunto de características, quando aplicadas a CSP em SSA, explicam alguns dos riscos a que estes estão sujeitos. Assim, Ribeiro *et al.* (2010) classificam os riscos sugeridos por utilizadores de *crack* (mas que poderão ser generalizados às restantes drogas típicas de um contexto de Rua como, por exemplo, a heroína) em três categorias: riscos resultantes dos efeitos psíquicos da droga; riscos de origem de complicações físicas por consequência do uso da droga; riscos associados à ilegalidade da droga. Estes riscos poderão culminar no risco de violência, segundo o qual uma parte de CSP, numa situação de vulnerabilidade, como a SSA, organizam a sua vida estreitamente em função da droga, segundo relações funcionais que se dirigem à aquisição de substâncias e onde cada sujeito se insere em qualquer nível do fenómeno, sendo que é nestes casos que se encontra um efeito mais nocivo da droga e uma maior desorganização do comportamento que contribui para o estereótipo social em volta do utilizador de drogas (Costa & Pombo, 2011).

Sabe-se que utilizadores de droga apresentam, também, um maior risco de contrair VIH, seja através da partilha direta do material de consumo, seja através de um comportamento indireto de risco associado assim como do impacto que as substâncias

psicoativas têm no sistema imunológico (Antunes & Costa, 2019). De acordo com Negreiros & Magalhães (2005) um dos principais motivos para que a partilha de material de injeção ocorra é a desvalorização dos riscos no momento da ressaca, segundo a qual o consumo ocorre independentemente das condições que têm ao seu dispor e, mesmo que se consciencializem posteriormente dos riscos a que se expuseram, será difícil quebrarem este ciclo, na medida em que a possível ilusão de controlo poderá ser interrompida pela urgência repetida para consumir, enquanto consequência da síndrome de consumo. Os mesmos autores apontam, ainda, a não utilização de preservativo como uma situação de risco acrescido para a contaminação pelo VIH, já que, por exemplo, muitas mulheres CSP envolvem-se em trabalho sexual a fim de suprimirem as suas necessidades de consumo e, portanto, ficam muitas vezes sujeitadas à resistência masculina para utilizar preservativo. Os riscos relativos à droga não se prendem, contudo, apenas com a partilha de material de consumo nem tão pouco com a utilização de drogas por via endovenosa ou com o risco de contração de doenças. Apesar de a habitação se estabelecer como um determinante social fundamental da saúde e, portanto, uma pessoa em SSA terá, inerentemente, consequências negativas ao nível da mesma (Milaney *et al.*, 2021), a exposição constante à violência, as alterações climáticas, as rotinas estabelecidas, o estigma de que são alvo, e a própria dignidade humana da qual são privados, colocam, da mesma forma, esta população numa posição de especial vulnerabilidade cuja erradicação exige a satisfação de uma série de necessidades que, dificilmente, conseguem ser suprimidas.

## **2. Redução de Riscos e Minimização de Danos: A travessia**

É precisamente da tentativa de satisfação de algumas das necessidades desta população que surge a Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) enquanto ponte de travessia para “o outro lado do passeio”. Assim, a RRMD associada a CSP destina-se a reduzir as consequências negativas de comportamentos de risco, sem que para isso exija ao utilizador a abstinência ou a integração em tratamento como pré-requisito, apresentando-se como uma intervenção baseada nos direitos humanos que se compromete a prestar um auxílio eficaz a grupos marginalizados que, ao longo do tempo, se viram privados do mesmo (Tatarsky & Marlatt, 2010). Neste sentido, programas de RRMD distinguem-se de outros programas que intervêm nesta área por não exigirem aos utilizadores do serviço a sua abstinência enquanto condição determinante para o acesso a serviços, da mesma forma que

não exigem a adesão a um determinado serviço enquanto elegibilidade para um outro serviço (Rogers & Ruefli, 2004). Ora, ao priorizar um olhar empático pela situação do outro, a RRMD poderá ser descrita como um conjunto de intervenções que, baseadas na compaixão e no pragmatismo, atuam através de uma perspetiva humanista, segundo a qual os indivíduos irão optar por escolhas mais positivas quando lhes é permitido o acesso a um apoio adequado aliado de educação e empoderamento (Collins *et al.*, 2012).

As equipas de RRMD oferecem, habitualmente, o mesmo tipo de serviços, nomeadamente, um programa de troca de material de injeção, uma abordagem baseada na proximidade e, portanto, que ocorre no próprio contexto, cuidados de enfermagem, apoios a vários níveis (como social e psicológico), encaminhamentos e acompanhamentos para determinados serviços, distribuição de bens alimentares, materiais de higiene e vestuário, rastreios de doenças infecciosas e um programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (PSOBLE) (Almeida, 2015). Realiza-se, portanto, uma intervenção que ocorre a vários níveis, mas onde a prioridade será sempre aquilo que o sujeito assume como tal, ou seja, não cabe ao técnico de proximidade a responsabilidade de decisão daquilo que será favorável ao bem-estar do CSP, mas antes ao próprio, que aliará os seus objetivos aos recursos disponibilizados pela equipa, trabalhando-se sempre no sentido de uma colaboração baseada no sentimento de confiança. O facto é que, a disponibilização de serviços com base na RRMD não pressupõe que, por exemplo, um terapeuta não veja consequências negativas nas decisões do CSP e na sua escolha de continuar a consumir, contudo, existe a consciencialização de que esta não é uma problemática “a preto e branco” e, portanto, uma terapia à base RRMD implica conhecer o sujeito onde ele está e prestar-lhe auxílio até onde ele permitir (Logan & Marlatt, 2010).

O conceito de RRMD ganha a sua visibilidade em finais da década de 80, contudo, na Holanda, viria já a ser estimulado por um conjunto de CSP e apoiado pelo Governo, desde o início dos anos 80. Em Portugal, a expressão de programas de RRMD constituiu um processo lento, caracterizado pelos múltiplos avanços e recuos a que esteve sujeito (Fernandes & Ribeiro, 2002). Desta forma, Barbosa (2009) organiza fases distintas do desenvolvimento desta prática em Portugal, partindo da “clandestinidade” até à eventual legitimação política que, ao contrário do esperado, não foi devidamente acompanhada no terreno por medidas suficientemente adaptadas às práticas de risco e aos diferentes tipos de consumo, por consequência da resistência política e profissional que encontrou no seio do campo da saúde. O autor apresenta, portanto, três fases: a fase clandestina (1977-1992), caracterizada por respostas clandestinas e isoladas que se manifestam como um confronto

com as orientações proibicionistas; a fase experimental (1993-1998), onde surgem várias ações que se propõe a minimizar os riscos relacionados com o consumo de substâncias psicoativas e as práticas sexuais desprotegidas, a partir da vontade dos próprios profissionais; e a fase da legitimação política (1999-2005), correspondente ao processo de legitimação política da RRMD, à discussão pública envolvente e à posterior consagração legislativa, sendo que, nesta fase, não só se encontra a elaboração de diplomas legais reguladores de múltiplos programas e estruturas socio-sanitárias dirigidos à defesa da saúde pública e privada, como também a ocorrência de campanhas de educação para a saúde e a generalização de programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (Barbosa, 2009).

A intervenção na área do consumo de substâncias psicoativas passa, desta forma, a modificar-se em todo o país, mas a maior expressão destas mudanças encontra-se, inevitavelmente, no Porto e em Lisboa. No que concerne ao panorama do Porto, concretizou-se o desenvolvimento e a implementação de vários programas dirigidos a diferentes problemáticas que beneficiariam da RRMD e destacam-se, aqui, as equipas de rua, cuja ação estaria, inicialmente, dirigida para ações preventivas junto de jovens, mas que alargaram, posteriormente, a sua atuação a outros grupos mais vulneráveis, tendo a sua intervenção contribuído para uma aproximação com cidadãos marginalizados e socialmente excluídos e, assim, para a sua inserção social (Dias, 2007). É neste sentido que, surge, financiado pelo SICAD, o Projeto Rotas com Vida, da Instituição Norte Vida, cujos beneficiários se apresentam como CSP em situação de exclusão social, vulnerabilidade, precariedade extrema e, possivelmente, numa SSA. Tratam-se, portanto, de utilizadores de droga que ocupam bairros sociais da parte Ocidental da cidade do Porto (Norte Vida, 2021), e que beneficiam de uma intervenção assente na melhoria da sua qualidade de vida, através de programas de RRMD associados não só ao consumo de drogas, como a práticas sexuais. A intervenção é, desta forma, realizada segundo dois grandes eixos: um eixo de intervenção direta com os atores sociais do território em questão e um eixo baseado no trabalho que é feito através do acompanhamento de determinados CSP a diferentes estruturas com quem a equipa estabelece protocolos (Mata & Fernandes, 2016).

Assim, a partir de 2001, ao proceder à descriminalização de todas as drogas, inclusive da heroína e da cocaína, Portugal liberta os seus cidadãos do medo associado à perseguição do uso de drogas, através de uma mudança para uma abordagem baseada na RRMD que melhorou, significativamente, o panorama social relacionado com o consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente ao nível da mortalidade e da transmissão de doenças em

consequência do consumo de drogas (Greenwald, 2009). Contudo, apesar destas melhorias, o facto é que as estatísticas frequentemente observadas nem sempre refletem a totalidade do fenómeno da droga, sobretudo no que toca ao envolvimento de uma população mais vulnerável e com menos visibilidade, como é o caso dos sujeitos em SSA. Esta é uma problemática com uma forte influência na vida e, sobretudo, no bem-estar físico e psicológico dos seus atores principais, na medida em que CSP em SSA se encontram expostos a uma variedade de riscos (como, por exemplo, o risco de exposição à violência ou de contração de doenças infecciosas, referidos anteriormente) aos quais vêm aliadas múltiplas necessidades (necessidade de habitação ou de implementação de salas de consumo vigiado, por exemplo) cuja responsabilidade depende, muitas vezes, e quase exclusivamente, das entidades que se associam a uma abordagem baseada na RRMD. Existem, contudo, outras entidades intervenientes (como entidades políticas e policiais, serviços de saúde, serviços sociais, etc) que, mesmo não atuando, necessariamente, com base neste tipo de abordagem, contactam de perto com o fenómeno do consumo e tráfico de droga e, portanto, terão um impacto igualmente significativo no dia-a-dia desta população. É neste sentido que se reconhece a pertinência de explorar esta problemática segundo duas vertentes – riscos e necessidades – recorrendo às perspetivas dos próprios CSP em SSA e de técnicos de proximidade, cuja atuação lhes capacitou de um aprofundado conhecimento daquela que é a realidade da população em estudo.

## **Estudo Empírico**

### **1. Metodologia Qualitativa**

Após uma recolha de literatura acerca de CSP em SSA e, nesse sentido, também acerca de RRMD na área do consumo de drogas, foi evidente a escassez de literatura que representasse os riscos a que esta população está exposta e, por consequência, as suas necessidades. Sendo que não foi encontrada nenhuma literatura que se referisse, pelo menos diretamente, a esta temática, aumentou, então, o interesse pela exploração da mesma, tendo-se tornado objeto de estudo.

Tratando-se de uma temática pouco desenvolvida e, em parte, subjetiva, optou-se por uma metodologia qualitativa, de carácter exploratório. Esta metodologia direciona o seu foco, primeiramente, para o significado, ou seja, é utilizada quando se pretende uma melhor compreensão daquilo que é a experiência dos participantes e do que esta significa para eles (Willig, 2012). Assim, o principal foco será a compreensão deste objeto de estudo através de um método que se caracteriza não só pela extração de dados objetivos do *corpus* como, sobretudo, pela identificação e posterior análise de significados, temas e padrões que permitem uma compreensão científica da realidade social em estudo (Zhang & Wildemuth, 2009)

#### **1.1. Participantes**

Com o intuito de recolher dados relativos às perspetivas e experiências não só de CSP em SSA, mas também de profissionais que contactem diretamente com esta população, especificamente através de equipas de proximidade, optou-se por uma recolha de participantes por conveniência.

O contacto com os participantes decorreu, inicialmente, aquando do Estágio Curricular na Instituição Norte Vida, tendo sido beneficiado pelas interações com profissionais integrantes da Instituição e com utentes que pertencem ao projeto “Rotas com Vida” (o que não invalida o seu contacto com os restantes técnicos da Instituição). Assim, foi possível contar com a colaboração de 4 técnicos de proximidade e de 5 utilizadores de droga em SSA (N=9) aos quais foram atribuídos códigos identificativos, a fim de preservar a confidencialidade da amostra (Anexo A).

O grupo de profissionais é, no seu todo, do género feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 42 anos. As participantes representam diferentes áreas de intervenção, tendo sido entrevistadas: uma enfermeira, duas psicólogas, e uma coordenadora técnica (do projeto “Rotas com Vida”) com formação em Serviço Social. A experiência destas profissionais em RRMD varia entre os 7 e os 15 anos, sendo que apenas TE trabalhou numa outra Instituição, da mesma área, que não a Norte Vida – a Cruz Vermelha.

Os utentes são, na sua maioria, homens, tendo sido possível contar com a colaboração de apenas uma mulher (UM). As suas idades variam entre os 35 e os 54 anos, sendo que todos eles estão inscritos em PSOBLE, no projeto Rotas com Vida, do qual fazem parte há, pelo menos, 2 anos e, no máximo, há 18 anos. Sabe-se que apenas UH1 não mantém contacto com a sua família, da mesma forma que apenas UH4 não é beneficiário de nenhum tipo de apoio social, atendendo que os restantes utentes beneficiam do Rendimento Social de Inserção.

## **1.2. Instrumento de Recolha de Informação**

Tendo em conta a natureza complexa do fenómeno em estudo, tanto pela sua subjetividade, como pela sua amplitude temática, optou-se pelo uso de entrevistas semiestruturadas, direccionadas tanto a profissionais de proximidade, como a CSP em SSA. Este tipo de entrevistas garante uma abordagem mais flexível, que permite ao investigador abordar uma série de questões pouco estruturadas, ao mesmo tempo que possibilita a exploração de temas que surgem espontaneamente da parte do entrevistado (Ryan *et al.*, 2009). Desta forma, priorizou-se o uso de questões abertas que permitissem ao entrevistado explorar as dimensões temáticas em questão, segundo uma perspetiva pessoal decorrente da experiência de cada um, quer enquanto sujeito passivo do fenómeno estudado, quer enquanto sujeito emergido nesta realidade.

Os guiões (Anexos B e C) diferem apenas em algumas perguntas relativas a dados descritivos de ambas as partes, sendo que o guião referente aos utentes possui 17 questões, enquanto as profissionais responderam a 15 questões. A construção das entrevistas semiestruturadas teve por base os seguintes objetivos de investigação: explorar os riscos a que CSP em SSA estão expostos, assim como as necessidades que, à partida, decorrem destes mesmos riscos; perceber em que medida as perspetivas de técnicos de proximidade se assemelham à realidade do próprio CSP em SSA; averiguar a possibilidade de existência de diferenças de género e/ou etárias, no que toca aos riscos a que CSP em SSA estão expostos, assim como as necessidades que lhes são inerentes; perceber em que medida o estilo de vida

poderá influenciar CSP, nomeadamente no que toca aos seus riscos e necessidades; compreender a intervenção que é feita pelas Entidades Competentes no fenómeno em questão; explorar as estratégias adotadas pelos CSP em SSA no seu dia-a-dia que, intencionalmente ou não, reduzem os riscos a que estão expostos e suprimem as suas necessidades; perceber em que medida a pandemia causada pelo COVID-19 impactou a vida da população em questão, assim como a atuação das Entidades Competentes; compreender a dimensão refletiva referente a possíveis estratégias necessárias que possam combater os riscos a que CSP em SSA estão expostos, e que, dessa forma, satisfaçam as respetivas necessidades, quer pela parte dos profissionais de proximidade, quer pela parte da população em questão.

### **1.3. Procedimento de Recolha de Dados**

A recolha de dados iniciou-se com a pesquisa de literatura científica que permitisse um mais vasto conhecimento de temas como: o consumo de substâncias psicoativas; pessoas em SSA, vulnerabilidade e/ou exclusão social; redução de riscos e minimização de danos; entre outros. Após esta primeira fase de recolha de literatura, procedeu-se à tentativa de procura de informação científica acerca dos riscos a que CSP em SSA estão expostos e às suas respetivas necessidades. Não tendo sido encontrado conteúdo relevante, a pesquisa continuou direcionada para determinadas temáticas isoladas que permitissem, na sua análise enquanto um todo, uma maior compreensão do tema.

Aliada a esta pesquisa científica esteve, também, a experiência possibilitada pelo Estágio Curricular desenvolvido na Norte Vida (em concreto, no projeto Rotas com Vida), e a posterior manutenção do trabalho desenvolvido, mas enquanto voluntária. Assim, o contacto recorrente com os utentes do Rotas com Vida e com os profissionais cuja experiência é já bastante significativa, permitiu um mais alargado conhecimento daquilo que são as vivências desta população, ao que estão sujeitos e do que precisam. Neste sentido, tanto a revisão literária como o contacto próximo com a realidade estudada, possibilitaram a construção dos guiões respetivos à entrevista semiestruturada.

As entrevistas realizaram-se tanto por videochamada (através da plataforma Zoom), como presencialmente sendo que, em ambos os casos, o consentimento para a gravação das entrevistas foi obtido verbalmente. Da mesma forma, todos os participantes contaram com uma exploração introdutória do tema, com o intuito de os contextualizar e focalizar.

#### 1.4. Procedimento de Análise de Dados

Para a análise dos dados recolhidos optou-se por uma análise de conteúdo, baseada num sistema de categorias. Esta possibilita uma integração de significados, intenções, consequências e contextos, a fim de aumentar a qualidade das inferências obtidas, relacionando as categorias existentes com o contexto ou ambiente que deram origem aos dados (Downe-Wamboldt, 1992). Importa, no entanto, que o sistema de categorias assegure uma heterogeneidade suficiente entre categorias e, por outro lado, uma homogeneidade no conteúdo intrínseco a cada uma. Assim, este sistema será capaz de definir os atributos fulcrais de categorias específicas, ao mesmo tempo que permite a distinção das semelhanças e diferenças entre cada categoria (Downe-Wamboldt, 1992).

Desta forma, iniciou-se uma pré-análise, segundo a qual os dados obtidos a partir das entrevistas materializaram-se na transcrição de todas elas, que foi auxiliada pelas gravações de áudio existentes. Seguiu-se, portanto, a leitura e exploração atenta do conteúdo das entrevistas, no sentido de possibilitar a identificação de categorias que, pela sua frequência e relevância, atribuíssem um sentido e uma interpretação ao *corpus* corrente. Este procedimento possibilitou, desta forma, a definição de categorias por meio indutivo, na medida em que foram sendo identificadas, gradualmente, a partir da frequência dos temas focados

Assim, a análise de conteúdo culminou na identificação de 9 categorias e de 3 subcategorias, descritas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Sistema de Categorias e Subcategorias*

| Categorias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Subcategorias                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Riscos:</b> excertos que caracterizem os riscos a que CSP em SSA estão expostos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Violência Estrutural:</b> excertos que representem, direta ou indiretamente, a violência estrutural a que CSP em SSA estão expostos.<br><b>Violência Quotidiana:</b> excertos que representem, direta ou indiretamente, a violência quotidiana a que CSP em SSA estão expostos. |
| <b>Necessidades:</b> excertos que descrevam as necessidades de CSP em SSA (que decorrem, quase inerentemente, dos riscos a que estão expostos) e as estratégias que poderiam ser implementadas no sentido de satisfazer estas mesmas necessidades. Estas necessidades poderão ser expostas não só através do relato daquilo que a população precisa, mas também daquilo que a população não tem e que, dessa forma, subentende-se que precisa. |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Impacto da Pandemia:</b> excertos que se refiram ao impacto que a pandemia causada pelo Covid-19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

---

teve no fenómeno em questão, quer ao nível dos próprios CSP em SSA, quer ao nível da atuação das Entidades Competentes.

---

**Diferenças de Género:** excertos que evidenciem as diferenças existentes entre CSP em SSA em função do seu género.

---

**Diferenças Etárias:** excertos que evidenciem as diferenças existentes entre CSP em SSA em função da sua idade.

---

**Diferenças por Forma de Vida:** excertos que evidenciem as diferenças existentes entre CSP em SSA e outros consumidores de substâncias psicoativas que não se encontram nessa situação (e que têm, à partida, para além de uma casa, uma vida mais bem estruturada).

---

**Intervenção das Entidades Competentes:** excertos que caracterizem o trabalho, estratégias, ações e intervenções realizadas pelas Entidades Competentes, assim como pelos técnicos que nelas participam e que contactam, de perto, com o fenómeno (por exemplo, as equipas de proximidade, as entidades policiais, os serviços de saúde, etc), no sentido de reduzir os riscos a que CSP em SSA estão expostos, e de satisfazer as necessidades desta mesma população.

---

**Estratégias Pessoais:** excertos que caracterizem as estratégias pessoais de que os CSP em SSA usufruem para que possam combater os riscos a que estão expostos e, no mesmo sentido, satisfazer as suas próprias necessidades.

---

**Caracterização da População:** excertos que caracterizem, com maior ou menor pormenor, CSP em SSA, assim como as suas dinâmicas e experiências pessoais, inclusive experiências associadas à discriminação, estigma e/ou preconceito de que são alvo.

---

**Fatores Territoriais:** excertos que evidenciem a influência de fatores territoriais na expressão do fenómeno do consumo e tráfico de substâncias psicoativas, associado à SSA em que se encontra esta população.

---

## **Apresentação e Discussão dos Resultados**

Ao longo deste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos através da análise de conteúdo, ou seja, serão exploradas as diferentes categorias e subcategorias identificadas com o recurso a excertos exemplificativos de cada uma e a literatura que sustenta os resultados encontrados. Os entrevistados são representados por TE, TP1, TP2 e TSS, no que se refere às técnicas de proximidade, e por UH1, UH2, UH3, UH4 e UM, no que toca aos utentes (Anexo A).

### **1. Riscos**

De uma forma geral, os riscos referidos pelos entrevistados podem ser organizados em três dimensões: saúde, segurança e consumo. Estas dimensões não constituem, contudo, uma subcategoria, na medida em que estabelecem uma relação de dependência e, portanto, não poderiam ser avaliadas separadamente. Porém, e uma vez que a droga se apresenta como um analisador significativo das relações entre violência quotidiana e violência estrutural (Fernandes & Ramos 2010), foi possível isolar estas duas subcategorias, que serão posteriormente analisadas.

Na análise dos dados conclui-se que os utentes reconhecem, mais facilmente, os riscos inerentes à saúde, como se verifica nos seguintes excertos: “são as doenças infectocontagiosas, tuberculose, anda aí muita tuberculose” (UH1); “corro risco de contágio de hepatites e (...) doenças assim” (UH2). Esta população é, de facto, significativamente mais vulnerável a dificuldades médicas, devido ao seu estilo de vida desestruturado, às agressões climáticas a que estão sujeitos, a uma higiene pobre, ao risco acrescido de traumatismos e à malnutrição (Fernandes *et al.*, 2019).

Para além disso, refletem sobre os riscos associados ao consumo, sendo que, como refere UM, “pessoas que compram e que vão consumir, por exemplo, à viela (...) com outras pessoas... correm o risco de ser roubadas, correm o risco até de (...) pensar que estão a fumar (...), por exemplo, heroína ou cocaína e estão a fumar outra coisa totalmente diferente”. Ora, um dos fatores mais preocupantes relativo à heroína de rua é, precisamente, a possibilidade de existirem alguns contaminantes na substância já que, nos dias de hoje, é

frequente a adulteração da heroína ilícita, nomeadamente através do uso de opióides mais fortes e, portanto, também mais prejudiciais do que a própria heroína (Hart, 2021).

Também as profissionais de proximidade relatam com alguma frequência os riscos relativos a questões de saúde, mencionando o risco de “contrair algumas doenças infecciosas, mas também (...) outras doenças” (TSS). Algumas dessas outras doenças incluem, por exemplo, doenças ao nível da pele, tendo sido encontrados por Fernandes e colaboradores (2019) dados que apontam para uma grande incidência de problemas nos pés, sobretudo no que toca a micoses e calosidades. Para além disso, às doenças físicas acrescem as doenças mentais, nomeadamente perturbações de humor, duplo diagnóstico, alterações de personalidade, alcoolismo, toxicodependência, perturbações psicóticas e, ainda, quadros demenciais (Quintas, 2010).

Na perspetiva das profissionais, o risco da contração de algumas doenças decorre não só do consumo de substâncias, mas também de tudo aquilo que está inerente a uma SSA, como: as condições de higiene precárias – “cuidados de higiene, zero” (TSS); a exposição constante à rua enquanto contexto – “«esteja a dormir ou esteja sol vou dormir em condições precárias»” (TP2); e às barreiras impostas pelos Serviços de Saúde, e outras Entidades, como será abordado posteriormente na subcategoria Violência Estrutural. No mesmo sentido, as entrevistadas mencionam os riscos associados ao consumo que, inevitavelmente, se associam a uma maior probabilidade da contração de doenças. Estes consumos são caracterizados como sendo agressivos para o indivíduo a vários níveis, nomeadamente ao nível físico e psicológico e, portanto, “agressivo (...) para o indivíduo (...) como um todo, em todas as situações” (TSS). Contudo, é possível verificar que as profissionais concordam que o cerne da questão não se encontra no consumo de substâncias em si, mas antes na forma como este consumo é realizado, sobretudo quando aliado a uma SSA – “eu acho que o problema não é tanto o consumo, o problema é todos os riscos inerentes à utilização de substâncias” (TP1).

Intrinsecamente associada à saúde e ao consumo está, claro, a segurança dos CSP em SSA. TE aborda esta dimensão de forma mais específica, relatando que “estas pessoas estão extremamente inseguras”, não só devido aos riscos supracitados, mas, também, “porque não existem entidades (...) que as protejam”. Assim, por estarem indefesos e socialmente vulneráveis, estes sujeitos apresentam-se como um alvo preferencial da agressão de jovens, vendedores e polícias, podendo ser comparados a bodes expiatórios que, não tendo ninguém que os defenda, assumem um papel de vítima contrário à figura ameaçadora com que a Comunidade os perceciona (Fernandes & Ramos, 2010).

Verifica-se, portanto, que esta população está exposta a uma série de riscos, “desde o ponto de vista... social, (...) riscos físicos, riscos biológicos, riscos mentais, riscos psicossociais, (...) a violência, a marginalidade, estigmatização” (TP1), sendo que, de alguma forma, qualquer um deles se poderá relacionar com o outro. Ora, esta inevitabilidade dá origem a um círculo vicioso, segundo o qual os CSP em SSA experienciam um sofrimento incapacitante que os mantém presos a este contexto.

### **1.1. Violência Estrutural**

A violência estrutural pode ser interpretada como uma ofensa crónica à integridade humana, com origem em estruturas políticas e económicas da Sociedade, que ganha expressão através da vitimização decorrente da opressão política, subjugação social ou exploração económica (Barbosa, 2013) e que se reflete em situações desvantajosas que se fixam com maior amplitude em determinadas franjas da população (Fernandes, 2014). Este tipo de violência foi identificado nos excertos através, sobretudo, da perceção que os participantes adotam de alguns Serviços e da atuação policial.

No geral, os utentes focam o seu discurso na atuação policial, não manifestando particular indignação com o funcionamento dos Serviços. UM evidencia, assim, a sua frustração relativamente a intervenções policiais segundo as quais os agentes de autoridade apreendem a droga que se encontra na posse de CSP: “Se nós formos comprar e a polícia nos encontrar nessa altura nós ficamos sem nada” (UM). Apesar de a violência policial poder ser interpretada como um tipo de violência quotidiana quando existem, consistentemente, agressões físicas direcionadas aos CSP em SSA (Fernandes, 2014), ela é aqui interpretada como violência estrutural, na medida em que representa o estigma enraizado nas próprias ações governamentais dirigidas a esta problemática (ou falta delas) que, desta forma, institucionalizam este tipo de violência.

Se, por um lado, as técnicas de proximidade referem de igual forma problemas relacionados com a atuação policial – “«ou a polícia acabou por fazer (...) uma ação de limpeza e fiquei sem os meus pertences»” (TP2) –, por outro, as profissionais focalizam o seu discurso na falta de sensibilidade existente por parte das estruturas que, não estando diretamente associadas ao fenómeno ou não tendo um contacto próximo com o mesmo, acabam por discriminar os utentes, condicionando a sua intervenção e a possível adesão dos sujeitos: “os próprios utentes não querem ir sozinhos aos Serviços por (...) sentirem que são estigmatizados” (TP2); “existe ainda um olhar, dos serviços de saúde e das respostas sociais, discriminatório” (TP1). Procedimentos como o excesso de burocracia e/ou intervenções

morosas e temporalmente extensas são apontados como um impedimento significativo na adesão desta população aos Serviços, destacando-se o seguinte excerto: “se tivesse simplesmente na rua a viver e precisasse de uma resposta, eu ter de contar (...) a história da minha vida, que não é bonita, que é uma história triste, (...) que é uma história que me frustra, que é uma história que eu percebo que se calhar poderia ter feito alguma coisa diferente, mas não tive capacidade para isso, ter que a contar quinhentas mil vezes a técnicos sempre diferentes, eu acho isto (...) duma violência (...) que acredito que pode prejudicar até a adesão destas pessoas a estas respostas.” (TE). Estes dados justificam o facto de muitas vezes, CSP em SSA serem pouco recetivos à adesão a determinados Serviços, nomeadamente de habitação, ou por pretenderem evitar o estigma associado a esses Serviços ou, então, por considerarem que não existe nenhuma resposta disponível que seja apropriada às suas necessidades (Neale & Kennedy, 2002).

Importa, assim, que estas estruturas se adaptem ao fenómeno em questão e, sobretudo, às pessoas com que contactam, mesmo que não diariamente, a fim de direccionar o seu foco para o utente e não para o Serviço em si mesmo – “as estruturas estão focadas nelas próprias, portanto, o utente é que tem de se adequar” (TP1) – na medida em que, este tipo de violência poderá servir de impulsionador da criação de um contexto onde outras formas de violência serão estimuladas (Barbosa, 2013), prejudicando significativamente as populações de que dela são alvo.

## **1.2. Violência Quotidiana**

A violência quotidiana relaciona-se às interações micro e à forma como a prática e expressão da violência é sentida nessa esfera (Fernandes, 2014). Os utentes relatam este tipo de violência com base, sobretudo, na discriminação de que são alvo e em como esta se manifesta no seu dia-a-dia. Assim, os CSP em SSA aparentam ter uma maior consciência deste tipo de violência (ao contrário da violência estrutural), talvez porque esta é aquela com que contactam mais diretamente, já que se apresenta como um tipo de violência que ocorre de forma mais dramática e pessoal onde as relações entre o sujeito, a ação e o objeto são facilmente observáveis (Barbosa, 2013): “estamos na rua não é, as pessoas começam (...) a rejeitar-nos e a ser agressivas e (...) inclusive até a atravessar a rua para o lado de lá”; “Somos apontados, somos (...) um lixo tóxico que as pessoas (...) varrem para o lado” (UH1).

Poder-se-á dizer que “esta gente é violentada todos os dias” (TE), por diversos atores e através de diferentes tipos de agressões. Assim, o seu dia-a-dia é marcado por incerteza –

“se as coisas vão estar lá ou alguém mas roubou” (TP2) –, por agressões físicas – “questão diária da violência face aos traficantes” (TSS) –, e por agressões psicológicas que se dirigem, na perspetiva de TSS, não só para os CSP em SSA mas também para as próprias equipas de proximidade, referindo: “a violência dos moradores, (...) da Comunidade, aumentou também quer contra os utilizadores de drogas, quer contra os profissionais das equipas”. Isto justificar-se-á pelo facto de a RRMD aplicada ao consumo de drogas ser, frequentemente, recebida com bastante resistência por parte da Comunidade já que argumentos baseados na suposição de que estas intervenções incentivam o uso de drogas contínuo, prejudicando significativamente a Comunidade, são bastante comuns (Hawk *et al.* 2017).

## 2. Necessidades

As necessidades de CSP em SSA são perspetivadas pelos entrevistados dos dois grupos de forma muito semelhante, porém, ambos divergem bastante na sua abordagem. Isto é, enquanto as técnicas de proximidade relatam com pormenor quais são as necessidades desta população e explicam qual a relevância de satisfazer cada uma delas, os utentes são bastante mais sucintos, resumindo o seu discurso a duas necessidades fulcrais: salas de consumo assistido e alojamento. No que toca às salas de consumo assistido, sublinham-se os seguintes excertos: “Como consumidor, havia de haver aqui uma sala de chuto (...) para termos mais segurança, para sermos acompanhados, para termos (...) outra dignidade” (UH1); “por exemplo, haver uma sala de chuto, ou haver sítios (...) onde o pessoal (...) possa consumir.” (UH2). UM defende o seu ponto de vista garantindo que, com a existência de salas de consumo vigiado, “não havia os restos de kits por aí semeados” e realça, ainda, que “cada bairro havia de ter pelo menos uma sala de consumo”. Ora, percebe-se que os utentes compreendem o objetivo das salas de consumo, que se apresentam não como um centro de tratamento para a toxicodependência nem como um serviço primário ou de assistência social, mas antes como um espaço orientado para a resolução de problemas sanitários e sociais específicos de utilizadores de substâncias psicoativas que estão expostos a vários riscos (Ilundain & Markez, 2005). Paralelamente, no que respeita ao alojamento, será possível relevar os seguintes excertos: “[as necessidades] é o banho, sítio para dormir” (UH4); “o que falta, na minha ótica, ajudar mais a nível habitacional” (UH3). Esta necessidade de alojamento, mencionada tanto por utentes como pelas técnicas, vai de

encontro aos dados de Viegas (2013), onde a maioria dos participantes assume o abrigo como necessidade prioritária de alguém que vive na rua.

As profissionais de proximidade referem, igualmente, a necessidade de salas de consumo assistido, “para dar dignidade a todos” (TE) e focam, também, o seu discurso na importância da garantia de alojamento, sendo que esta é uma resposta vista como prioritária: “desde saírem da situação de sem abrigo, (...) portanto, as questões do *Housing First*, eu acho que é fundamental, é uma resposta que, no meu entendimento, é prioritária” (TP1). Importa referir que o Projeto *Housing First Europe* foi fundado entre 2011 e 2013 e remete para um projeto de experimentação social, segundo o qual pessoas em SSA com necessidades complexas são providenciadas com um acesso imediato a habitação autónoma a longo prazo e com um suporte intensivo (Busch-Geertsema, 2013). Em Portugal, o primeiro projeto deste âmbito (o “Casas Primeiro”) foi implementado em Lisboa, em 2009, e foca-se na estabilidade habitacional, na recuperação e na integração na Comunidade, oferecendo serviços individualizados que são planeados de acordo com as necessidades e preferências individuais de cada um (Duarte *et al.*, 2019).

A resposta de alojamento idealizada pelas entrevistadas seria, então, “uma estrutura que fosse capaz de dar esta resposta das necessidades básicas sem marcação prévia” (TP2), ou seja, é defendida a necessidade de respostas que permitam aos utentes a sua adesão, “de forma mais célere, sem tantas condicionantes” (TP1). É, ainda, pertinente uma resposta intercalar que garanta o bem-estar e a adesão de utentes que, ainda numa SSA, decidem integrar um Centro de Acolhimento ou um Centro de Tratamento: “acho que é necessário ter uma resposta intercalar entre eu que estou na rua a consumir e eu que até quero ir para o Centro de Acolhimento ou para um Centro de Tratamento ou para uma Comunidade Terapêutica” (TE).

No que toca às salas de consumo vigiado, estas são vistas pelas técnicas como insuficientes por si só, sendo necessárias respostas complementares que satisfaçam algumas das restantes necessidades desta população: “Acho que faz sentido completar a sala de consumo com um espaço, para se houvesse essa necessidade, e o utente quisesse, haver apoio social e apoio psicológico, apoio médico. Ter também espaço (...) para esta questão de... mais de higiene (...) e da alimentação” (TSS).

Sublinha-se, ainda, a necessidade de proximidade das respostas, no sentido em que, como refere TP1, “as respostas sociais, em vez de estarem em gabinetes longínquos, assim como as respostas médicas, (...) deviam estar nos locais onde estas problemáticas existem”. Para além desta proximidade, é fundamental que existam “respostas mais específicas” e

“mais diferenciadas”, como menciona TP2, para que seja possível uma intervenção única e exclusiva das necessidades de cada utente.

### **3. Impacto da Pandemia**

As problemáticas associadas a substâncias psicoativas são mais frequentemente evidentes em grupos marginalizados, como os CSP em SSA, sendo que existe uma probabilidade significativa de estes grupos se terem visto financeiramente desfavorecidos à custa das medidas de distanciamento social (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2021). Contudo, não foi apenas ao nível financeiro que se sentiram as repercussões da pandemia na vida desta população e na intervenção que com ela é feita.

As opiniões relativas ao impacto que a pandemia teve na atuação das Entidades Competentes são, de algum modo, contraditórias entre profissionais e utentes. Isto é, se por um lado as técnicas de proximidade concordam que “os utentes ficaram (...) muito mais desprotegidos” (TSS) e que “existiram ainda mais restrições face ao que já era difícil” (TP1), por outro, os CSP em SSA apontam a intensificação da ajuda proveniente de algumas instituições: “as ajudas mesmo a nível de (...) instituições (...) acho que está (...) mais focado para aquilo que são: ajudar. (...) E antes era mais para o negócio” (UH3). Contudo, estas opiniões não são unânimes, havendo pormenores importantes de analisar.

Em primeiro lugar, os utentes, apesar de sentirem um maior auxílio por parte de algumas Entidades, sublinham uma distinção entre Entidades que, na sua ótica, os desprezaram e abandonaram - “desprezaram-nos, e abandonaram-nos. (...) tirando (...) uma entidade ou outra” (UH4) – e Entidades que lhes forneceram um maior apoio – “tivemos mais (...) apoios em relação a isso [às equipas de proximidade]” (UM). Estes dados poder-se-ão justificar pelo facto de os utentes se terem apercebido do esforço feito por equipas de proximidade para manter a sua presença diária na rua, nomeadamente a equipa do projeto “Rotas com Vida”, enquanto outras Entidades e serviços viram a sua atuação especialmente condicionada pelos obstáculos impostos durante a pandemia do Covid-19. Assim, ao priorizar a capacidade de resposta incondicional, mesmo durante a pandemia, as equipas de proximidade eram a primeira, e muitas vezes, única entidade a que os utentes recorriam: “começaram a recorrer mais às equipas que estão no terreno porque não conseguiam aceder a nenhum serviço” (TP2). Contudo, mesmo reconhecendo o esforço feito pelas equipas, são também reconhecidas as suas limitações: “as únicas armas que nos podiam dar, não é, era

(...) uma máscara, (...) um desinfetante, e pouco mais” (UH1). Ainda assim, os utentes mostram-se satisfeitos com a atuação das equipas que, na sua perspetiva, demonstraram uma maior atenção para com as suas necessidades – “Eu pelo menos não tenho razão de queixa, só tenho a agradecer” (UH2).

As técnicas de proximidade não consideram que o esforço das Entidades Competentes tenha sido um esforço suficientemente significativo e eficaz: “se calhar podia ter havido um esforçozinho maior, para responder (...) às necessidades desta população” (TE). Realçam, portanto, a redução da capacidade resposta por parte de hospitais – “até os próprios hospitais tiveram que reduzir aqui algumas respostas porque tiveram (...) que orientar essas respostas (...) para Covid” (TSS) – e outros serviços públicos – “ir a uma loja de cidadão deixou de ser fácil, ir a um centro de emprego deixou de ser fácil” (TP2). Numa perspetiva pessoal, as técnicas concordam, também, que “as respostas que foram desenhadas (...) não foram totalmente adequadas às pessoas em SSA” (TSS), na medida em que as medidas de contenção e proteção decorrentes da situação pandémica não poderiam, nunca, ser totalmente cumpridas por pessoas cujo acesso a, por exemplo, material de proteção (como máscaras e gel desinfetante) é escasso e depende, quase exclusivamente, dos recursos das equipas de proximidade, “que são (...) escassos” (TP1). Para além disso, comportamentos como a falta de distanciamento social ou a impossibilidade de higienização adequada tornam propícia a disseminação da doença entre CSP em SSA: “quando falamos de coisas como distanciamento social ou higienização das mãos eu acho que é muito complicado para uma pessoa (...) que se encontra em SSA ter estes cuidados de higienização das mãos, vai fazê-lo exatamente onde?” (TP1). Contudo, surpreendentemente, verificou-se uma taxa muito reduzida de infetados e, até, de mortes entre esta população durante a situação pandémica: “nós sabemos que existiram mortes (...) entre consumidores, mas é assim, se formos a ver, foi residual, pelo menos aqueles que nós conhecemos” (TSS). Da mesma forma, UH4 chega até a referir: “nós nem demos fé de nada disso [a pandemia]. Acredita!”, o que poderá ser justificado pelo facto de as rotinas diárias desta população divergirem, em larga medida, daqueles cujo trabalho, escola e atividades de lazer foram condicionados significativamente durante o auge da pandemia em Portugal.

No entanto, é possível verificar que as consequências do alastramento do Covid-19 no país foram sentidas pelos CSP em SSA em segunda mão. Isto é, apesar de as suas rotinas não terem ficado, diretamente, dependentes das medidas impostas pelo Governo, ficaram dependentes do condicionamento da circulação populacional a que estas deram origem. Ou seja, tendo em conta que grande parte desta população está associada a atividades como

mendicidade, trabalho sexual e/ou arrumação de carros, é notável a impossibilidade da permanência destas dinâmicas na medida em que, durante algum tempo, o número de pessoas que circulavam na rua era quase nulo, sendo possível destacar os seguintes excertos: “estando tudo mais parado, ou havendo menos pessoas na rua, havendo menos comércio, havendo menos (...) serviços a funcionar há menos pessoas a quem pedir dinheiro, (...) menos carros para estacionar, há menos restaurantes a quem ir pedir algumas sobras, há menos tudo” (TSS); “O trabalho sexual, por exemplo, das utilizadoras, fica condicionado.” (TP1). Também os utentes têm consciência desta consequência decorrente da pandemia, relevando não tanto a doença em si e a sua disseminação, mas antes as condicionantes que ela veio trazer às suas dinâmicas de sobrevivência: “O desânimo e a própria vontade (...) das pessoas quererem fazer-se à vida (...) e não conseguirem, sabes?” (UH2).

Apesar disso, é notável a incrível capacidade de adaptação dos CSP em SSA a todos estes impedimentos, tendo este período contribuído para a sua autonomização, na medida em que, não sendo possível a realização de dinâmicas que impliquem um contacto próximo (como, por exemplo, acompanhamentos a diferentes Serviços), os utentes passaram a assumir a responsabilidade de se dirigirem sozinhos aos Serviços, adaptando os seus horários e enfrentando a discriminação de que, muitas vezes, são alvo. Até no próprio contacto com os técnicos de proximidade, os utentes foram capazes de se adaptar às novas condições, cumprindo, geralmente, as regras de distanciamento e utilizando os materiais de proteção necessários (e possíveis): “Eles chegam à carrinha, já trazem máscara (...) Pedem máscara!”; “eu acho que os utentes estão a aderir de uma forma mais autónoma a algumas respostas (...) que não aderiam. Olha, vão sozinhos às análises, vão aos hospitais e não sei o quê” (TSS).

#### **4. Diferenças de Género**

Sabe-se que o género está significativamente relacionado com algumas esferas da SSA, nomeadamente no que toca às experiências vividas, a mecanismos causais, à relação entre a SSA e maternidade e à utilização dos serviços de apoio disponíveis, contudo, a investigação acerca de mulheres nesta situação em Portugal é ainda escassa (Nobre, 2020).

As diferenças entre homens e mulheres no que toca aos seus riscos e necessidades, enquanto CSP em SSA, são notáveis para a grande maioria dos participantes, sendo que apenas UM e UH4 admitem não existir diferenças ambos, sendo que se referiram exclusivamente às necessidades e não aos riscos a que estão expostos: “as necessidades são

as mesmas” (UM); “as necessidades (...) acho que são as mesmas” (UH4). Os restantes utentes assumem a existência de diferenças de género, focando o seu discurso, sobretudo, em volta do trabalho sexual que, nas suas perspetivas, será praticamente exclusivo da mulher: “a maior parte das mulheres prostitui-se, é mais por causa disso” (UH1). De facto, para além da utilização de drogas, o acesso restrito à satisfação de necessidades básicas, como habitação, e o próprio ato de dormir na rua, aparecem como fatores adicionais à necessidade de trocar relações sexuais pela supressão de algumas necessidades, nomeadamente abrigo ou comida (Duff *et al.*, 2011). Segundo UH3 este será um comportamento quase exclusivo da mulher, referindo que cerca de 99% das CSP em SSA optam pelo trabalho sexual. No mesmo sentido, UH2 chega a referir que o fator condicionante para esta escolha será a própria dignidade da mulher: “em termos de riscos, depende da vida que fazem não é. Se ela for correta, se for direitinha, não há problema. Agora se for mulher que venda o corpo... Aí já é diferente” (UH2).

As técnicas de proximidade referem-se também ao trabalho sexual, – “uma mulher para angariar (...) consumo na rua, (...) muitas vezes tem que recorrer a necessidades que os homens precisam, nomeadamente através do trabalho sexual” (TP2) – porém, direcionam o seu discurso para a vulnerabilidade e fragilidade da mulher que vive na rua e que, por esse motivo, “está mais exposta à violência que o homem” (TP1). Duff *et al.* (2011), referindo-se exclusivamente a trabalhadoras sexuais em situação de rua, apontam, precisamente, para a influência que contextos físicos e sociais de uma SSA assumem no que toca à exacerbação da violência e a riscos associados tanto à sexualidade, como à droga. Ou seja, percebe-se que as consequências prejudiciais do trabalho sexual, neste caso de mulheres que se encontram numa SSA, relacionam-se não só com a forma como as relações sexuais são levadas a cabo (não incluindo, muitas vezes, o uso de preservativo), mas também com o contexto em que este ocorre. Neste sentido, existe a possibilidade de se estabelecer uma relação complexa entre homens e mulheres em SSA, segundo a qual o homem poderá usar as fragilidades da mulher, inclusive o próprio consumo de substâncias psicoativas, em seu proveito: “nós apercebemo-nos que há (...) da parte dos homens, um aproveitamento (...) das necessidades, quando uma mulher que consome substâncias psicoativas” (TSS).

As profissionais acrescentam ainda as diferenças ao nível fisiológico, realçando-se os seguintes exemplos: “a mulher, tem menstruação por exemplo” (TE); “mesmo a nível de... humanidade básica. É mais fácil um homem fazer na rua do que uma mulher” (TP2). TE chega ainda a referir as consequências que estas diferenças têm na vida da mulher

consumidora, em comparação com o homem, sublinhando que “com o consumo, há uma degradação muito maior (...) e muito mais acelerada na mulher do que no homem” (TE).

## **5. Diferenças Etárias**

As diferenças ao nível da exposição a riscos e consequentes necessidades em função da idade são percecionadas como evidentes pela maioria dos entrevistados, sendo que apenas UH4 e UH3 recusam a existência destas diferenças. Em contrapartida, os restantes utentes realçam a maior vulnerabilidade de pessoas mais velhas, por um lado decorrente, sobretudo, da SSA a que estão expostas – “Em princípio, as pessoas (...) mais idosas (...) estão mais vulneráveis. Estão mais debilitadas, mesmo com esta vida de rua” (UH1) – e, por outro lado, decorrente do historial de consumo de drogas – “a idade vem com a habituação, ou a habituação vem com a idade, não é? Uma (...) está diretamente com a outra” (UH2).

As profissionais entrevistadas, para além de se referirem a diferenças etárias justificáveis pela vida na Rua – “eu acho que os jovens acabam (...) por, na rua, (...) ter algum suporte de quem já está lá há mais tempo” (TP2) – e pelos consumos associados – “eu não posso comparar um jovem de vinte anos com consumos muito recentes... do ponto de vista biológico e até do ponto de vista mental, o impacto que o consumo e a utilização de substâncias tem, a alguém que já consome há vinte anos. A degradação (...) e as dificuldades são muito maiores” (TP1) – referem-se, ainda, aos problemas de saúde decorrentes do avanço da idade, sendo possível sublinhar os seguintes excertos: “com a idade pode vir a hipertensão, com a idade pode vir a diabetes, com a idade pode vir problemas cardiorrespiratórios” (TE); “à medida que a idade aumenta os problemas de saúde também vão aumentar, não é? Isto é inevitável” (TSS).

## **6. Diferenças por Forma de Vida**

No que toca às diferenças entre CSP em SSA e CSP que não se encontram nessa situação, nomeadamente quanto aos riscos a que estão expostos e às necessidades que deles decorrem, é consensual, entre os participantes, a existência de notórias diferenças entre ambos. Estas diferenças decorrem não só da situação habitacional, mas também de uma série de fatores que poderão ser interpretados como protetores de uma possível SSA para

utilizadores de droga domiciliados. De acordo com Kemp *et al.* (2006), uma relação amorosa, viver com filhos e uma boa relação com familiares (como pais ou filhos) poderão proteger CSP de, eventualmente, experienciarem uma SSA. Da mesma forma, estas circunstâncias poderão, portanto, ser vistas como uma mais-valia da população domiciliada, na medida em que o consumo de substâncias psicoativas não serve para preencher um vazio existente nas suas vidas, como acontece com a população consumidora em SSA.

Quanto à perspectiva dos utentes, verifica-se que estes apontam diferenças existentes não só ao nível da segurança que uma casa traz – “uma coisa é eu ir-me deitar para casa, sossegadinho, descansado da vida, outra coisa é eu dormir... Ó pá, pode vir um maluco qualquer (...) e fazer mal a qualquer um de nós” (UH4) – como também ao nível dos benefícios que vida mais estruturada permite obter – “é muito diferente ter (...) uma retaguarda familiar e alguém que se preocupe connosco, claro que sim” (UH1). Além disso, são apontadas, por UH2, diferenças relativas ao cuidado pessoal que, segundo ele, é muito menos evidente em CSP em SSA, por questões associadas à própria condição em que se encontram, e não necessariamente ao consumo de substâncias: “porque também, (...) por causa do descuido. (...) Ao princípio o sem-abrigo (...) ainda se vai cuidando, ainda vai olhando por si e tal, não é? Depois com o passar do tempo começa-se a habituar à situação e começa-se a... (...) deixa-se ficar contente com aquilo” (UH2). Contudo, quando não aliada à utilização de drogas, a experiência de uma SSA poderia ser bastante diferente já que, para alguns, apresenta-se como potenciadora do desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente ao nível da resiliência perante ocorrências desestabilizadoras e do empoderamento psicológico (Jesus & Menezes, 2010).

Paralelamente, as técnicas de proximidade direcionam as diferenças por forma de vida para a segurança de uma casa, que se alia à privacidade com que o consumo em espaço fechado pode ser feito: “um consumidor que tem casa para poder consumir não está tão exposto” (TE). Nesse sentido, TSS argumenta que a exposição a que CSP em SSA estão sujeitos os coloca “muito mais em situação de vítima” (TSS) em todas as esferas vivenciais, destacando-se ainda um excerto da entrevista de TP1 onde esta refere: “alguém que está na rua sujeito às condições climatéricas, ao frio, à chuva, à fome... o impacto é muito maior e mais violento, não é, no organismo da pessoa... e até do ponto de vista mental!”. Ou seja, o facto de um utilizador de drogas se encontrar numa SSA será, inevitavelmente, um fator agravante não só dos seus consumos (que, em outro contexto, poderiam não ser significativamente prejudiciais) como também da sua vida como um todo, na medida em que o vazio agonizante da vida destas pessoas, que se veem privadas de praticamente tudo aquilo

que contribui para uma experiência vivencial satisfatória, é preenchido pela utilização de drogas, que se torna, no fundo, o único elemento estável do seu dia-a-dia: “«o consumo vai ocupar o foco central (...) da vida, e tudo o que eu vou fazer vai ser em função dele, de obter o consumo»” (TP2).

Desta forma, o CSP em SSA gere as suas rotinas em função da droga, não porque não seja capaz de reconhecer as consequências negativas que esta dependência lhe poderá trazer, mas antes por reconhecer a privação de todos os aspetos positivos que poderiam fazer parte da sua vida, e não fazem. Assim, o consumo poderá assumir duas funções: uma função de alívio marcada não só pela experiência psicoativa, como também pela fuga à realidade a que estão submetidos e que é suprimida pelo conforto associado ao consumo enquanto rotina; e uma função punitiva, que funciona a partir do processo desajustado de consciencialização da impossibilidade de saírem da Rua enquanto contexto e da droga enquanto rotina prejudicial. No mesmo sentido, perante uma SSA, o consumo de substâncias psicoativas poderá servir como mediador de interação e aceitação entre pares. Ou seja, existe algum conforto no sentimento de pertença promovido entre CSP em SSA, na medida em que, encontrando-se em situações semelhantes, sentem-se mais compreendidos dentro daquele núcleo. Desta forma, o consumo funciona como elo inquebrável entre as relações que são estabelecidas em contexto de rua e que representam a aceitação e compreensão que não é obtida no contacto com a Sociedade e, até, com a própria família.

A Rua representa, portanto, o único espaço que possibilita a construção pessoal do CSP em SSA, a partir da procura de uma convivência que se apresenta enquanto referencial de pertença, onde podem estruturar relações sociais e afetivas (Tondin *et al.*, 2013).

## **7. Intervenção das Entidades Competentes**

A intervenção das Entidades Competentes é abordada de forma distinta entre os dois grupos de participantes, sendo possível perceber que os utentes não têm uma compreensão alargada daquilo que é o trabalho destas Entidades, referindo-se antes aquilo que lhes é imediato e com que estabelecem um contacto mais próximo: “Sei lá. O que se passa (...) nas instituições, para aqui chegarem com comida, eu não sei onde... a quem recorrem” (UH3). Ou seja, quando pensam no tipo de trabalho que é feito por estas entidades, os utentes relacionam imediatamente a sua intervenção com o fornecimento de alimentação, por exemplo: “as carrinhas é a comida. Ajudam-nos, tiram-nos a fome” (UH4). Em contraste,

associam também esta intervenção aquela que é feita pelos agentes de autoridade e que interpretam como prejudicial: “A polícia só atrapalha” (UH4). Desta forma, os entrevistados abordam a intervenção das Entidades Competentes com base numa distinção notável entre equipas de proximidade e entidades policiais, sendo capazes de reconhecer que, sendo muitas as suas necessidades, o trabalho das equipas é condicionado pela limitação de recursos: “você fazem aquilo que podem, às vezes até mais, mais (...) do que não deviam, ó pá, mas... o problema é que as nossas necessidades é que são muitas e às vezes” (UH2); “tenho sentido que, que as pessoas (...) dão-nos ajuda dentro do que podem, às vezes com meios até um bocado escassos.” (UH1).

Na generalidade, as técnicas entrevistadas concordam que “as equipas que estão no terreno acabam por ter um papel (...) muito importante” (TSS), na medida em que estabelecem uma relação mais próxima com os utentes e, por isso, são capazes de trabalhar com eles a adesão aos restantes serviços: “nós tentamos trabalhar muitas vezes com os utentes (...) as questões de saúde, (...) da adoção de práticas de menor risco, (...) até de socialização, de reinserção, propostas (...) básicas ao nível de higiene” (TP2). Contudo, assumem que as estratégias que têm vindo a ser usadas pelas restantes entidades são “claramente insuficientes” (TP1). Ora, isto revela um descontentamento comum relativamente à intervenção que é feita na área da RRMD e em todos os serviços que contactam com esta realidade, direta ou indiretamente.

No fundo, percebe-se que, apesar de praticamente todos os programas delineados, em 2001, para a intervenção na área da utilização de drogas estarem a ser executados – “basicamente acho que estão a ser utilizados, em termos daquilo que foram (...) os programas (...) existentes (...) para esta intervenção... se formos a ver, estão a ser executados todos” (TSS) –, não estarão a ser executados eficazmente, quer no que diz respeito ao programa em si, quer naquilo que se refere aos programas entre si. O facto é que, apesar de ter recebido a sua legitimação política parlamentar, a RRDM e os programas associados, que estão agora previstos na lei, já seriam, na sua maioria, praticados anteriormente a 2001, sendo que aquilo que surge como efetivamente inovador são os pontos de contacto e de informação e os programas de consumo vigiado cuja implementação é da responsabilidade dos municípios ou de entidades particulares e, portanto, viu-se especialmente condicionada (Costa, 2009).

Da mesma forma, é evidente a perceção que as entrevistadas têm de um fator discriminatório entre as estruturas intervenientes neste fenómeno e que poderá influenciar negativamente a intervenção, sendo possível realçar o seguinte excerto: “o fator de

discriminação começa aí. Um (...) consumidor de substâncias pode (...) dirigir-se (...) a uma estrutura de tratamento, e é uma resposta pública, (...) não existem respostas públicas na área de redução de danos. São subfinanciadas” (TSS). Da mesma forma, é apontada a falta de adaptabilidade e evolução das respostas criadas em 2001, que se mantêm praticamente inalteradas, como refere TP2 no presente excerto: “as respostas que existem têm regras muitas vezes que já existem há muitos anos. Já (...) existem algumas delas (...) desde o início dos anos 2000 (...) quando foi (...) descriminalizado o consumo de substâncias psicoativas, e não evoluíram muito. Adaptam-se aos serviços e não aos usuários dos serviços”. Neste sentido, importa que as respostas passem a ser pensadas de acordo com a população que pretendem atingir, uma vez que, qualquer estratégia não terá, nunca, uma oportunidade de sucesso enquanto continuarem a existir constrangimentos como longas listas de espera para a entrada em determinados serviços, dificuldades de acesso a esses serviços e dificuldades na adesão a programas de substituição ou outros processos terapêuticos (Goulão, 2006).

Apesar de concordarem que ainda há muito a ser feito na área de RRMD, as técnicas argumentam a favor, sobretudo, do papel que as equipas de proximidade têm neste contexto, já que servem como mediador das expectativas dos utentes. Assim, as equipas averigam, em primeiro lugar, aquilo que o utente considera que poderá contribuir para a melhoria do seu bem-estar e, só depois, trabalham com ele nesse sentido, fazendo-os “refletir sobre o quê que eles podem fazer” (TE).

Intervir neste fenómeno, portanto, aos próprios profissionais uma capacidade de adaptação incomparável, não só às alterações do contexto em si, como aos diferentes utentes, cuja especificidade e unicidade lhes assegura uma intervenção singular que não poderia ser usada com nenhum outro indivíduo. Aliada a esta intervenção singular está, claro, a relação de confiança que é posteriormente estabelecida segundo uma compreensão empática daquilo que o sujeito está a experienciar: “tu conheces o ser humano (...) na realidade que ele está a vivenciar, portanto, sem necessidade de mentiras ou ocultações, é uma relação de confiança” (TP1).

## **8. Estratégias Pessoais**

Perante os desafios impostos pelo dia-a-dia na Rua enquanto CSP em SSA, é importante que esta população desenvolva estratégias pessoais que lhes permitam combater

os riscos a que estão expostos e, no mesmo sentido, satisfazer as suas próprias necessidades. Foi possível perceber que estas estratégias são, habitualmente, pouco elaboradas e muito imediatas, isto é, não são estratégias que garantam, necessariamente, benefícios a longo prazo, mas antes ações que possibilitem uma resposta rápida a uma necessidade presente – que, por norma, será a utilização de drogas e/ou a alimentação. Esta dualidade quase inalterável, condiciona o CSP em SSA e a própria percepção da realidade à sua volta. Ou seja, por não terem expectativas para o futuro bem delineadas, os utentes reagem ao mundo de forma muito imediata, vivendo o seu dia-a-dia na tentativa constante de suprimir a agonia que sentem naquele momento, sem considerar, com tanta facilidade, aquilo que poderia ser feito a longo prazo para o mesmo objetivo. Isto reflete-se, inevitavelmente, nas suas respostas, focadas sempre naquilo com que contactam num presente muito limitado: “Tanto para droga como para comida peço, peço na rua. Peço às pessoas” (UH2); “Eu não tenho estratégia nenhuma. Vou comprar e venho-me embora, só. Só isso, mais nada” (UM).

Também as técnicas entrevistadas se apercebem desta dificuldade quase inconsciente dos utentes em pensarem a longo prazo e, sobretudo, agirem nesse sentido, sendo possível verificar uma certa dependência do CSP em SSA em relação às equipas de proximidade, na medida em que, não só recorrem a estas com o intuito de obter algumas respostas de organização – “recorrem a nós no sentido de conseguirem aqui algumas respostas de organização e isso vai sendo (...) trabalhado com eles.” (TP1) –, como também lhes direcionam, frequentemente, a responsabilidade do fracasso da adesão a essas respostas.

Assim, as estratégias dos utentes são vistas como “a lei da sobrevivência” (TSS), segundo a qual utilizam os seus pontos fortes a seu favor, nomeadamente para a mendicidade ou para arrumar carros, servindo-se de estratégias comunicacionais que já lhes são inerentes: “há pessoas que (...) têm aqui algumas estratégias na dimensão interpessoal e conseguem orientar-se muito bem, por exemplo, a pedir” (TSS). Por outro lado, CSP em SSA com perfis mais antissociais que não obtêm sucesso na interação pessoal, acabam por enveredar por comportamentos desviantes: “pessoas mais impulsivas, com perfil mais antissocial, (...) o quê que fazem? Vão roubar” (TSS). Isto poder-se-á justificar pelo facto de, fazendo da rua um espaço de vida privilegiado onde dormem, consomem e se alimentam, os CSP em SSA adquirem, assim, as condições favoráveis a uma desumanização progressiva que acentua sentimentos de desânimo e de revolta, dando origem à adoção de meios desviantes de subsistência e à prática de atividades que se orientam para a própria manutenção dos consumos (Negreiros & Magalhães, 2005). Assim, existem ainda aqueles que usam o contexto em que estão inseridos a seu favor, realizando tarefas que se inscrevem no

fenómeno do tráfico e consumo de droga, nomeadamente “andar a capear, ou a vigiar a polícia” (TSS).

É referido, também, o trabalho sexual enquanto estratégia pessoal adotada pelos utentes, na medida em que qualquer estratégia que permita aos sujeitos obter dinheiro para o consumo de substâncias psicoativas e/ou alimentação, será uma estratégia válida e eficaz em contexto de Rua: “A mendicidade, o trabalho sexual... o capear. Tudo o que possa aparecer que permita, momentaneamente, e de uma forma mais impulsiva resolver a questão naquele momento.” (TP2). Assim, compreende-se a impossibilidade desta população pensar em estratégias pessoais mais estruturadas e direcionadas para o futuro, na medida em que os riscos e necessidades do presente condicionam a possibilidade de um amanhã ou, pelo menos, de um amanhã diferente do hoje: “eles não têm tempo para pensar em estratégias. Eles pensam em estratégias, sim. De como... de que forma é que eu me vou sentir melhor. (...) são muito imediatas” (TE).

## **9. Caracterização da População**

Os dados obtidos em relação à caracterização de CSP em SSA foram retirados, exclusivamente, das entrevistas feitas às técnicas de proximidade.

As entrevistadas concordam que esta é uma população maioritariamente do sexo masculino, como evidenciado nos seguintes excertos: “há muitos homens, não é, a maior parte.” (TE); “em termos de percentagens, na população atendida, dez por cento da população é do sexo feminino, ó pá mais ou menos dez. (...) a franja é muito mais reduzida, a maioria são homens.” (TSS). O sexo masculino representa, assim, a grande maioria da população em SSA existindo, contudo, um acréscimo cada vez mais significativo de mulheres (Quintas, 2010). As entrevistadas consideram também que os CSP em SSA constituem uma população maioritariamente envelhecida, mesmo com o aumento de jovens na rua a que se tem assistido: “eu considero que temos uma população cada vez mais envelhecida, apesar de, ultimamente, ter surgido mais jovens” (TP2); “a média de idade já está para aí nos quarenta e sete” (TSS). As técnicas apontam, ainda, para a discriminação de que CSP em SSA são alvo e que, inevitavelmente, os constrói enquanto indivíduos incapazes de manifestarem a sua opinião, vontade ou desconforto: “Esta gente vai fazer um exame a qualquer lado, não é, se for maltratado ou (...) se se sentir discriminado, pode escrever num livro de reclamações - não o faz! Não se sentem sequer no direito de o fazer” (TE).

De facto, quando descrevem os CSP em SSA, as técnicas referem-se frequentemente ao sofrimento a que esta população está sujeita e que, inevitavelmente, condiciona os seus padrões comportamentais: “uma pessoa que esteja na rua, que esteja completamente destruturada, desmotivada, não se consegue preocupar com nada, nem com ela própria se consegue preocupar” (TP2). Desta forma, o seu comportamento é comparado ao de “animais abandonados” (TSS) que, não tendo condições mínimas asseguradas, experienciam a realidade de uma forma muito única que poderá forçá-los a fazer parte de um círculo vicioso segundo o qual adotam comportamentos desviantes em resposta à falta de possibilidades e, por sua vez, não encontram alternativas às consequências negativas de que são alvo após a adoção desses comportamentos: “Do género, vou roubar, vou fazer mais não sei o quê, pronto. E depois corre mal, o quê que acaba? Depois vão presos”; “E parece que há sempre aqui um reforço (...) das dificuldades” (TSS). Ou seja, esta população acaba, também, por incorporar o estigma e preconceito de que são alvo numa tentativa constante e agonizante de fazer face às dificuldades com que têm de lidar no seu dia-a-dia: “Tudo lhes impõe (...) desafios (...) com os quais muitos de nós não saberiam lidar (...) num primeiro momento” (TP2). Desta forma, a droga adquire nas suas vidas um papel de supressor das necessidades básicas de existência emocional segundo o qual a falta de afeto, amor e segurança é preenchida momentaneamente (Tondin *et al.*, 2013). Em última instância, os CSP em SSA deixam de se preocupar tanto com o mundo exterior, como, sobretudo, consigo mesmos – “porque o facto de estares na rua, também dependendo do tempo, tu vais perdendo algumas rotinas que são importantes como cuidar de ti, o autocuidado.” (TP1) –, desistindo de si próprios perante todos os inconvenientes que se sobrepõe na Rua e, simultaneamente, mantendo-se presos às poucas alternativas que têm para se manterem vivos. Apesar de cada percurso de vida ser único e incomparável, o facto é que estas consequências negativas, quer a nível físico, psíquico e/ou emocional, provocadas pela situação de privação intensa a que estão sujeitos, acabam por atingir a totalidade das pessoas em SSA, contribuindo para a sua crescente vulnerabilidade, segundo um processo fugaz de deterioração do seu estado global (Quintas, 2010).

Destaca-se, contudo, a capacidade de resiliência de que são dotados num dia-a-dia quase sempre incerto e desafiante, cuja adaptação é constante e irrefutavelmente admirável: “eles são resilientes, têm estratégias de *coping* bastante bem definidas” (TP2). Sabe-se que este processo de adaptação a uma nova realidade começa imediatamente após o início da SSA, já que o sujeito usufrui dele para conseguir levar a cabo as suas atividades diárias, para ser capaz de lidar com as perdas afetivas e materiais e, sobretudo, para que lhe seja possível

transformar a rua num sítio para viver (Oliveira & Costa, 2015). Ao longo dos anos, o CSP em SSA desenvolve estas estratégias consoante a permanente alteração da realidade à sua volta e em função dos fatores, pessoais ou externos, que terá a seu favor.

### **9.1. Fatores Territoriais**

Os dados posteriormente apresentados representam apenas uma entrevista, a de TSS, contudo, em nenhum momento se descartou a relevância desta subcategoria, na medida em que os excertos evidenciam a influência que determinados fatores territoriais poderão ter na expressão do fenómeno de consumo e tráfico de droga, em particular, no que diz respeito a uma população que se encontra em SSA.

Percebe-se que a concentração do fenómeno num espaço limitado, como o Bairro do Aleixo, permitiu uma maior sensação de controlo desta problemática, na medida em que, apesar de os riscos estarem presentes, estariam num núcleo apartado da Comunidade: “estava ali escondido, não saía daquele sítio, era um fenómeno muito controlado” (TSS). O facto é que a imagem representativa do Bairro do Aleixo seria, efetivamente, o narcotráfico, mas não pelo espaço físico que ocupava, e antes pelo processo que se arrastava durante anos e que envolvia já várias pessoas e entidades (Reis, 2019), pelo que a sua demolição teve, precisamente, um efeito oposto ao desejado.

Assim, após a demolição das Torres do Bairro do Aleixo, um fenómeno que, no passado, seria praticamente exclusivo daquela área, alastrou-se para todas aquelas que a rodeavam: “A partir do momento (...) que o Aleixo foi abaixo, o fenómeno espalhou-se, não é, tornou-se visível porque começou a andar nos jardins públicos, nas paragens (...) dos autocarros, onde andam as outras pessoas, como se costuma dizer” (TSS). Ora, isto viria a pôr em causa a sensação de controlo anteriormente obtida, na medida em que a população habitante das áreas para onde o consumo e tráfico de droga se alastrou não teria, à partida, contactado de perto com uma expressão de tão grande magnitude deste fenómeno – “pessoas que não tinham consumos a céu aberto, (...) fora das suas casas e nos seus jardins, passaram a ter. E isto quer dentro do bairro, quer fora dos bairros” (TSS) –, dando origem a um descontentamento geral que se manifesta na forma estigmatizante com que abordam a população consumidora, marginalizando e discriminando todos aqueles que materializem os estereótipos elaborados pela Sociedade em relação a CSP em SSA. Assim, o que seria quase exclusivo do Bairro do Aleixo, tomou conta de toda a zona Ocidental da Cidade do Porto, abruptamente: “ali na zona Ocidental nós temos uma forte afluência de utilizadores de substâncias, e depois temos a própria expressão do fenómeno como o seu todo. Temos

tráfico, temos consumo, temos consumidores, temos consumo a céu aberto, temos tudo” (TSS).

Se, por um lado, o território em que o fenómeno de consumo e tráfico de droga ocorre poderá influenciar a Comunidade envolvente e, por consequência, os CSP em SSA, através de, por exemplo, comportamentos de discriminação, por outro lado esta contextualização física da problemática poderá ter um impacto significativo na vida dos próprios atores. Ou seja, é possível distinguir dois padrões comportamentais entre CSP em SSA que, por norma, dormem nos Bairros que cercam o Bairro do Aleixo – o núcleo da Zona Ocidental – de CSP na mesma situação que dormem, habitualmente, em áreas mais periféricas, como a zona da Boavista, por exemplo: “tu consegues estabelecer diferenças muito claras em termos (...) da auto-organização digamos assim, entre um utente que tem consumos ativos, tem consumos pesados, mas uns (...) dormem ali na zona do bairro, e outros dormem ali na Boavista. Tu consegues distinguir” (TSS). Isto justificar-se-á pelo facto de, estando inseridos no contexto em que o consumo e tráfico ocorrem com maior expressão, os sujeitos que lá se encontram experienciam o fenómeno na sua totalidade e, portanto, com maior intensidade.

Ou seja, as dinâmicas destes indivíduos vão ser organizadas sempre de maneira que não tenham de abandonar o bairro em nenhuma circunstância, sendo que é nele que encontram forma de arrecadar dinheiro para os seus consumos, podendo exercer três funções fundamentais: vender, capear ou serem “enfermeiros” que auxiliam aqueles que tenham dificuldade em se injetar, em troca de tabaco ou de uma porção do caldo, de forma a garantir o seu próprio consumo (Fernandes & Ramos, 2010). Em contraste, aqueles que passam a maior parte do seu tempo em áreas afastadas daquela em que o fenómeno ganha maior relevo, estarão, à partida, mais organizados, já que as suas dinâmicas não dependem, exclusivamente, da droga enquanto contexto, podendo-se concluir que “quanto mais junto ao bairro, mais desorganizada a pessoa está.” (TSS).

## Considerações Finais

Os resultados deste estudo apontam para uma série de riscos e de necessidades que fazem parte da vida de CSP em SSA e que, por contribuírem para a sua progressiva desumanização, devem ser urgentemente erradicados. O estudo apresenta-se, desta forma, como um ponto de partida para a construção de intervenções que assegurem o combate aos riscos identificados e, claro, a satisfação das necessidades apontadas. No mesmo sentido, o estudo permite, também, perceber se aquilo que tem vindo a ser feito na área da RRMD vai, efetivamente, de encontro àquilo que são as expectativas desta população. O facto é que, mesmo concordando em alguns pontos, as técnicas e utentes divergem, em larga medida, na abordagem que fazem desta realidade. É possível perceber que enquanto as técnicas de proximidade focalizam o seu discurso no futuro dos utentes e naquilo que poderá ser feito para a melhoria das suas condições de vida, os utentes optam por um discurso baseado no que lhes é próximo e imediato, tanto ao nível dos riscos, como das necessidades. Até no que se refere às estratégias pessoais adotadas, os CSP em SSA evidenciam esta falta de preocupação com o futuro e incapacidade de pensar a longo prazo, adotando uma postura segundo a qual as estratégias são pensadas com base naquilo que o presente lhes impõe, e não naquilo que esperam para o futuro. É neste sentido que a colaboração entre equipas de proximidade e CSP em SSA se torna especialmente relevante, na medida em que as duas abordagens se complementarão num *continuum* entre aquilo que é feito pelas equipas para combater um risco imediato (a troca de material de consumo, por exemplo), ou para satisfazer uma necessidade também imediata (como fornecer alimentação), e aquilo que é feito com base na perspetiva de futuro que, não sendo inerente aos consumidores, é impulsionada pelos técnicos que trabalham no sentido de uma contínua motivação do utente para a adesão a serviços que contribuirão para a melhoria da suas condições de vida.

Importa referir que, mesmo existindo algumas potencialidades no presente estudo, existem, inevitavelmente, algumas limitações que não podem ser subvalorizadas. No que se refere às suas potencialidades, este estudo torna-se pertinente pelo simples facto de envolver os próprios CSP em SSA, e não apenas técnicos que contactem com esta realidade em segunda mão. Ou seja, o facto de ter sido possível contar com a participação destes sujeitos garante não só a posterior comparação com a perspetiva de técnicos de proximidade, como também contribui para o empoderamento de uma população que se vê, frequentemente, privada de manifestar a sua opinião, ora por os outros não a considerarem relevante ou

credível, ora por os próprios CSP em SSA não verem impacto naquilo que vocalizam. Assim, a prioridade deste estudo foi, desde logo, a inclusão dos atores principais de uma problemática demasiado complexa para ser compreendida, na sua totalidade, por aqueles que contactam com ela, mas que não a experienciam. Para além disso, com base na literatura recolhida, foi possível perceber que este estudo será o único (que se saiba) a recolher informação relativa, simultaneamente, quer a riscos, quer a necessidades, da população de CSP em SSA e, portanto, reconhece-se a importância da construção de estudos semelhantes que recolham o mesmo tipo de dados junto da própria população.

Contudo, aliada às vivências desta população, encontram-se, inerentemente, sentimentos de revolta, frustração e angústia muito vincados que serão, inevitavelmente, condicionantes significativos da forma como veem o mundo à sua volta e, portanto, também das respostas que deram nestas entrevistas. As suas vivências acabam por moldar o seu discurso relativo a Entidades Competentes com base em duas intervenções: a intervenção policial (aqui apresentada como nociva ao seu bem-estar) e a intervenção de equipas de rua (que são vistas como o seu maior auxílio). Descartam, desta forma, e possivelmente inconscientemente, o envolvimento de outras Entidades neste fenómeno, cuja atuação é também relevante para uma avaliação mais ampla dos riscos e das necessidades desta população, mas que por não lhes ser tão próxima, é muitas vezes esquecida.

Realça-se, ainda, o tamanho da amostra que, por ser pouco representativo, será, também, dificilmente generalizável à restante população de CSP em SSA. Além disso, como relatado anteriormente, o impacto que o contexto físico em que o fenómeno do consumo e tráfico de drogas ocorre não deve ser, nunca, desvalorizado e, nesse sentido, importa atender ao facto de esta amostra ter sido retirada exclusivamente da zona Ocidental da Cidade do Porto. Assim, apesar de alguns riscos e necessidades serem facilmente atribuídos à grande maioria de CSP em SSA, outros poderão ser exclusivos desta área, onde a expressão do fenómeno como um todo é bastante evidente.

Destaca-se, por fim, o facto de as perguntas construídas terem sido, por um lado, benéficas na medida em que permitiam uma maior exploração das temáticas por parte dos entrevistados, mas, por outro lado, prejudiciais no sentido em que, sobretudo no que toca aos utentes, perguntas menos amplas beneficiariam de respostas mais centradas no objeto de estudo. Isto refletiu-se na extensão das entrevistas de ambos os grupos, que diferem em larga escala, já que as técnicas de proximidade desenvolveram muito mais o seu discurso do que os utentes, cuja opinião e exploração temática seria, em primeira instância, a prioridade deste estudo.

Em suma, torna-se relevante que estudos posteriores atendam à dimensão e representatividade da amostra, assim como às perguntas construídas, para que seja possível obter um panorama suficientemente identificativo da população de CSP em SSA em Portugal, com o objetivo de implementar respostas mais apropriadas e individualizadas, que compreendam, ao máximo, a realidade por eles experienciada. Para isso, é inevitável a inclusão dos próprios CSP em SSA nas decisões que são levadas a cabo e, da mesma forma, é imprescindível o trabalho em rede que deve ser feito entre as equipas de proximidade e, mais do que isso, entre as diferentes Entidades Competentes que intervêm, direta ou indiretamente, no fenómeno em questão.

## Referências Bibliográficas

- Aldeia, J. (2014). Para além do pecado e da doença. Desconstruindo discursos sobre o fenómeno dos sem-abrigo. *Sociologia On Line*, (8), 5-26.
- Antunes A., & Costa, E. C. V. (2019). Sono, agressividade e comportamentos de risco em indivíduos dependentes de drogas e de álcool. *Análise Psicológica*, 37(1), 1-14. <https://doi.org/10.14417/ap.1390>
- Almeida, S. T., A ponte invisível: os técnicos de redução de riscos e minimização de danos como mediadores do impacto da crise económica sobre os consumidores de drogas. [Tese de mestrado em Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Porto: Universidade do Porto, 2015. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83246/2/120500.pdf>
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da “clandestinidade” à legitimação política. *Toxicodependências*, 15(11), 33-42.
- Barbosa, M. R., Violência de Estado: dos discursos sociais às leituras individuais. [Tese de doutoramento em Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Justiça. Escola de Psicologia]. Minho: Universidade do Minho, 2013.
- Busch-Geertsema, V. (2013). Housing First Europe: Final Report. *Bremen/Brussels: European Union Programme for Employment and Social Solidarity*.
- Campos, F. A. L., Caracterização dos estilos de vida dos sem-abrigo da cidade do Porto [Tese de Mestrado em Terapia Ocupacional. Área de Especialização Saúde Mental. Escola Superior de Tecnologia da Saúde] Porto: Politécnico do Porto, 2010.
- Carvalho, M. M. L., O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a perceção do toxicodependente. [Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Porto: Universidade do Porto, 2010.
- Castro, A. F. M., Perceções e significados que os utilizadores de drogas atribuem à redução de riscos e minimização de danos. [Tese de mestrado em Mestrado Integrado em Psicologia, Área de Especialização Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Porto: Universidade do Porto, 2019.
- Costa, N. F., & Pombo, S. (2011). Sobre a violência relacionada com o uso de drogas. *Toxicodependências*, 17(2), 3-11.

- Cheung, Y. W. (2000). Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian Medical Association Journal*, 162(12), 1697-1700.
- Costa, E. M. (2009). A Redução de Danos enquanto Pilar da Estratégia de Luta contra as Drogas. *Revista da EMERJ*, 12(48), 54.
- Daiski, I. (2006). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 273-281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04234.x>.
- Dias, L. N. (2007). As drogas em Portugal. *Coimbra: Pé de página*.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13(3), 313-321. <https://doi.org/10.1080/07399339209516006>
- Duarte, T., Costa, P., & Ornelas, J. (2019). Implementation of Housing First in Lisboa, Portugal: A Fidelity Study of the Casas Primeiro, Programme. *European Journal of Homelessness*, 12(3), 199-226.
- Duff, P., Deering, K., Gibson, K. *et al.* (2011). Homelessness among a cohort of women in street-based sex work: the need for safer environment interventions. *BMC Public Health* 11(643), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-643>
- Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo: Plano Municipal para a pessoa em situação de sem-abrigo (ENIPSSA)*. (2019-2023). Lisboa: Câmara Municipal. Retirado de <http://www.enipssa.pt/documents/10180/12352/Plano+Municipal+para+a+pessoa+em+situa%C3%A7%C3%A3o+de+sem-abrigo+2019-2023/5e381ae8-86af-4eec-9210-6ae2646ef53e>
- Fernandes, B., Ferreira, B., & Vaquinhas, M. (2019). Patologia Dermatológica numa População Sem-Abrigo. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 77(3), 227-232. <https://dx.doi.org/10.29021/spdv.77.3.1102>
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68.
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em “bairros degradados”: etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16(2), 15-27.
- Fernandes, L. (2014). A exclusão social como revelador das relações entre violência estrutural e violência quotidiana. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 19 (1), 175-186.

- Goulão, J. C. (2006). Plano nacional contra a droga e a toxicodependência: novas perspectivas. *Toxicodependências*, 12(1), 3-6.
- Greenwald, G. (2009). Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. *Cato Institute Whitepaper Series.*, 2-30
- Hart, C. L. (2021). *Drug use for grown-ups: chasing liberty in the land of fear*. Penguin.
- Hawk, M., Coulter, R. W. S., Egan, J. E., Fisk, S., Friedman, M. R., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14:70, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Ilundain, E., Markez, I. (2005). Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas. *Adicciones*, 17(2), 287-297.
- Jesus, M. F., & Menezes, I. (2010). A experiência de sem-abrigo como promotora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica*, 28(3), 527-535. <https://doi.org/10.14417/ap.369>
- Johnson, T. P., & Fendrich, M. (2007). Homelessness and drug use: evidence from a community sample. *American Journal of Preventive Medicine*, 2(6, Suppl 1), S211–S218. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.015>
- Kemp, P.A., Neale, J., & Robertson, M. (2006). Homelessness among problem drug users: prevalence, risk factors and trigger events. *Health and Social Care in the Community*, 14(4), 319-328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00624.x>
- Logan, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>
- Mata, S., & Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-25.
- Milaney, K., Passi, J., Zaretsky L., Liu T., O’Gorman, C. M., Hill, L., & Dutton, D. (2021). Drug use, homelessness and health: responding to the opioid overdose crisis with housing and harm reduction services. *Harm Reduction Journal*, 18(92), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00539-8>
- Neale, J., & Kennedy, C. (2002). Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. *Health and Social Care in the Community*, 10(3), 196-205. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00357.x>

- Negreiros, J., & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Toxicodependências*, 11(2), 3-22.
- Nobre, S. (2020). Perspetiva de curso de vida. *Análise Social*, 55(235 (2)), 332-354. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2020235.05>
- Norte Vida (2021). Norte Vida – Associação para a promoção da saúde. Acedido em: <https://www.nortevida.org>
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021), Relatório Europeu sobre Drogas 2021: *Tendências e Evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo. <https://doi.org/10.2810/11954>
- Oliveira, F. B., & da Costa, S. L. (2015). Entre a rua e o abrigo: reorganização do cotidiano. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 23(2), 347-355. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0533>
- Quintas S. M., A percepção de técnicos e indivíduos “Sem-Abrigo”: Histórias ocultas de uma realidade no Porto. [Tese de mestrado em Temas de Psicologia, Área de Especialização Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Porto: Universidade do Porto, 2010.
- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 210-218. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300007>
- Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309–314. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.6.42433>
- Tatarsky, A., & Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 117-122. <https://doi.org/10.1002/jclp.20672>
- Tondin, M. C., Neta, M. A. P. B., & Passos, L. A. (2013). Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *Revista de Educação Pública*, 22(49/2), 485-501.
- Viegas I., Morar na rua: um estudo sobre sobrevivência e identidade de pessoas sem-abrigo. [Tese de mestrado em Mestrado Integrado de Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Porto: Universidade do Porto, 2013.

- Willig, C. (2012). Perspectives on the epistemological bases for qualitative research. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics*. (pp. 5–21). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13619-002>
- Zhang, Y., & Wildemuth, B. M. 2009. Qualitative Analysis of Content. *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*, edited by Barbara M. Wildemuth, 308–319. Westport, CT: Libraries Unlimited.

## **Anexos**

### *Anexo A. Códigos Identificativos da Amostra*

**TE** – Técnica Enfermagem

**TP1** – Técnica Psicologia 1

**TP2** – Técnica Psicologia 2

**TSS** – Técnica Serviço Social

**UH1** – Utente Homem 1

**UH2** – Utente Homem 2

**UH3** – Utente Homem 3

**UH4** – Utente Homem 4

**UM** – Utente Mulher

**Guião de Entrevista Semiestruturada**

**Riscos e Necessidades de Consumidores de Substâncias Psicoativas em Situação de Vulnerabilidade/Exclusão Social/Sem-Abrigo**

**Técnicos de Proximidade da Instituição Norte Vida**

Idade: \_\_\_\_\_

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Função desempenhada: \_\_\_\_\_

Trabalha na área de Redução de Riscos há: \_\_\_\_\_

Trabalhou anteriormente em outra instituição da mesma área: ☐ Sim (qual/quais?) ☐ Não

*Um consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social corre, diariamente, vários tipos de riscos e, por consequência, tem determinadas necessidades específicas da sua condição. Alguns destes riscos prendem-se, por exemplo, com a fácil propagação de algumas doenças (como HIV, tuberculose, etc), com o acesso restrito a determinados serviços (que se viu ainda mais agravado com a pandemia causada pela Covid-19), com a atuação policial por vezes desmedida e pouco fundamentada...*

*Por outro lado, e com origem nos riscos a que esta população está submetida, surgem necessidades que devem ser combatidas, nomeadamente ao nível: da lei (políticas públicas e atuação policial), dos cuidados de saúde, da satisfação de necessidades básicas, da formação profissional e social, da aceitação desta população na Comunidade, etc.*

1. Quais considera serem os riscos a que consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social estão expostos diariamente?
2. Tendo isso em conta, quais são, na sua opinião, as principais necessidades de consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?

3. Considera que uma pessoa a viver na rua, com consumos diários, poderá ter riscos e necessidades específicas consoante o seu sexo?
4. Considera que uma pessoa a viver na rua, com consumos diários, poderá ter riscos e necessidades específicas consoante a sua idade?
5. Na sua opinião, um consumidor de substâncias psicoativas a viver na rua, corre riscos e tem necessidades diferentes de outros consumidores de substâncias psicoativas?
6. Que estratégias são utilizadas pelas entidades competentes, a seu ver, para fazer face a algumas das necessidades mais importantes de consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?
7. Que estratégias pessoais pensa serem utilizadas pelos consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social para fazerem face às suas necessidades?
8. Diria que os riscos a que consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social estão expostos, aumentaram significativamente durante a pandemia causada pela Covid-19?
9. Na sua perspetiva, durante esta pandemia existiu um esforço especial, por parte das entidades competentes, para combater os riscos e as necessidades de consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?
10. Se fosse livre de implementar qualquer medida que satisfizesse aquelas que são, a seu ver, as principais necessidades dos consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social, que medida escolheria?

### **Guião de Entrevista Semiestruturada**

#### **Riscos e Necessidades de Consumidores de Substâncias Psicoativas em Situação de Vulnerabilidade/Exclusão Social/Sem-Abrigo** **Utentes do Projeto “Rotas com Vida” da Instituição Norte Vida**

##### Caracterização

Idade: \_\_\_\_\_

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Vive na rua há: \_\_\_\_\_

Consome substâncias psicoativas há: \_\_\_\_\_

É utente do projeto “Rotas com Vida” há: \_\_\_\_\_

Mantém contacto com a família: ☐ Sim ☐ Não

É beneficiário de algum tipo de apoio social: ☐ Sim (quais?) ☐ Não

*Um consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social corre, diariamente, vários tipos de riscos e, por consequência, tem determinadas necessidades específicas da sua condição. Alguns destes riscos prendem-se, por exemplo, com a fácil propagação de algumas doenças (como HIV, tuberculose, etc), com o acesso restrito a determinados serviços (que se viu ainda mais agravado com a pandemia causada pela Covid-19), com a atuação policial por vezes desmedida e pouco fundamentada...*

*Por outro lado, e com origem nos riscos a que esta população está submetida, surgem necessidades que devem ser combatidas, nomeadamente ao nível: da lei (políticas públicas e atuação policial), dos cuidados de saúde, da satisfação de necessidades básicas, da formação profissional e social, da aceitação desta população na Comunidade, etc.*

1. Enquanto consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social [linguagem simplificada – consumidor a viver na rua] quais são os riscos com que lida diariamente?

2. Tendo isso em conta, quais acha que são as suas principais necessidades, enquanto consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?
3. Sente que, sendo um/uma homem/mulher a viver na rua com consumos diários, corre riscos específicos e tem necessidades específicas diferentes do sexo oposto?
4. Sente que uma pessoa mais nova ou mais velha que você, com consumos diários e a viver na rua, correrá riscos e terá necessidades diferentes das suas?
5. Enquanto consumidor de substâncias psicoativas a viver na rua, sente que os riscos que corre e as necessidades que tem são diferentes de outros consumidores de substâncias psicoativas?
6. Que estratégias pessoais utiliza para fazer face às suas necessidades, enquanto consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?
7. Que estratégias considera serem utilizadas pelas entidades competentes para fazer face a algumas das necessidades mais importantes dos consumidores de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social?
8. Acha que os riscos que corre enquanto consumidor de substâncias psicoativas a viver na rua, aumentaram significativamente durante a pandemia causada pela Covid-19?
9. Sente que durante esta pandemia existiu um esforço especial, por parte das entidades competentes, para combater os seus riscos e necessidades, enquanto consumidor de substâncias em situação de vulnerabilidade/exclusão social?

10. Se pudesse implementar qualquer medida que satisfizesse as suas principais necessidades enquanto consumidor de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade/exclusão social, que medida escolheria?