



Departamento de Sociologia

**Reinserção socioprofissional de pessoas com consumos problemáticos
de drogas, inseridas em programas de Redução de Danos**

Marta Isabel Alves da Silva dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Sociologia e Planeamento

Orientadora:
Doutora Anália Maria Cardoso Torres, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Outubro, 2010

AGRADECIMENTOS

A Deus, por esta oportunidade;

Aos meus pais, por me terem dado o apoio indispensável para concluir esta etapa;

Ao Paulo e ao Tiago, por me inspirarem todos os dias;

Aos meus amigos e colegas, pelo estímulo positivo;

Ao Desafio Jovem, nomeadamente à equipa do Centro de Acolhimento de Alcântara, pela disponibilidade e generosidade;

Por último, muito obrigada ao *Liedson*, ao *António* e ao *João*, por terem partilhado comigo parte das suas vidas. Desejo-lhes, sinceramente, muitas felicidades.

RESUMO

A liberdade e o exercício da cidadania são princípios fundamentais das sociedades democráticas ocidentais. Resultado da interacção social, existem fenómenos sociais que associados a variáveis individuais, familiares, biológicas, económicas e culturais, conduzem a situações graves de exclusão social, como é o caso da toxicoddependência e do consumo problemático de drogas. Existem pessoas que devido a consumos problemáticos de drogas, se encontram, em certas fases da sua vida, numa grave situação de exclusão social dos sistemas sociais formais, marcada por um profundo isolamento social, pela doença e pela pobreza. Nestas circunstâncias, não existe liberdade nem participação social destes indivíduos enquanto cidadãos. Esta é uma situação extrema no âmbito do consumo de drogas enquanto fenómeno social. De facto, a maioria das pessoas que consomem drogas estão socialmente integradas e não têm problemas associados a esses consumos.

No entanto, como existem outras pessoas que se encontram socialmente excluídas, no presente trabalho procura-se identificar alguns dos factores que poderão ter contribuído para a integração socioprofissional de pessoas que se encontravam nas situações acima apresentadas, ao acederem ao Centro de Acolhimento de Alcântara, uma estrutura de Redução de Danos no âmbito da toxicoddependência. Pretende-se ainda analisar a utilização de estratégias (a nível institucional) no âmbito da Redução de Danos, que visam a integração social em sistemas sociais formais de toxicoddependentes, e contribuir assim para a mudança de estilos de vida facilitadores da participação social. Considerando a complexidade do fenómeno em análise, é importante referir que o presente trabalho tem um carácter exploratório.

Palavras-chave: Toxicoddependência; Redução de danos; Exclusão social; Integração social.

ABSTRACT

The freedom and citizenship are fundamental principles of Western democratic societies. Result of social interaction, there are social phenomena that associated with individual, familial, biological, economic and cultural variables lead to serious social exclusion situations, as is the case of drug addiction and problematic drug use. There are people who due to problematic drug use, are at certain stages of its life in a serious situation of social exclusion from formal social systems, marked by profound social isolation, disease and poverty. In these circumstances, there is no freedom or social participation of these individuals as citizens. This is an extreme situation in the context of drug abuse as a social phenomenon. In fact, most people who use drugs are socially integrated and have no problems associated with this option.

However, as there are other people who are socially excluded, the present study seeks to contribute to the identification of some of the factors that may have contributed to the socio-professional integration of people who were in the situations outlined above, that accessed the Centro de Acolhimento de Alcântara (a shelter located in Lisbon), a structure concerning with harm reduction policies in drug addiction. Another objective is to analyze the use of strategies (at the institutional level) under Harm Reduction, which aim at social integration in formal social systems of problematic drug users, and thus contribute to lifestyles changes, in order to facilitate social participation. Considering the complexity of the phenomenon under analysis is important to note that this study has an exploratory nature.

Key-word: Drug addiction; Harm reduction; Social exclusion; Social integration.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA	5
1. Consumo de drogas e toxicodependência: fenómeno e problema social.....	5
2. A génese das políticas de Redução de Danos	6
2.1.Paradigma do desenvolvimento regional e local	6
2.2.O papel do Estado.....	8
3. O surgimento das políticas de Redução de Danos	9
4. A Redução de Danos em Portugal	11
5. O novo quadro normativo	12
6. As políticas de Reinserção Social.....	14
CAPÍTULO II - CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A PESQUISA: EXCLUSÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL.....	17
Rede social	19
Participação e exercício da cidadania	19
Sem-abrigo.....	22
CAPÍTULO III - METODOLOGIA.....	23
1. Enquadramento metodológico	23
2. Objecto de estudo	24
3. Dimensões de análise	24
4. Hipóteses de investigação.....	26
5. A amostra.....	26
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
1. Breve percurso biográfico dos entrevistados	29
2. A relação com as drogas.....	31
3. A vida antes de entrar para o Centro de Acolhimento de Alcântara.....	33
4. A vida depois de entrar para o Centro de Acolhimento de Alcântara	37
CONCLUSÕES	44
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	
Anexo A – Modelos que estiveram na génese da Redução de Danos.....	I
Anexo B – A Redução de Danos em Portugal.....	V
Anexo C - Sinopse das entrevistas.....	VII

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste numa tese de dissertação de mestrado em Sociologia e Planeamento. Trata-se de um estudo com carácter exploratório, no qual se pretendem alcançar os seguintes objectivos:

- Identificar factores que poderão ter contribuído para a integração socioprofissional de pessoas com consumos problemáticos de drogas, em situação de sem-abrigo, abrangidos por uma estrutura no âmbito da Redução de Danos da toxicodependência;
- Analisar a utilização de estratégias (a nível institucional) de reinserção socioprofissional de indivíduos com consumos problemáticos de drogas, abrangidos por estruturas de Redução de Danos, com vista à promoção da sua integração social em sistemas sociais formais, contribuindo assim para a mudança de estilos de vida facilitadores da participação social.

O carácter exploratório do estudo deve-se a vários factores. O principal é evidenciado no tema: “Reinserção socioprofissional de pessoas com consumos problemáticos de drogas, inseridas em programas de Redução de Danos”. A própria natureza das medidas em Redução de Danos não contempla como objectivo central a reinserção profissional de toxicodependentes. A obtenção de emprego trata-se de um dos principais objectivos no âmbito da Reinserção.

Na prática, as políticas de redução de danos enquadram-se numa lógica de saúde pública e surgem como respostas complementares às já existentes no âmbito da prevenção, do tratamento e da reinserção, tendo como um dos principais grupos alvo indivíduos com um elevado grau de toxicodependência de drogas ilegais (nomeadamente de heroína e cocaína), que se encontram em situações de exclusão social, afastados de sistemas sociais formais, nomeadamente no âmbito da saúde. Trata-se de medidas que visam fundamentalmente a redução dos riscos individuais inerentes ao consumo de drogas e a redução de danos desse mesmo consumo, quer para o próprio utilizador como para os outros. Assim, na aplicação destas medidas não é prática comum o desenvolvimento de estratégias de reinserção social que promovam acções específicas neste âmbito, principalmente no campo laboral (condições para a empregabilidade ou obtenção de emprego). No entanto, verifica-se que existem utentes abrangidos na estrutura de Redução de Danos designada “Centro de Acolhimento de Alcântara” que se encontravam em grave situação de exclusão social, enquanto pessoas sem-abrigo, toxicodependentes, afastados de sistemas sociais formais e informais, que, ao serem abrangidos por esta estrutura

parecem ter modificado de forma clara os seus estilos de vida, onde se inclui a obtenção de emprego.

Enquanto profissional com experiência nesta temática, esta situação despertou-me curiosidade e considerei importante aprofundar a questão na perspectiva da Sociologia e Planeamento, uma vez que o próprio objecto em análise é resultado das práticas directas junto destes grupos-alvo, não constituindo à partida um objectivo a alcançar na intervenção desenvolvida. Assim, torna-se importante aprofundar o conhecimento sobre estas situações, a partir dos próprios resultados da intervenção.

Em suma, a natureza exclusivamente exploratória deste trabalho consiste nestas premissas: o alcance de resultados não esperados no âmbito da intervenção em Redução de Danos preconizada no Centro de Acolhimento e a importância de aprofundar conhecimentos sobre os mesmos, pelo facto de ser a única estrutura de acolhimento em Portugal direccionada exclusivamente para toxicodependentes, no facto desta estrutura ter retomado o funcionamento apenas no final de Dezembro de 2009 (pelo que as experiências são recentes), e ainda porque para se obter um conhecimento aprofundado sobre os factores inerentes à sua eficácia implicaria uma pesquisa que envolvesse todos os agentes envolvidos e uma análise cuidada das dinâmicas geradas. Contudo, considerando o carácter experimental da intervenção desenvolvida, assume particular relevância procurar identificar factores e tendências inerentes às mudanças ocorridas, ou seja, à integração social destes indivíduos. Para além de perceber se os indivíduos conseguiram uma maior integração social, se se verificam melhorias na sua vida, é importante procurar identificar factores que poderão ter favorecido a integração. Uma vez que a identificação destes factores apenas será possível através de um estudo continuado, em profundidade, com um alargado leque de variáveis e de agentes envolvidos, no presente trabalho pretende-se apenas apresentar alguns elementos que poderão contribuir para uma melhor compreensão da redução de danos junto de toxicodependentes abrangidos no Centro de Acolhimento de Alcântara, com as características acima apresentadas, recorrendo a exemplos obtidos através das entrevistas efectuadas.

Em Portugal as políticas de redução de riscos e minimização de danos baseiam-se em dois princípios fundamentais definidos na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999¹:

¹ Aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 22 de Abril

- O princípio humanista que *“significa o reconhecimento da plena dignidade humana das pessoas envolvidas no fenómeno das drogas”* (Presidência do Conselho de Ministros 1999: 41);
- O princípio do pragmatismo, complementar ao princípio humanista e implica a *“promoção de políticas de redução de danos que, ao mesmo tempo que minimizam os efeitos do consumo nos toxicodependentes e salvaguardam a sua inserção sócio-profissional, (...) favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infecto-contagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicoddependência;”* (Presidência do Conselho de Ministros 1999: 42);

O Centro de Acolhimento dirigido a toxicodependentes é uma estrutura sócio-sanitária cujo funcionamento está previsto no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho² (elaborado na sequência da aprovação da Estratégia Nacional de 1999 e dos respectivos documentos operacionais). O Centro de Acolhimento trata-se de uma estrutura residencial temporária cujos principais objectivos são a contribuição para *“o afastamento de ambientes propícios ao consumo, bem como o encaminhamento social e terapêutico de toxicodependentes excluídos.”* (Ponto 2. do Art.º 14.º). É, de facto, a estrutura com o maior leque de serviços especializados disponíveis no âmbito da Redução de Danos.

Os Centros de Acolhimento funcionam 24 horas por dia, todos os dias da semana, e disponibilizam os seguintes serviços: alojamento, serviços de higiene e alimentação, apoio psicológico e social e cuidados de enfermagem, rastreio de doenças infecto-contagiosas, fornecimento de preservativos, assistência médica e psiquiátrica e programas de substituição opiácea em baixo limiar de exigência (PSOBLE). No DL é ainda definido que *“Têm acesso aos centros de acolhimento os toxicodependentes sem enquadramento familiar e social adequado que estejam já num processo de tratamento em ambulatório ou que estejam a ser acompanhados no sentido de se virem a submeter a curto prazo a um processo de tratamento e ainda ex-reclusos que estiveram em tratamento em estabelecimento prisional.”* (Ponto 1. do Art.º 17º).

O Centro de Acolhimento de Alcântara (CAA) reabriu em Dezembro de 2009, após obras de remodelação do edifício, e a gestão foi atribuída pelo IDT, I.P à IPSS Desafio Jovem, na

² Alguns dos projectos e das estruturas previstas no Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho já existiam previamente, pelo que o principal objectivo do DL é de regulação destas respostas sociais, promovendo *“o seu enquadramento normativo e integração num sistema global e coerente, clarificando os termos e as bases em que os agentes podem desenvolver a sua actividade, subordinados a avaliação e controlo sistemáticos e tendo como objectivos nucleares a protecção da saúde pública e da saúde individual, em estreita correlação com a clara intenção de sensibilização e encaminhamento para o tratamento.”*

sequência de um processo concursal. Actualmente o CAA tem capacidade para 50 utentes. Todos os utentes são toxicodependentes ou consumidores problemáticos de droga e encontravam-se em situação de sem-abrigo. Para além dos serviços prestados acima apresentados são ainda dinamizados *ateliers* temáticos com vista ao treino de competências e à ocupação de tempos livres, procurando assim explorar-se áreas de interesse junto dos utentes. A equipa técnica é multidisciplinar e é constituída por psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros, médico e monitores.

CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA

Considerando o âmbito de intervenção do projecto, em primeiro lugar é importante clarificar alguns conceitos (nomeadamente quanto ao consumo de drogas e toxicoddependência), compreender a emergência e evolução da Redução de Danos (RD) neste âmbito, o que se entende por Reinserção na área da toxicoddependência, o papel do Estado na implementação destas políticas em Portugal. Posteriormente serão apresentados os conceitos centrais do estudo: exclusão social e integração social.

1. CONSUMO DE DROGAS E TOXICODPENDÊNCIA: FENÓMENO E PROBLEMA SOCIAL

De uma forma muito resumida pode definir-se “droga” como qualquer substância que, ao ser ingerida, provoca alterações no sistema nervoso central. (Sullivan, Thompson, 1994). Ao longo da história verifica-se que a utilização de drogas está intrinsecamente ligada ao significado social que lhe é atribuído num determinado momento, sendo adaptável ao longo do tempo. Quer isto dizer que as drogas valem como problema, não apenas pelo que são, mas também pela forma como são socialmente codificadas. O consumo de uma droga ilícita, mesmo sem ser frequente, entra em confronto com as normas não por causa da regularidade, mas por causa da norma.

Surge então a questão: quando é que o consumo “aceitável” de drogas passa a problemático?

Segundo algumas perspectivas o consumo de drogas passa a ser considerado problemático quando se verificam consequências negativas para o próprio, ou para outros sistemas sociais. Luís Fernandes e Maria Carmo Carvalho definem consumo problemático como *“toda a utilização de drogas que conduza à auto-percepção de situações e/ou estados indesejáveis no indivíduo (saúde física e mental) e/ou dos diferentes níveis de sistemas que o envolvem (família, grupos informais, trabalho, relação com instituições,...). A definição não deve confundir-se com a de toxicoddependência, pois esta representa uma situação específica na evolução dos consumos problemáticos.”* (2003: 20).

Na perspectiva médico-psicológica (Valentim, 1997), a toxicoddependência é uma doença, destacando-se a perda de controlo dos indivíduos sobre os seus consumos, apesar dos efeitos nocivos para a saúde. *“A definição “objectiva” dada pelo campo médico-psicológico encontram-na nos dois principais instrumentos de diagnóstico clínico: o ICD (10ª edição) da Organização Mundial de Saúde e o DSM (4.ª edição) da Associação Americana*

de Psiquiatria. Nestes define-se a toxicodependência como categoria caracterizada pela presença de sinais e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo perdeu o controlo sobre o uso de substâncias psicoactivas e continua a consumi-las apesar das suas consequências adversas.” (1997: 83)

Actualmente existe uma posição consensual que perspectiva o fenómeno de uma forma multicausal. *“A necessidade de uma abordagem multidimensional e multidisciplinar das toxicodependências parece hoje ponto assente na maioria das análises científicas que tendem a rever-se na fórmula de Olievenstein: “a toxicodependência é o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sociocultural”.” (Torres et al, 2008: 19-20).* Já em 1979 Helen Nowlis afirmava que *“existem três elementos fundamentais no uso de qualquer droga, legal ou ilegal, medicinal ou não medicinal: a substância; o indivíduo que a utiliza; o contexto social ou cultura em que a utilização de droga se insere.” (citada por Agra, 1993: 21).* Nos últimos anos o fenómeno tem sido analisado seguindo uma abordagem multifactorial a que se tem chamado modelo biopsicossocial, e que compreende a importância de factores genéticos, biológicos, comportamentais, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos. (Ló, 2007)

Na perspectiva das ciências sociais destaca-se a influência das dimensões contextuais ou ambientais, preconizando-se por isso uma abordagem multidimensional que tenha em conta as interrelações estabelecidas entre si.

Considerando que o objecto em estudo neste trabalho se enquadra na perspectiva da RD, o conceito mais adequado a utilizar quanto à relação estabelecida dos beneficiários da intervenção com as drogas ilegais é o de “consumo problemático”. A própria história do aparecimento e evolução da RD contribui para fundamentar esta opção.

2. A GÉNESE DAS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

2.1. PARADIGMA DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL E LOCAL

Para uma melhor compreensão da RD, é importante enquadrar o seu aparecimento nos anos 80, no período histórico e social marcado por profundas mudanças, como são os anos que se seguiram aos “Trinta Gloriosos”³. De facto o próprio paradigma do

³ Portugal, pela sua História, não se enquadra no conjunto de países ocidentais a que se refere a análise seguidamente apresentada. Nessa análise encontram-se outros países onde surgiram as políticas de RD, pelo que se considera pertinente a exposição de algumas ideias sobre teorias de desenvolvimento regional e local.

“desenvolvimento” nas sociedades ocidentais estava posto em causa, como podemos ver numa breve análise sobre teorias de desenvolvimento regional.

As teorias sobre desenvolvimento regional têm-se situado entre dois paradigmas, situados, ao extremo, em dois pólos opostos:

1. No período que se seguiu à 2.^a Guerra Mundial, nos “Trinta gloriosos”, o paradigma de desenvolvimento situava-se a uma larga escala regional. Enquadrava-se numa lógica “*top down*”, em que o governo central assume um papel fundamental, e baseava-se na criação de pólos de desenvolvimento, na extensão espacial de áreas mais desenvolvidas para outras menos desenvolvidas, através do aumento da mobilidade de condições e de factores de produção (principalmente capital, trabalho e tecnologia) investindo na melhoria das redes de transportes e de comunicações entre essas áreas, das infra-estruturas e de investimento público. Vivia-se um período de crescimento económico e social, com elevados níveis de emprego e com problemas sociais a que o Estado-providência respondia adequadamente. Esta época caracteriza-se ainda por um elevado nível de confiança na previsibilidade das tendências futuras de desenvolvimento e na racionalidade da acção. (Stör, 1984 e 2001).

Com a crise económica e social que surgiu nos anos 70 e as suas consequências, nomeadamente com o aumento do desemprego, as respostas existentes já não eram suficientes. A crise dos anos 70 assume uma escala internacional e os problemas emergiram em vários países, com fortes impactes à escala local e territorial, afectando comunidades locais. De acordo com Stör (1990), a capacidade endógena de resposta (nomeadamente de inovação e de flexibilidade) das comunidades locais para enfrentarem os desafios das mudanças da economia mundial foi afectada pelos próprios mecanismos do sistema que visavam a concentração da iniciativa dos processos de desenvolvimento e de organização no governo central associada a uma lógica do funcionamento de mercado orientado para uma larga escala. As políticas redistributivas foram asseguradas durante vários anos num período de crescimento mas não foram criadas políticas que promovessem a capacidade de inovação e de flexibilidade a nível local.

2. Na procura de respostas para os problemas económicos e sociais a nível local, como alternativa ao modelo de desenvolvimento estabelecido “*top down*”, nos anos 80 surge o modelo de desenvolvimento baseado na capacidade de resposta a nível local, seguindo uma lógica “*bottom up*”, através do desenvolvimento de redes a nível local e regional.

Segundo Stör, o desenvolvimento “*would need to be considered again as an integral process widening opportunities for individuals, social groups, and territorially organized*

communities at small and intermediate scale, and mobilizing the full range of their capabilities and resources for the common benefit in social, economic and political terms.” (1981: 40)

Da análise de várias iniciativas de desenvolvimento local, o autor concluiu que as melhor sucedidas foram orientadas para o alargamento das estruturas da economia local com base na utilização diversificada dos recursos locais, associada à formação na utilização de novas tecnologias, actividades culturais, financiamento local e formas melhoradas de troca de informação e de cooperação local. (Stör, 1990)

Com a globalização económica, e o alargamento das relações sociais a uma escala global, nomeadamente entre vários países, o exercício do poder por parte do Estado também assumiu uma escala mundial. A actuação do Estado enquanto instituição que exerce o poder político à escala territorial, não pode assim restringir as bases de tomada de decisão à escala nacional. Actualmente, muitas questões relacionadas com a vida humana são discutidas e definidas a um nível supra-estatal.

Por outro lado, constatou-se a incapacidade do Estado-Providência tradicional em assegurar as mesmas respostas como há 40 anos atrás, em cenários actuais marcados pela imprevisibilidade e pela insegurança e riscos sociais em vários domínios (como por exemplo: trabalho, ambiente, terrorismo, saúde, mercado, criminalidade nas áreas urbanas, coesão social, entre outros).

Em síntese, com as consequências das sucessivas crises económicas vividas a partir dos anos 70, o próprio conceito vigente de Estado-Nação e de Estado-Providência foi posto em causa.

2.2.O PAPEL DO ESTADO

“A função da política moderna tem sido domesticar o poder do Estado, de modo a dirigir as suas actividades para fins encarados como legítimos pelas pessoas que serve, e regular o exercício do poder mediante a criação de um Estado de direito.” (Fukuyama 2006: 15)

Vários autores têm analisado as características das sociedades pós-industriais, marcadas pelo capitalismo avançado e o conseqüente desgaste das regras da modernidade, nomeadamente o conceito de Estado-Nação e de Estado Providência. No entanto, os sistemas de segurança social constituem respostas com vista à redução de incertezas e riscos do dia-a-dia, bem como aos problemas produzidos pelas funções do

mercado de trabalho. (Fernandes, 2006). A sociedade assume assim não só os riscos existentes mas também a responsabilidade da sua redução.

“O Estado opera, cada vez mais, na modernidade, como um redutor de riscos sociais.”
(Fernandes 2006: 185)

A aplicação do modelo social europeu (no seu sentido mais lato) é sustentada pelo pacto social entre representantes dos principais interesses económicos e sociais, conciliando o mercado capitalista e as políticas sociais.

“o modelo social europeu caracteriza-se por um conjunto de traços de que se destaca a existência de um princípio de legitimidade política assente na democracia parlamentar e no estado de direito, por um lado, e a “...coexistência harmoniosa entre o pleno emprego e o objectivo de maior equidade na distribuição dos recursos, (...) conciliando o funcionamento do subsistema económico (que, assente nos direitos de propriedade, segue uma lógica racional de maximização do lucro (...)) e o subsistema social (...)” (Pereirinha e outros 1999: 35), que assegura o bem-estar das populações.” (Capucha 2005: 20)

Neste contexto, assumem particular importância a igualdade e a cidadania plena enquanto pilares fundamentais quer da vida em democracia, como também do próprio Estado-Providência. *“A ambição da igualdade é, pois, um projecto político, profundamente ligado ao aparecimento do estado-providência”* (Capucha 2005: 19) preconizando a prestação de serviços universais em vários domínios (educação, saúde, salários e apoio à família, por exemplo). *“Os cidadãos têm o dever de contribuir para o bem comum e têm o direito de acesso individual ao bem-estar económico e social”* (Capucha 2005: 19), através de políticas redistributivas por parte de Estado.

3. O SURGIMENTO DAS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

A RD surgiu como movimento internacional nos anos 80, enquanto resposta ao crescimento da transmissão pelo HIV e da SIDA. Vários países compreenderam a necessidade de implementar estratégias diferentes e mais adequadas como o objectivo de reduzir o risco de transmissão do VIH especificamente junto de utilizadores de drogas injectáveis (UDI). Os resultados positivos alcançados em alguns países (nomeadamente na Holanda, no Reino Unido e na Austrália), no âmbito da saúde pública, com a implementação de medidas como os programas de troca de seringas e prescrição médica de substâncias aditivas, levaram ao interesse por parte de outros países a implementar medidas

semelhantes e ao desenvolvimento do modelo de RD, através da criação de outras respostas, durante os anos 90. (Marlatt, 1999).⁴

De acordo com Marlatt (1999) podemos identificar os seguintes princípios básicos da Redução de Danos:

1. A RD baseia-se no princípio do pragmatismo e numa abordagem de saúde pública, constituindo-se como uma alternativa aos modelos jurídico-moral (vigência da proibição e da punição) e de doença (no sentido restrito em que a meta aceitável para o tratamento é a abstinência do consumo de drogas). Aceita-se o facto de muitas pessoas consumirem drogas, enquanto fenómeno social e que a visão idealista de uma sociedade “livre de drogas” não é realista nem concretizável.
2. A RD baseia-se numa abordagem humanista na sua actuação com o sofrimento humano. Esta abordagem é semelhante à da psicologia humanista (Carl Rogers, Abraham Maslow, entre outros). Segundo a pirâmide de Maslow, existe uma hierarquia das necessidades humanas, estando na base as de sobrevivência (alimento e abrigo). Só é possível trabalhar outras necessidades (psicológicas e sociais, por exemplo) quando as básicas estão supridas. Rogers defende uma abordagem centrada no cliente, em que as suas necessidades são a prioridade na definição das respostas a implementar. Neste sentido, é fundamental uma parceria efectiva entre “clientes e provedores”.
3. A abstinência continua a ser o resultado ideal, compreendendo no entanto alternativas que reduzam os danos associados ao consumo. Entende-se que uma abordagem gradual de redução de danos, dos consumos e da diminuição de comportamentos de elevado risco, que implicam consequências prejudiciais quer ao nível individual como social, são considerados como objectivos a alcançar e resultados positivos.
4. A RD surgiu de acordo com uma abordagem *bottom up*, baseada na defesa dos interesses dos próprios utilizadores de drogas e não como uma política *top down*, criada e estabelecida por decisores políticos. Como vimos, no caso da Holanda, por exemplo, vários programas foram criados segundo a perspectiva da saúde pública nas próprias comunidades.

⁴ Em anexo é feita uma breve apresentação dos modelos que estão na génese da RD: o modelo holandês, o modelo (Merseyside) do Reino Unido, e os modelos do Canadá e da Austrália (Anexo A). A análise desta informação é importante para compreender os princípios básicos da RD.

5. As respostas em baixo limiar de exigência constituem uma alternativa às respostas em alto limiar de exigência, em que a abstinência do consumo não é uma condição para a adesão. Assim, são criadas condições para promover o maior envolvimento dos consumidores em processos de mudança de estilos de vida.

Com base nestes princípios, as estratégias a implementar em redução de danos implicam a proximidade entre os técnicos interventores e os consumidores de drogas. Uma vez que alguns consumidores se encontram afastados das respostas e serviços convencionais, são as respostas que vão de encontro aos consumidores, nos territórios e comunidades onde se encontram. Neste âmbito, as relações estabelecidas entre os interventores e os beneficiários são fundamentais para a obtenção de resultados positivos, uma vez que toda a “intervenção” depende do planeamento participado e do estímulo para patamares mais elevados de exigência.

4. A REDUÇÃO DE DANOS EM PORTUGAL

A implementação das políticas de redução de danos em Portugal foi posterior à de outros países da Europa. Jorge Barbosa (2009) identifica 3 fases de emergência da redução de danos em Portugal⁵:

- **Fase clandestina (1977-1992)** - Neste período surgem as primeiras iniciativas de redução de danos, com carácter experimental. Destacam-se neste período duas áreas de intervenção, pela importância que assumiram ao longo do tempo: a implementação de programas de substituição opiácea com manutenção de metadona e o rastreio de doenças infecciosas

- **Fase experimental (1993-1998)** - Durante os anos 90 registou-se o crescimento do número de utilizadores de drogas injectáveis infectados pelo VIH, o que contribuiu para a implementação de projectos experimentais dirigidos à população toxicodependente, no âmbito da redução de danos em algumas cidades (Porto, Coimbra e Lisboa). Na sequência da implementação crescente deste tipo de programas, desenvolveu-se um debate entre o Estado e a sociedade civil que proporcionou a análise de perspectivas não proibicionistas e de outras experiências de outros países europeus (como por exemplo sobre a descriminalização do consumo de drogas).

⁵ No Anexo B consta uma explicação mais exaustiva destas fases.

- Fase de legitimação política (1999-2005) - Em 1999 é aprovada, pelo Conselho de Ministros, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 de 22 de Abril). Este documento assume uma importância vital na actuação no âmbito das drogas e das toxicodependências. Assente em princípios como o Humanismo e o Pragmatismo, apresenta propostas inovadoras para Portugal como a implementação de uma política de redução de danos que *“visam eliminar ou minimizar os danos, ou os riscos, causados pelo consumo de drogas, em todas as situações, mesmo quando o consumo se mantém. A ideia está bem expressa na afirmação de E. Buning e G. Van Brussel: “Se um consumidor de drogas (homem ou mulher) não consegue ou não quer renunciar ao consumo de drogas, deve-se ajudá-lo a reduzir os danos que causa a si mesmo e aos outros.”*” (ENLCD, 1999: 126).

Em 2001 foi aprovado o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos, com a publicação do DL n.º 183, de 21 de Junho, onde constam as respostas e as estruturas sócio-sanitárias de RD passíveis de implementar em Portugal: gabinetes de apoio, centros de acolhimento, centros de abrigo, pontos de contacto e de informação, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas, programas de substituição opiácea em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, equipas de rua e programas de consumo vigiado. O DL também surge como resposta à necessidade de existir um enquadramento normativo e a criação de um sistema global, integrado e coerente, estabelecendo princípios básicos de actuação com a implementação das medidas previstas. Isto implicou que as respostas e os projectos já existentes se adaptassem às exigências previstas na lei.

Segundo Jorge Barbosa *“Depois de um período de experiência de iniciativas de baixa exigência geograficamente limitadas, seguiu-se um ciclo de regulação e generalização das políticas de redução de danos.”* (2009: 38)

5. O NOVO QUADRO NORMATIVO

“A droga, enfim, entrou na normalidade. Tal como a insegurança urbana, tal como a criminalidade. São todas elas elementos constitutivos da sociedade do risco, em que a ameaça é reconceptualizada como algo que habita connosco.” (Fernandes, 2009: 13)

Existe regularidade nos fenómenos sociais. Segundo Peter Berger e Thomas Luckmann (2004) as acções frequentemente repetidas formam padrões, que são interiorizados como hábitos que quando partilhadas no decurso de uma história comum se transformam em tipificações. É este o processo que está na origem da institucionalização.

Estes mecanismos são considerados libertadores uma vez que reduzem a complexidade na tomada de decisão para acção. Simultaneamente, as instituições assumem assim o papel de controlo social ao condicionarem a acção socialmente aceite.

Segundo Luís Fernandes (2009) as políticas de redução de danos no âmbito do consumo de drogas constituem “*uma nova postura normativa em relação ao fenómeno drogas*” (p. 3), ao introduzir novas práticas, novos agentes e ao contribuir para a emergência e aumento de movimentos críticos das medidas tradicionais neste âmbito. Com este processo, assiste-se à legitimação de novas práticas e ao estabelecimento de novas normas sociais estruturadoras da acção de vários agentes sociais neste domínio. Estas políticas são resultado de um processo de reinstitucionalização do fenómeno droga na sociedade portuguesa.

A abordagem da RD compreende a constatação de dois elementos fundamentais que questionam as normas sociais até então vigentes em dois âmbitos:

1. Redução da procura - A prevenção, o tratamento com vista à abstinência do consumo de drogas e a reinserção social de toxicodependentes não constituíam respostas totalmente eficazes aos problemas relacionados com as drogas. Por exemplo, durante cerca de 30 anos, as respostas disponibilizadas pelo sistema público de tratamento baseava-se no ideal de abstinência e nas terapias livres de drogas. Neste âmbito o consumidor de drogas toxicodependente é entendido como um doente, que estabelece uma relação terapêutica com um especialista, em que este último assume a condução do processo, em contexto de consultório. “*O poder desta leitura patologizante revela-se claramente no facto de ser a doença o elemento nuclear da representação social do “drogado” (Quintas, 1997)*” (Fernandes, 2009: 9)

Na perspectiva da RD, o enfoque é a redução de riscos e a minimização de danos a nível individual e social (saúde pública) associados ao consumo de drogas. O indivíduo que consome drogas é responsável pela opção de consumir drogas ou não, sem que essa decisão o impeça de ter direito a apoio. A relação é estabelecida com técnicos, que utilizam estratégias de proximidade, no contexto onde os indivíduos se encontram (rua). As mudanças ocorridas são resultado de uma relação estabelecida entre o técnico e o indivíduo, em que este último é o principal decisor.

2. Redução da oferta - O combate ao tráfico e a aplicação na perspectiva da criminalização de todos os agentes envolvidos com drogas também não constituem uma resposta totalmente eficaz. O modelo proibicionista e as políticas criminalizadoras instituídas não eliminaram a oferta de drogas. Sendo todo o “mundo da droga” ilegal e todos os seus

actores “criminosos”, incluindo os consumidores não traficantes, é reforçado o estigma social a que estão sujeitos, a marginalidade do fenómeno e, conseqüentemente reforçada a exclusão social de todos os agentes dos sistemas sociais formais.

A adopção de políticas de Redução de Danos (e de outras como a descriminalização do consumo individual de drogas ilegais) altera não só o enquadramento jurídico-legal sobre as drogas, como também a percepção da sociedade sobre o fenómeno. Aceita-se assim que o consumo de drogas é de facto um fenómeno social, cujas conseqüências mais nefastas também são, quer as causas como os efeitos, produto da vida social. Os indivíduos com consumos problemáticos de drogas são assim entendidos como cidadãos, estando, por vezes, os mais socioeconomicamente desfavorecidos em situações graves de doença, de pobreza e de exclusão social.

6. AS POLÍTICAS DE REINserÇÃO SOCIAL

As respostas com vista à reinserção social de toxicod dependentes são desenvolvidas há mais tempo do que as associadas à redução de danos. Os conceitos foram-se alterando ao longo do tempo (por ex. prevenção terciária, reabilitação, reintegração) mas a noção de que os indivíduos toxicod dependentes têm necessidade de apoio para ter uma vida independente, autónoma, de acordo com as normas sociais vigentes é uma preocupação de longa data no âmbito das políticas de intervenção nesta área.

No entanto, tradicionalmente a reinserção era percebida como uma etapa posterior ao tratamento ou como fazendo parte do próprio processo de tratamento da toxicod dependência. Talvez se explique esta tendência pela vigência do paradigma da “vida livre de drogas”, que orientou as políticas nacionais e internacionais, durante vários anos. Se numa primeira fase o olhar sobre o toxicod dependente era fundamentalmente de um indivíduo criminoso e marginal que necessitava de ser reabilitado para uma vida normal, numa segunda fase era fundamentalmente encarado como um doente que precisa de tratamento e de reunir condições que lhe permitam viver em sociedade. Actualmente, o olhar é mais abrangente e não se esgota numa visão reducionista exclusiva da justiça ou da saúde, no sentido mais restrito, em que a solução era possível através de prescrição médica. Seja qual for o olhar sobre o toxicod dependente, continua a ser verdade que é necessário apoiar e promover uma vida plena nos sistemas sociais formais. As formas como esses apoios são prestados e os mecanismos a implementar é que vão mudando ao longo do tempo.

Nos últimos anos, ao olhar-se a toxicodependência como um fenómeno complexo, bio-psico-social, as intervenções no âmbito da reinserção também se foram alterando. Este olhar é evidente nas políticas públicas desenvolvidas (nomeadamente nos últimos 15 anos) e facilmente compreendida ao observarmos, por exemplo, a posição do IDT, IP (principal estrutura do Estado responsável pelas acções no âmbito da redução da procura), pela informação disponível, no *site* da *Internet*, na página introdutória da área da Reinserção:

“O desenvolvimento de acções que concorrem para a Inserção Social dos indivíduos com percursos de dependência de substâncias psicoactivas traduz-se cada vez mais em abordagens sistémicas, que encaram o indivíduo como um todo, e que procuram actuar ao nível das dimensões em carência que constituem obstáculos a percursos de integração sustentados e duradouros. Os sistemas sociais aparecem neste âmbito como uma dimensão que pode potenciar e facilitar os processos de inserção dos indivíduos em Reinserção. O caminho parece basear-se numa lógica onde a intervenção tenha em conta as causas efectivamente associadas a estes fenómenos, procurando estratégias globais, que contemplem as diversas dimensões da realidade dos actores e dos sistemas sociais e que actuem estruturalmente nos problemas dos indivíduos e das sociedades. Neste contexto, as entidades empregadoras, e também as entidades formativas, apresentam-se como parceiros fundamentais neste processo, que a todos implica de igual modo”. (site do IDT, IP: 2009⁶)

Esta dissociação da reinserção à fase de “tratamento” em que se situa o toxicodependente, é também clara para os outros países da Europa. Verster e Solberg (2003) num estudo promovido pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) sobre a reinserção social de toxicodependentes na Europa, acabaram por definir o conceito de reinserção social como *“any attempt to integrate drug users into the community”* (p. 3). E clarificam esta ideia: *“(...) social reintegration is not necessarily perceived as either the last step in the treatment process or as a post-treatment intervention, but rather as a separate and independent intervention, with its own goals and means, which can be offered for both former and current problem drug users.”* (p.5)

A actuação no âmbito da Reinserção centra-se em três áreas fundamentais: a habitação; a formação, educação e desenvolvimento de competências; o emprego.

Os toxicodependentes encontram-se muitas vezes excluídos de várias áreas, ou campos, da vida social. Um dos mais importantes é o emprego. A obtenção de emprego é fundamental não só porque permite a obtenção de rendimento, fundamental para suprir

⁶ <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Paginas/AreasIntervencao.aspx> acessido a 06.06.2009

necessidades básicas, mas também porque permite estabelecer laços sociais e obter satisfação e realização pessoal (Ló, 2007). Obter emprego é uma das principais dificuldades para estes indivíduos, pelo que este é provavelmente o principal objectivo a alcançar no âmbito da reinserção.

Segundo Agostinho Silvestre e Celina Manita (2008), a própria história relativa ao consumo de drogas aponta para algumas relações com o fenómeno trabalho, nomeadamente o facto do primeiro período de crescimento do consumo de drogas (álcool, ópio e derivados) corresponde temporalmente ao momento desenvolvimento da revolução industrial. *“Esse período, que vários autores (Bachmann e Coppel, 1989; Escotado, 1996) designam por opiomania operária do século XIX, é frequentemente associado às profundas transformações dos modos de vida que essa nova forma de organização do trabalho implicou para a maioria da população.”* (Silvestre e Manita, 2008, p. 4). Os autores referem ainda que nas primeiras décadas do século XX se registou um aumento das *“preocupações dos poderes públicos e das organizações de natureza sindical e de defesa do trabalho com o consumo de drogas, considerado frequentemente como um flagelo”* (p. 4), tendo sido produzidos na época documentos relevantes como um relatório da Organização Internacional do Trabalho nos anos 30, onde se relacionam temas como a pobreza e as condições de trabalho dos operários da indústria e o consumo de substâncias psicoativas. Simultaneamente, registou-se também o surgimento, em vários países e a nível internacional, de medidas de luta contra a droga (ex. Convenção Internacional do Ópio). Estas referências evidenciam preocupações relativas ao consumo de drogas e ao trabalho. Actualmente é inquestionável a importância do emprego na vida de qualquer cidadão, entre os quais, pessoas com consumos problemáticos de drogas ilegais, não só na perspectiva da interferência do consumo de drogas no trabalho, mas também na perspectiva da interferência do trabalho no consumo de drogas.

No âmbito do presente estudo, o emprego é abordado associado às dimensões de exclusão e de integração social.

CAPÍTULO II - CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA A PESQUISA: EXCLUSÃO E INTEGRAÇÃO SOCIAL

Segundo vários autores as desigualdades sociais não tendem a desaparecer mas sim a aumentar. Segundo Karl Marx as relações sociais estabelecidas através da produção criam não só o objecto do consumo mas também a forma do consumo, isto é, a produção dá resposta a uma necessidade criando também ela própria outras necessidades. De acordo com André Gorz a acessibilidade de um produto por parte de todos, leva à criação de outro produto distinto, melhor. Assiste-se assim a um processo de uma reprodução constante de desigualdades.

“A lógica do capitalismo é, na verdade, a do sempre mais e do sempre melhor.” (Fernandes 2006: 187). O sistema capitalista promove a criação e concentração de riqueza, o que tem como repercussão o aumento da pobreza e da exclusão social.

A partir dos anos 70, assiste-se ao surgimento de novos problemas e de necessidades e ao agravamento de outros (alguns dos quais criados pelo próprio modelo subjacente à actuação do Estado-Providência) que condicionam a sua acção. Luís Capucha (2005), com base na análise de vários autores, apresenta algumas dessas situações, entre as quais destaco: *“O envelhecimento da população e a aceleração dos rácios de dependência (Pereirinha e outros, 1999; Jaeger e Kwist, 2003), níveis de emprego relativamente baixos, mudanças nos padrões de organização familiar (Kellerhals, Troutot e Lazega, 1989; Pereirinha e outros, 1999; Jaeger e Kwist, 2003), (...) A segregação das esferas de realização pessoal e a individualização das relações sociais (Giddens, 1992; Dubet e Martucelli, 1998), a constituição de novos territórios suburbanos degradados e os crescentes fluxos migratórios”*. (p.25). Destacam-se como dificuldades na aplicação do modelo a capacidade distributiva do estado e o combate ao fenómeno da exclusão social.

A toxicodpendência e o consumo de drogas são problemáticas claramente associadas à exclusão social enquanto *“situações em que indivíduos ou agregados familiares sofrem de privação múltipla; e quando tal privação os separa de formas específicas de uma participação social e económica mais ampla.”* (Giddens 2007: 102)

O conceito de exclusão social foi evoluindo, a partir dos meados dos anos 70, distinguindo-se do conceito de pobreza. A pobreza está associada à escassez de recursos materiais enquanto a exclusão social compreende uma abordagem mais centrada nos aspectos relacionais, nos laços sociais e nos mecanismos de integração/desinserção social. De acordo com Luís Capucha (2005) é possível diferenciar duas conotações da noção de

exclusão social: uma centrada na natureza dos laços sociais, outra nos direitos de participação.

Na abordagem da exclusão enquanto ruptura com os laços sociais “(...) a exclusão social tem vindo a ser concebida como uma realidade processual, multidimensional (económica, social e política), de carácter cumulativo e estrutural, resultante de rupturas sucessivas dos laços sociais sofridas por algumas pessoas, encerrando-as em territórios e colectivos fora dos recursos e valores predominantes na sociedade.” (Capucha 2005: 79) Ao situar-se a exclusão social ao nível da ruptura dos laços sociais significa que é possível ser-se excluído, sem estar em situação de pobreza, ou ser-se pobre sem estar numa situação de exclusão.

Esta abordagem é importante porque não limita os problemas associados à exclusão social à escassez de recursos económicos, isto é, à pobreza, nem à distribuição de outros recursos (educacionais, culturais, etc.), contemplando uma dimensão social associada à construção de identidades e de redes de sociabilidade. (Capucha, 2005).

Ao situarmo-nos na perspectiva das desigualdades, nomeadamente no que diz respeito às desigualdades de recursos (Göran Therborn, 2006), verifica-se, de acordo com os dados de vários estudos (Ló, 2007; Matos, 2008, Fernandes et al. 2003), que a desigualdade de recursos, quer materiais (rendimento, emprego) como simbólicos (educacionais, redes sociais, acesso a formas de protecção social) estão presentes no fenómeno do consumo de droga. Estas características revelam que algumas pessoas desta população se encontram numa situação de desvantagem em vários aspectos, nomeadamente no acesso ao emprego, com todas as implicações decorrentes. Contudo, é importante referir que existem pessoas toxicodependentes ou com consumos problemáticos de drogas que se encontram integradas em sistemas sociais formais, por exemplo no mercado laboral, e que recorrem a serviços específicos nesse âmbito, como se pode observar no estudo efectuado por Anália Torres *et al* (2008) em que 36% da amostra de utentes que recorreram ao CAT do Restelo nas décadas de 80 e de 90, exerciam uma profissão.

Os fenómenos sociais são complexos e seria limitador eleger uma abordagem da exclusão social em detrimento das outras, e o consumo problemático de drogas e a toxicodependência não são excepção.

REDE SOCIAL

A rede social compreende todo o conjunto de laços (relações sociais) entre pontos (pessoas, grupos ou organizações). Os laços existentes permitem a circulação de informação e de recursos entre os agentes (Pena Pires, 2007)⁷. Existem factores que determinam a localização dos indivíduos na rede social que não dependem das suas escolhas, como por exemplo onde se nasce, a posição social e as condições de saúde ou os contextos físicos e sociais onde vive a infância. Existem condições existenciais que determinam a localização do indivíduo em sistemas sociais que exercem uma forte influência não só nos percursos individuais, mas também nas relações estabelecidas com os outros, nas suas opções, oportunidades e condicionamentos, e em última análise na sociedade a nível macro.

No âmbito do consumo de drogas, existem vários estudos que destacam a importância destes factores (tecnicamente denominados “factores de risco” e “factores de protecção”) como potenciadores ou inibidores de comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias psicoactivas. Ao considerarmos a situação social de indivíduos com consumos problemáticos de drogas ilegais ou toxicodependentes, em situações muito graves, verifica-se que as posições sociais de alguns indivíduos se situam, predominantemente, em sistemas sociais que não são socialmente aceites, segundo a norma nem a lei. Estão integrados em sistemas onde actuam segundo papéis definidos, com relações estabelecidas e com dinâmicas de poder em vários planos. De facto quando se fala de isolamento social de toxicodependentes, a referência são os sistemas sociais formais, socialmente aceites, uma vez que, por vezes, se encontram em situações de desemprego, sem-abrigo, com dificuldades na satisfação de necessidades básicas (alimentação e higiene) e em situações graves de doença.

Neste âmbito entram ainda em linha de conta muitos outros factores relacionados com as opções e acções dos indivíduos, associados aos direitos de participação.

PARTICIPAÇÃO E EXERCÍCIO DA CIDADANIA

De acordo com Göran Therborn (2006), a estigmatização é um processo de produção e reprodução de desigualdades existenciais, a “igualdade de oportunidades” não é

⁷ As relações sociais variam e podem ser analisadas em função de vários factores, como por exemplo a frequência, a duração, a direcção, a intensidade, a reciprocidade, etc.

efectivamente igual para todos, e a falta de liberdade na prossecução de projectos de vida pessoais também se constitui uma desigualdade existencial. De uma forma geral a toxicodependência e o consumo problemático de drogas ilegais são situações sujeitas a um forte estigma social. Quanto mais grave é essa situação, e quanto maior o seu afastamento dos sistemas sociais formais e maior o recurso a práticas ilícitas e com efeitos nocivos para outras pessoas, maior é o estigma a que os indivíduos estão sujeitos. Neste âmbito, a estigmatização acaba por se tornar uma barreira a mudanças relativamente aos comportamentos de risco para a saúde individual e pública, de estilo de vida e de inclusão social.

Segundo Anthony Giddens (2007) o comportamento compulsivo está muito mais presente nas sociedades pós-industriais e directamente relacionado com riscos de saúde. A noção de risco está associada a escolhas e à liberdade e autonomia para fazer opções. Essas escolhas acabam por influenciar e/ou determinar estilos de vida⁸. No entanto, as decisões tomadas não dependem exclusivamente da vontade individual e nem sempre são deliberadas. Isto aplica-se claramente à toxicodependência (e ao consumo problemático de drogas), na medida em que o indivíduo perde o controlo das suas acções, encontra-se muitas vezes numa grave situação de exclusão social (pelo menos dos sistemas formais) e até pode acabar por prejudicar outros com as suas acções. De acordo com Giddens (2007) a liberdade não é apenas formal mas deve ser real, e este é um dos motivos pelo qual o consumo de heroína não é legal na maioria dos países, uma vez que se constata que o toxicodependente é menos livre e menos autónomo do que indivíduos que não estão nessa situação.

Quando nos situamos no âmbito da promoção da saúde, enquanto promoção de estilos de vida saudáveis, verificamos que nem todos os indivíduos têm as mesmas oportunidades de uma vida saudável. Existem diferenças na saúde relacionadas com divisões sociais. De acordo com Denny Vagerö (2006) as mudanças de saúde não dependem exclusivamente das opções de estilos de vida mas estão relacionadas com outros factores desde o nascimento, a diferenças aos níveis educacional, ocupacional, laboral, de rendimento, de género, entre outros. Destaca ainda a ideia que as experiências dos percursos sociais dos indivíduos influenciam a saúde ao longo dos vários ciclos de vida. Existem ainda desvantagens de saúde, não genéticas, transmitidas entre várias gerações.

⁸ Giddens define estilo de vida como *“hábitos e orientações que as pessoas seguem na sua vida diária – e como isso se relaciona com a consciência que têm de si mesmos, com os seus objectivos e aspirações. O estilo de vida torna-se importante nas sociedades pós-industriais devido à democratização quotidiana. A maior parte daquilo que fazemos hoje é de certa forma resultado de uma decisão: tomamos decisões todos os dias, não por oposição a um meio relativamente estável de tradição e costumes enraizados, mas de informação em mudança.”* (2007: 171).

Segundo Vagerö (2006), os riscos de saúde na idade adulta também são o resultado de desvantagens sociais acumuladas durante toda a vida, e em parte, transmitidas pelas gerações anteriores.⁹

Considerando estes factores, a abordagem relativa à participação social de indivíduos com consumos problemáticos de drogas situa-se numa esfera de assimetria de poderes, onde existem diferenças e desigualdades no acesso à participação social plena, condicionando a pluralidade de opções de estilos de vida.

Em síntese, e de acordo com Luís Capucha (2005), a situação de exclusão social caracteriza-se, principalmente por não ter rendimentos que permitam viver dignamente, não ter um emprego (ou ter em situações muito precárias), ter um baixo nível de qualificação profissional (face às exigências actuais), ter baixos níveis de escolaridade ou ter vivido insucesso escolar, ser mais vulnerável a situações de doença e aceder a cuidados de saúde com menor qualidade, viver em casas degradadas ou até na rua, não ter apoio familiar no sentido de construir projectos de vida estáveis, pertencer a comunidades onde prevalece a marginalidade, a carência, a violência, a pobreza. Isto implica ter um *“estatuto social desvalorizado e uma identidade negativa.”* (p. 90)

Ao considerarem-se ainda outros elementos relacionados com a problemática da toxicodependência, a análise sobre a exclusão social complexifica-se ainda mais. Por exemplo, relativamente a alguns aspectos da organização global do sistema económico e social e as dinâmicas territoriais existentes. Segundo Luís Capucha (2005) a *“ONU calcula que o tráfico mundial de produtos ilegais – como droga, armas, seres humanos semi-escravizados e outros – pode ascender a mais de 20% do PIB mundial. Na verdade, esse sector informal do capitalismo mundial vive do quê?”* (p. 86). Este mercado existe e é vivido em todo o mundo, embora de diferentes formas. Desde a exploração de camponeses que produzem matérias-primas das drogas, passando pelos negócios de lavagem de dinheiro, aos locais de transformação das drogas para venda ao consumidor final. Nas grandes cidades, muitos bairros com graves problemas sócio-económicos são locais onde encontra o *“sector operacional”* destas redes, encontrando pessoas que acabam por ser envolvidas,

⁹ Segundo o estudo coordenado por Margarida Gaspar de Matos (2008) (*Consumo de substâncias, Estilo de Vida? À procura de um estilo?*) no âmbito do HBSC/OMS – Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde, o rendimento escolar dos filhos é profundamente afectado pela pobreza principalmente quando associada a uma baixa escolaridade dos pais e à exposição a acontecimentos de vida negativos (refere McLoyd, 1998; Feigin, 2005). O sucesso escolar e a permanência da escola são factores extremamente importantes uma vez que um maior grau de escolaridade das mães está sempre associada a uma melhor saúde dos filhos, a melhores condições de habitação e a melhores hábitos alimentares (referindo LeVine et al., 1994; Williams et al., 1994).

normalmente em situações precárias, como por exemplo, os próprios consumidores de drogas.

De acordo com Luís Capucha (2005), no pólo oposto da exclusão, entende-se a integração social como o acesso, em liberdade, a direitos de cidadania incluindo *“direitos sociais assegurados pelo estado-providência (...) como sejam o emprego e o trabalho, a educação e a cultura, a protecção na doença e na velhice, o consumo, a posse de uma identidade e de um estatuto social, a fruição de condições dignas de habitação e cuidados de saúde, a inserção numa comunidade que satisfaça as necessidades de pertença social, entre outros. Estar integrado significa partilhar a condição de cidadania com os restantes membros da sociedade.”* (p. 90)

Actualmente a cidadania ultrapassa a ideia de um direito social. Constitui-se como um princípio de organização da própria sociedade, fundamental para a regulação e integração social. Neste sentido, no domínio político encontra-se uma particular importância e responsabilidade na integração social.

SEM-ABRIGO

Por último, importa clarificar o conceito “sem-abrigo” utilizado no âmbito do presente estudo. Actualmente é consensual que as pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo, as *“pessoas que vivem sem uma residência fixa, mesmo precária, e pernoitam regularmente ao relento ou em locais não destinados a esse fim”* (Capucha 2005: 196), estão numa grave situação de exclusão social e de grande vulnerabilidade socioeconómica. Na perspectiva de “sem-abrigo” enquanto fenómeno social, há várias décadas que autores consideram que se trata de um conceito que engloba vários factores interdependentes ao nível individual, contextual, social, estrutural e até conjuntural, que vão muito para além da situação de não habitação de uma casa condigna (de acordo com padrões da sociedade ocidental), para descrever pessoas que vivem na rua, em albergues ou em barracas, por exemplo. Já em 1974, para Bahr e Caplow *“a situação de sem-abrigo é uma condição de marginalização da sociedade caracterizada pela ausência ou alienação dos elos de ligação que unem determinadas pessoas a uma rede de estruturas sociais interconectadas. A essência do conceito para além das questões de residência”* (cit. por Rio in Barros e Santos (Coord.), 1997: 200).

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Actualmente em Portugal existem poucas intervenções directas com utilizadores de drogas com consumo problemático, que contemplem deliberadamente uma acção concertada entre a Redução de Danos e a Reinserção socioprofissional, principalmente com a componente inserção no mercado de trabalho¹⁰. De facto, a própria intervenção preconizada no DL 183 relativa ao funcionamento da estrutura Centro de Acolhimento também não prevê este aspecto. Efectivamente a inserção no mercado de trabalho é uma componente técnica amplamente promovida nas respostas no âmbito da Reinserção, e não constitui sequer um “objectivo” no âmbito da Redução de Danos, que se enquadra no âmbito da promoção da saúde (pública e individual). Contudo, a intervenção desenvolvida no Centro de Acolhimento de Âlcantara, contempla esta componente. Para além de não existir uma prática generalizada sobre este tipo de intervenção, também não existem (em Portugal) muitos estudos neste âmbito.

Assim, considerando a problemática relacionada com a Redução de Danos e a Reinserção, a complexidade dos fenómenos associados ao consumo problemático de drogas, o carácter experimental da intervenção preconizada e o universo da população utente destas respostas (50 residentes do CAA), optou-se pelo recurso a metodologias compreensivas e à elaboração de entrevistas, pelas vantagens que apresenta: “(...) *aprofundamento da percepção do sentido que as pessoas atribuem às suas acções.*” E à flexibilidade “*porque o contacto directo permite explicitação das perguntas e das respostas.*” (Almeida *et al*, 1994: 213)

¹⁰ Actualmente está a ser implementado o projecto “InPar” da responsabilidade da APDES - Agência Piaget para o Desenvolvimento, co-financiado pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência I. P. (IDT, IP), seleccionado no concurso público designado “Projecto experimental para a pré-profissionalização e estabilização de toxicoddependentes sem enquadramento sociofamiliar”. O objectivo do IDT, IP é apoiar a implementação de um projecto experimental dirigido a toxicoddependentes abrangidos por uma estrutura no âmbito da Redução de Danos (uma Equipa de Rua) com vista à sua Reinserção socioprofissional. Dentro de um ano será possível avaliar os resultados alcançados, obter conhecimentos sobre as potencialidades e limitações deste tipo de intervenção e identificar boas práticas, como forma de sustentar o futuro apoio a este tipo de projecto.

2. OBJECTO DE ESTUDO

O objecto de estudo centra-se nos utentes abrangidos pelo Centro de Acolhimento (CA) de Lisboa, que durante a sua estadia conseguiram a inclusão em mecanismos de inserção socioprofissional, com vista à sua autonomia e saída do Centro de Acolhimento.

Optou-se por entrevistar os próprios indivíduos com consumos problemáticos de drogas, que há poucos meses se encontravam na situação de sem-abrigo em Lisboa. Penso que posso classificar a entrevista como “entrevista em profundidade”, uma vez que as perguntas colocadas foram orientadas para obter informações sobre aspectos muito particulares e até da esfera íntima dos entrevistados. Assim, foi possível conhecer aspectos muitíssimo importantes das suas histórias de vida na primeira pessoa, em cerca de 50 minutos. Contudo, penso que as entrevistas efectuadas não poderão ser classificadas como “histórias de vida” no sentido mais clássico do termo, por várias razões.

Isabel Guerra (2006) aponta algumas questões relativas à interacção entre o entrevistador e o entrevistado que podem gerar tensão, nomeadamente “(...)o “voyeurismo” sociológico não é suficiente para descansar o espírito do investigador relativamente ao facto de nada ter para retribuir essa dívida de partilha da intimidade, sobretudo quando se trata de populações desprotegidas e com graves carências.” (p. 21). De facto o meu nível de “exigência” de informação foi elevado: muitas das questões colocadas diziam respeito a um período recente das suas vidas extremamente difícil, do qual se querem distanciar. Deparei-me ainda com situações, não previstas inicialmente, em que foi evidente o sofrimento das pessoas a partilhar comigo algumas recordações e vivências. Não era ético, nem humano, aprofundar detalhadamente pormenores (que acabariam por não ser de grande utilidade no âmbito do presente trabalho) das suas vidas que poderiam despoletar situações complicadas nas suas vidas pessoais. São indivíduos num processo recente de integração nos sistemas sociais formais, que estão a ser acompanhados por técnicos especializados que constituem a equipa do Centro de Acolhimento, pelo que, não podia correr esse risco. No entanto, penso que a informação partilhada é preciosa e contém elementos fundamentais relacionados com o presente estudo.

3. DIMENSÕES DE ANÁLISE

No âmbito do consumo problemático de drogas e da toxicodependência existem vários estudos, em vários domínios, sobre as causas do fenómeno. Uma vez que a pesquisa que se pretende realizar tem como objecto um projecto de intervenção em Portugal, penso

que seria útil utilizar as mesmas dimensões de análise definidas por Anália Torres et al. (2008) no estudo “Toxicodependentes: trajectórias sociopsicológicas e nós problemáticos”, a saber: a dimensão individual; a dimensão familiar e a dimensão social.

De facto estas dimensões estão presentes em vários estudos relacionados com as causas dos consumos problemáticos de drogas, nomeadamente na análise dos factores de risco e de protecção associados.

Nesta pesquisa, procurou-se identificar os processos de exclusão e de integração social dos beneficiários da intervenção (nas três dimensões) em dois momentos temporais: antes da entrada para o CA (na situação de sem-abrigo) e durante a sua estadia no CA (ao momento de realização da entrevista).

Com base nos objectivos do estudo, na problematização construída e nas dimensões de análise, foi construído o seguinte **guião de entrevista**:

PROBLEMÁTICAS	DIMENSÕES/INFORMAÇÃO PRETENDIDA
Caracterização social	Género
	Idade
	Naturalidade
	Família de origem (composição, actividade profissional, escolaridade)
	Escolaridade
	Profissão (experiência, formação profissional, aptidões profissionais)
	Ocupação actual – situação profissional
“Trajectória” relativamente aos consumos de drogas	Breve história dos consumos de drogas (do período de experimentação – idade e que substâncias até à situação mais problemática – idade, droga de eleição, via de uso)
	Situação específica face aos consumos imediatamente prévia à entrada no CAA;
	Evolução da situação durante a permanência no CA;
	Situação actual – em abstinência ou não;
	Em Programa de Substituição Opiácea (Alto ou Baixo Limiar de Exigência);
	Recurso a programas terapêuticos (anteriormente e actualmente).
Exclusão social (dimensões da situação de exclusão e grau de isolamento social)	Sistemas sociais formais e informais: Previamente à entrada no CAA - Contacto com família, amigos; situação profissional; habitacional; acesso a subsídios públicos de apoio)
	Percepção individual sobre a sua situação antes de entrar para o CAA
	Motivo(s) que o fez recorrer ao Centro de Acolhimento
Integração social (factores promotores do processo de reinserção)	Como conheceu o CAA;
	Como chegou ao CAA (procurou ajuda, foi através de uma ER, por indicação de familiares ou amigos, etc)
	Percepção individual sobre a situação de vida actual no CAA; Aspectos positivos, mais marcantes da experiência de vivência no CAA; Aspectos negativos da experiência de vivência no CAA;

PROBLEMÁTICAS	DIMENSÕES/INFORMAÇÃO PRETENDIDA
	Quais as perspectivas de saída do CAA, a curto prazo
	Mudanças ocorridas ao nível da relação nos sistemas sociais formais e informais durante permanência no CAA.
	Qual a perspectiva actual sobre a sua vida face ao consumo de drogas.
	Existem alterações na relação com familiares? Com amigos?
	Actualmente usufrui de serviços públicos?
	Como obteve emprego;
	Ocupação de tempos livres, associativismo; etc.

4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito da análise compreensiva, a necessidade de construção de hipóteses de investigação é controversa (Guerra, 2006). Considerando a problemática do presente trabalho e a própria natureza do objecto de estudo (enquadramento num quadro experimental), optou-se por não construir hipóteses de investigação, no sentido clássico do procedimento. Neste estudo procurar-se-á identificar potenciais factores ou tendências que contribuem para a integração social, situando-nos no universo de pessoas com consumos problemáticos de drogas em situação de sem-abrigo.

“(…), não parece haver lugar para a elaboração de “hipóteses de pesquisa”, no sentido tradicional do conceito, as quais se baseiam na relação linear entre variáveis, concebendo-se regularidades que se espera encontrar. De facto, estamos num quadro de análise de “processos” e de “dinâmicas”, pretendendo-se não apenas uma mera descrição da realidade, mas também a interpretação do sentido das dinâmicas sociais.” (Guerra, 2006, p. 39).

5. A AMOSTRA

Pelos motivos anteriormente expostos, a amostra definida é de tipo não probabilístico. O próprio universo do objecto de estudo – utentes residentes no Centro de Acolhimento – é bastante variável. Não em número (uma vez que a capacidade máxima é de 50 utentes e tem-se mantido com essa ocupação desde a reabertura em Dezembro de 2009), mas as pessoas não são as mesmas desde o início. O tempo ideal de permanência previsto é de seis meses, mas existem casos de pessoas que permaneceram menos tempo ou mais tempo (conforme veremos na análise dos dados). Assim o universo de análise (Guerra 2006), foi definido com base nas características que residiam no Centro de Acolhimento em Agosto de 2010. Tendo em conta a informação necessária para o estudo, a selecção dos entrevistados obedeceu aos seguintes critérios:

- Toxicodependente¹¹ em situação de sem-abrigo e desempregado previamente à entrada no Centro de Acolhimento;
- A residir no Centro há pelo menos três meses. Considerando que o tempo desejável de permanência no Centro de Acolhimento é de seis meses, a opção pelo período permanência mínimo de três meses está relacionada com a situação grave de exclusão social dos indivíduos e com o facto de se procurar identificar alterações nas vidas dos entrevistados a vários níveis, no âmbito das suas relações sociais formais e informais, pelo que o período intermédio de vivência no CAA poderia ser um elemento importante para a adaptação a novas rotinas, no estabelecimento de novas relações sociais, e na proximidade estabelecida entre técnicos e os utentes e até na estabilização dos consumos de drogas. Apesar da condição de emprego ser um aspecto extremamente importante neste trabalho, existiam outras dimensões a considerar, pelo que se optou por não incluir no universo de análise indivíduos com características que obedeciam a outros critérios e que, apesar de estarem a trabalhar, estavam a residir há menos tempo ou que já tivessem deixado de residir no CAA.
- Actualmente a trabalhar (sem definição prévia de duração mínima de trabalho);
- A abstinência do consumo de drogas não era um critério de selecção, pelos motivos óbvios do próprio enquadramento do estudo no âmbito da Redução de Danos¹².

Em reunião com o Director Técnico do CAA, concluímos que dos 50 utentes a residir no CAA naquele momento, existiam três pessoas com características que preenchiam os critérios definidos. As entrevistas individuais foram realizadas em Agosto no Centro de Acolhimento, gravadas (em áudio) e transcritas. Para a análise das entrevistas recorreu-se à análise de conteúdo de acordo com as dimensões e problemáticas em análise¹³.

Do ponto de vista da pesquisa sociológica, o número de entrevistas realizadas é muito baixo não permitindo retirar conclusões objectivas sobre o objecto de estudo. Mesmo tratando-se de um estudo com características exploratórias, seria fundamental obter

¹¹ Tecnicamente é comum utilizar-se a definição de toxicodependente em vez de se utilizar o termo consumidor problemático. Aliás a condição de toxicodependente é um dos critérios de admissão para entrada no Centro de Acolhimento. No entanto, os entrevistados têm opiniões diferentes sobre essa situação, como se verá mais à frente.

¹² Com base na problemática em análise, acabei por partir (erradamente) do pressuposto de senso comum que os entrevistados continuavam a consumir droga, sem colocar previamente a hipótese que poderiam estar abstinentes. Foi no momento de selecção de casos, em conjunto com o Director Técnico do Centro de Acolhimento (Francisco Chaves) que constatei que um dos elementos com características que correspondiam aos critérios definidos se encontrava em situação de abstinência do consumo de drogas ilegais. E foi na própria entrevista que constatei que essa pessoa já não estava em Programa de Substituição Opiácea (Metadona) nem sob outro tipo de medicação terapêutica.

¹³ No Anexo C constam as sinopses das três entrevistas.

informações sobre outros utentes em condições semelhantes. A própria natureza do consumo problemático de drogas e todas as variáveis necessárias a um estudo neste âmbito, implicaria um aprofundamento de análise que passaria pelo aumento do número de indivíduos a constituir a amostra (como por exemplo, a selecção de um maior número de utentes do CAA ao longo de um período alargado no tempo, considerando que a capacidade máxima é sempre 50, ou ainda *follow up* dos indivíduos entrevistados enquanto utentes do CAA, após a sua saída, entre muitos outros aspectos).

Assim, considerando o carácter exploratório do presente estudo, as informações obtidas e trabalhadas servem como exemplo na análise das várias dimensões. Contudo, tendo em conta o percurso de vida dos entrevistados e as características da população alvo abrangida pelo CAA, considero que os dados obtidos são um contributo pertinente considerando os objectivos definidos no presente trabalho.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. BREVE PERCURSO BIOGRÁFICO DOS ENTREVISTADOS

Liedson – Tem 46 anos. Nasceu em Minas gerais e viveu com os seus pais e 10 irmãos. O pai era motorista e a mãe doméstica. Abandonou o ensino escolar na adolescência. Mais tarde voltou a estudar e completou o grau de ensino brasileiro equivalente ao 3.º ciclo do ensino básico. Ainda frequentou o equivalente ao ensino secundário, mas não completou. É brasileiro e emigrou para Portugal há 10 anos com o objectivo de melhorar as suas condições de vida. Não tem familiares em Portugal. É solteiro e não tem filhos. Sempre trabalhou como operários na construção civil. Numa fase de consumo problemático de cocaína, deixou de conseguir trabalhar e ficou em situação de sem-abrigo, em Lisboa, durante três meses. Em Agosto de 2010 estava a residir no CA há quatro meses e tinha começado a trabalhar como operário na construção civil, através de uma empresa de trabalho temporário, há cerca de dois meses.

João – Tem 36 anos, é natural de Leiria, onde sempre viveu até há 10 anos. Na infância viveu com os pais. Completou o ensino secundário, e já a trabalhar frequentou o ensino superior. Tem um filho de 11 anos. Há 10 anos o João veio viver para Lisboa para poder acompanhar o filho, que se encontrava a viver em Lisboa com a mãe. É técnico de informática e tem um longo percurso profissional. Numa fase de consumo problemático de benzodiazepinas (na sequência de uma fase de consumo problemático de heroína), deixou de conseguir trabalhar e ficou em situação de sem-abrigo, em Lisboa, durante um ano e meio. Em Agosto de 2010 estava a residir no CA há oito meses e estava a trabalhar como técnico de informática numa empresa multinacional, através de *outsourcing*, há um mês e meio.

António – Tem 45 anos. É natural de Faro e vive em Lisboa há 23 anos. Até aos 9 anos viveu com a mãe, o pai e sete irmãos. Nessa altura a mãe saiu de casa e o António e os irmãos ficaram a viver com o pai. O pai era alcoólico e negligenciava os filhos. Viviam num bairro de “barracas” sem água canalizada nem saneamento básico. O António considera que nesta fase já se encontrava em situação de sem-abrigo. Na infância aprendeu a ler e a escrever mas não completou o 1.º ciclo do ensino básico. Mais tarde, em adulto, voltou a estudar e completou o 3.º ciclo do ensino básico e um curso profissional como operador de *offset*. É solteiro e não tem filhos. Tem experiência laboral em várias áreas quer enquanto operário na construção civil como em outras. Numa fase de consumo problemático de heroína, deixou de conseguir trabalhar e ficou em situação de sem-abrigo,

em Lisboa, durante um ano. Em Agosto de 2010 estava a residir no CA há sete meses e tinha começado a trabalhar como operário na construção civil, através de uma empresa de trabalho temporário, há cerca de um mês.

No quadro seguinte apresentam-se alguns elementos de caracterização social dos três entrevistados, aos quais atribuí nomes fictícios.

	<i>Liedson</i>	<i>João</i>	<i>António</i>
Idade	46	36	45
Naturalidade	Belo Horizonte (Brasil)	Leiria	Faro
Zona geográfica recente	A viver em Portugal há 10 anos	A viver em Lisboa há 10 anos	A viver em Lisboa há 23 anos (com algumas interrupções por motivos de deslocação em trabalho)
Habilitações literárias	Equivalente ao 3.º ciclo do Ensino Básico em Portugal (Antigo Ginásio no Brasil) frequência de ensino equivalente ao secundário (Antigo Colegial no Brasil)	Ensino secundário (12.º ano); Frequência do Ensino Superior	3.º Ciclo do Ensino Básico (Antigo 9.º ano)
Estado Civil	Solteiro	Solteiro	Solteiro
Família de origem (Composição, actividade profissional e escolaridade)	Pai, mãe e dez irmãos Pai e mãe – equivalente ao 1.º Ciclo do Ensino Básico Pai – motorista; Mãe - doméstica	Pai e mãe (Sem referência à actividade profissional ou habilitações dos pais)	Pai e mãe (até aos 9 anos); sete irmãos (Sem referência à escolaridade dos pais) Pai – estivador; Mãe – Trabalhadora agrícola sazonal
Família nuclear actual	Sem família nuclear	Um filho de 11 anos	Sem família nuclear
Droga de eleição	Cocaína	Benzodiazepinas	Heroína e cocaína
Aptidões profissionais (formação, competências, experiência profissional)	Operário na construção civil.	Técnico de informática; Certificado de Aptidão Profissional como formador (Formação Pedagógica de Formadores); Formador em aplicações do Microsoft Office;	Operário na construção civil; Curso de operador de Offset; Experiência como motorista no sector de distribuição, como pedreiro e como pintor.
Tempo de residência no CAA (à data da entrevista)	4 meses	8 meses	7 meses

2. A RELAÇÃO COM AS DROGAS

Experimentação

Liedson	<i>"Para falar a verdade eu não me lembro assim de consumir droga... Mas é, no Brasil era nas festinhas, assim ao acaso..."</i>
João	<i>"Comecei a consumir, charros para aí com catorze anos, foi muito precoce (...)"</i>
António	<i>"Com 9, 10 anos. Lá no Algarve naquela altura havia muito, em qualquer lado se arranjava. Naquela altura era haxixe. Haxixe e álcool."; "Depois naquela altura também a gente começava já a fumar uns cigarritos, não é... pois... começávamos a fumar os nossos cigarritos e começávamos a fumar o nosso haxixe também."</i>

Consumos problemáticos e drogas de eleição

Liedson	<i>"Aqui [em Portugal] uma vez ou outra por acaso também no fim do mês e tal... que tem dinheiro..."; "(...)E é a única substância com que me envolvi foi a cocaína(...)"</i>
João	<i>"(...) heroína para aí com os meus 18. Tive muito tempo que brincava com a coisa, conseguia parar e arrancar e parar algum tempo."</i>
António	<i>[No Algarve] "heroína e a cocaína. Cheguei a comprar 300 escudos naquela altura, mas era... nunca me injectei, era tudo para fumar." [em Lisboa] "depois conheci outras pessoas, outras companhias, e pronto... como eu era uma pessoa q não tinha instrução, sem nada, e prontos. Agarrei-me cá em Lisboa a fumar, mas a fumar também mais quantidade. Heroína e cocaína. Tudo fumado. Tudo fumado"</i>

Como se pode observar, os entrevistados têm uma longa experiência de consumo de drogas. Dois iniciaram consumos na adolescência e o António ainda na infância. Os consumos continuaram ao longo da sua vida adulta. Pelos relatos foi possível controlar os consumos, e compatibilizá-los com outras áreas da sua vida, nomeadamente o trabalho e o lazer.

Consumos previamente à entrada para o Centro de Acolhimento

Liedson	<i>[estava a consumir antes de entrar para o Centro?] "Tava, tava, tava. Eu tive uma crise mesmo... me deu assim uma crise assim de, sei lá, me deu uma depressão muito forte e quando eu vi eu já estava mesmo me afundando, e... não queria saber de mais nada, sabe, mesmo largado..." [o que é que consumia?] "Cocaína"</i>
João	<i>[A heroína é a droga principal?] "Actualmente não é. São benzodiazepinas, comprimidos. Porquê? Porque como eu era uma pessoa que tinha uma grande dificuldade em arranjar dinheiro, eu conseguia arranjar uma substituição à heroína muito mais económica que são os comprimidos. Pronto. E conseguia estar num estado muito mais pedrado, digamos assim, com muito menos dinheiro e habituei-me a isso e às vezes com 50 cêntimos conseguia estar num estado que com 20 € não dava. Então comecei a injectar comprimidos (...) eu com 20€ ando um mês todo pedrado, digamos assim."</i>
António	<i>"(...)e eu estava a ressacar mesmo a frio, estava a ressacar a frio mesmo... era isso que eu fazia. Mas eu não aguentava... não aguentava. Tinha suores, muitas dores, e... não era só físico também era moral. Eu bem tentava mas... não conseguia."</i>

Previamente à entrada para o CAA, os três entrevistados encontravam-se com consumos problemáticos de cocaína, benzodiazepinas e de heroína (respectivamente). As consequências nas suas vidas eram muito nefastas e encontravam-se em sofrimento físico e psicológico.

Evolução do consumo de drogas durante a residência no CAA e situação actual (à data da entrevista)

Liedson	<i>“A gente de vez em quando dá umas recaídas, tem dois fins de semana dei uma recaída, não é, mas é uma coisa também assim que acontece, sei lá, e de repente a gente volta à normalidade e tenta acabar com a coisa né...”</i>
João	<i>“(...) eu posso dizer que estive cerca de cinco meses sem fazer nada aqui dentro. Nem procurava trabalho, não fazia nada. Estava mesmo de manhã à noite, estava a passar o tempo, pronto. E chegaram aos cinco meses e disseram-me que, aos cinco meses e meio (e meteram-me entre a espada e a parede) e disseram-me assim:” ou te portas bem e arranjas trabalho ou estás na rua”. Foi assim uma... não me prenderam mas... não é uma prisão, mas uma contenção, posso dizer isso: Meteram-me aqui dentro para eu não consumir durante uma semana, nessa semana portei-me bem, fiz análises e disseram-me assim: pronto agora já podes procurar trabalho, já estás em condições para ir procurar trabalho.”</i> <i>“Posso dizer que nesta fase de procurar trabalho parei mesmo.</i>
António	<i>“Tive a tomar [metadona] durante 3 meses.”</i> <i>[Também consumia heroína enquanto tomava metadona?] “Não.</i>

Situação actual de consumos (à data da entrevista)

Liedson	<i>[Esporádico]</i>
João	<i>“Claro que não misturo. Quando estou a trabalhar, de 2.^a a 6.^a feira não meto nada, nem sequer meto um comprimido para dormir, nada de nada pronto. Não posso dizer que ao fim-de-semana, que às vezes não meta, pronto. Não posso dizer, iria estar a mentir.”</i>
António	<i>Não. “Já deixei também. Nem medicação nem metadona já.”</i> <i>[E não consome?] “Nada.”</i> <i>[Há quanto tempo?] “Há 6 meses desde que estou aqui, porque foi dia 9 de Janeiro.”</i>

Pelos relatos dos entrevistados observa-se que houve mudanças quanto aos consumos de drogas, comparativamente ao momento prévio de entrada para o CAA, na evolução dos consumos durante a estadia, e na situação actual. Essas mudanças são distintas entre si. O *Liedson* mudou a regularidade do consumo – de um consumo diário, para um consumo “esporádico” e relatado como episódico. O *João* manteve os mesmos consumos durante cinco meses de permanência no CAA. Confrontado com a possibilidade de saída do CAA e do regresso à situação sem-abrigo, decidiu parar de consumir. O *António* decidiu parar com consumos de drogas ilegais assim que entrou no CAA. Após um período em PSOBLE com metadona e medicação, encontra-se sem consumo de nenhum tipo de substâncias (nem ilegais nem medicação).

Percepção individual sobre a relação com as drogas

Liedson	<i>“É verdade, eu não sou assim que digamos na um viciado, eu sou forte... eu passo a maior parte da vida sem droga, passo a maior parte da vida sem álcool, passo a maior parte da vida sem tabaco, está entendendo, então...”; (...)</i> Normalmente eu não tenho necessidade, o meu corpo não pede.” <i>“(...)mas também não sinto que seja um viciado, graças a Deus.”; “Acho que nessa fase é mais um problema de ter falta de relacionamento afectivos, um amigo mais chegado e tal. Eu acho que tou muito sozinho então, quando eu procuro refúgio nas drogas é porque eu tou mesmo sozinho, tou mesmo angustiado. Tou sozinho, não tem lugar pra ir... então as vezes é complicado, tenho um dinheirinho no bolso mas não tenho lugar pra ir, então “ah! vou na discoteca! vou sozinho; vou na farra! vou sozinho; então olha “não vou pra aquele lugar não. Aquele é lugar da malandragem e daquelas coisa todas...” Então acho que é mais aquele lado da solidão mesmo que... na solidão que vem mesmo as paranóias de recorrer à droga ou a bebida alcoólica, ou coisa que não presta mesmo.”</i>
---------	---

João	<i>“Comecei a entrar nesse circuito [consumo de benzodiazepinas] e por ser uma substância tão barata ainda é mais difícil de sair”</i>
António	<i>“E. foi só aqui em Lisboa é que eu me agarrei à heroína.”</i>

A questão abordada é demasiado complexa para ser reduzida a tão pouca informação. Existem muitas variáveis que precisavam de ser avaliadas para se obterem conclusões fundamentadas. Contudo, os relatos dos entrevistados são bastante diferentes e apontam para factores distintos. O *Liedson* não se considera um *viciado*, e considera que a solidão (e a falta de relacionamentos fora de circuitos de consumo) é o principal motivo que o faz recorrer ao consumo de drogas. O *João* refere como principal dificuldade o preço de mercado da substância que consome. O *António* foi o único entrevistado a utilizar a expressão *agarrado à heroína*, que é frequentemente utilizada por toxicodependentes, e associada à elevada submissão à substância. Todos tiveram (e têm) a possibilidade de sair do Centro de Acolhimento e ingressar em programas terapêuticos, mas, por vários motivos, nenhum coloca a hipótese.

3. A VIDA ANTES DE ENTRAR PARA O CENTRO DE ACOLHIMENTO DE ALCÂNTARA

De seguida apresentam-se os aspectos da vida dos entrevistados mais pertinentes no âmbito do estudo, nomeadamente a situação de exclusão social em que se encontravam quer ao nível dos sistemas sociais formais (trabalho, família, serviços e respostas sociais) como informais (rede de relacionamentos).

Habitação

<i>Liedson</i>	<i>“Passei três meses lá fora na rua.”</i>
<i>João</i>	<i>“Nesta última vez estive um ano e meio.”; “Era [O Centro de Abrigo nocturno onde dormia] um bocadinho melhor que a rua, um bocadinho só. É um centro deste género, mas não tem nada a ver com isto. Aqui somos 50 pessoas, lá éramos 300. A comida é má. É um centro nocturno só dá pernoitar, jantar, tomar banho, dormir, às 9 horas do dia seguinte tem de se estar na rua, todos. As regras são muito severas, é tudo muito escasso, a comida é horrível. É mesmo para pessoas que estão na rua, é um albergue nocturno.”</i>
<i>António</i>	<i>“Eu vivo na rua há muitos anos. Eu não tenho família, não tenho ninguém e... pronto, desde criança que eu vivo na rua. Fui abandonado quando tinha 9 anos de idade(...)”</i> [Antes de entrar par o CAA] <i>“Estava num cubículo aqui em Santos.”” Há um ano.”</i>

Mesmo na condição comum de sem-abrigo, as experiências são diferentes. O *Liedson* pernoitava em locais de tráfico de droga. O *João* pernoitava num Centro de Abrigo nocturno o que lhe permitia aceder a cuidados básicos de alimentação, higiene e protecção de condições climáticas adversas. O *António* ocupava uma casa num prédio abandonado em Santos, partilhado com outras pessoas. Optava por não recorrer ao Centro de Abrigo nocturno.

Desemprego

<i>Liedson</i>	<i>“Depois eu não conseguia sair daquilo [rotina diária em função do consumo]. Não conseguia achar mais emprego. Não consegui...”</i>
<i>João</i>	<i>“Nada. Eu não me sentia em condições de arranjar trabalho ou de ir sequer à procura de trabalho pronto.”; “Eu já trabalhei várias vezes aqui em Lisboa. (...);” “Neste momento</i>

antes de entrar não estava. Eu tive uma fase... tive um ano e meio sem fazer nada, pronto. Perdido nos consumos, pode-se dizer que sim.”; “E eu tenho uma coisa, que se calhar também é boa que é, quando eu vejo que não estou em condições não vou à procura de trabalho. Para quê? Para estar a fazer figura de urso ou para estar a queimar uma hipótese que poderia ter mais tarde? Prefiro não ir. Não misturo as coisas, se eu vejo que não tenho condições, tenho essa percepção, vejo que estou de rastos e por isso não vale a pena procurar.”

António	<i>“Tive um ano sem trabalhar.” [Porquê?] “Porque me agarrei outra vez. Agarrei-me à heroína outra vez.”</i>
---------	--

Os três indivíduos atribuem a situação de desemprego ao consumo problemático de drogas. O *João* acrescenta ainda que nessa altura optou deliberadamente por não procurar trabalho, por não se sentir em condições, mas também por ter a percepção que isso poderia prejudicar o seu futuro profissional.

Família

<i>Liedson</i>	<i>[Quando estava na rua, contactava a sua família?] “Não não. Tem um período em que eu tive na rua e me distanciei inclusive da minha família. Eles ficaram preocupados, não sabiam como me localizar e tal...(...)”</i>
<i>João</i>	<i>“A minha família neste momento é o meu filho e a mãe do meu filho. E isso é um dado adquirido já há (...) 8 anos. Que não teve a ver com drogas, não teve a ver com nada... teve a ver com muita coisa. Os mais pais... não falo com eles há 8 anos. Não sei deles, eles não sabem de mim e não há mais nada que possa acontecer, mesmo. Já estive bem na vida (...) mas isso não é motivo para falar com eles nem sequer para me aproximar deles. Eu sou orgulhoso, eles têm o feitio deles também(...)”</i>
<i>António</i>	<i>“Como eu lhe disse antes, a minha família é muito muito Complicada. Até quando eu era miúdo compreendia perfeitamente. Acho que quando uma pessoa tem aquela idade deixa passar... e prontos, sempre falei bem com eles, mas o que é que não... prontos, digamos... não é como uma família. Família é família né, mas... a minha família não me diz nada. Talvez me diga mais, eu vejo por mim, me diga mais outras pessoas que não seja de família do que a minha própria família, porque eu não... é que na minha família... às vezes eu era miúdo e passava na rua e mesmo a minha família não me ligava, entende? Talvez isso, não sei... uma pessoa quando é criança fixa bem as coisas, né? Depois mais tarde vem a pensar, ou recorda-se, do que aconteceu. E eu, prontos, não desejo mal a eles, eles também não me desejam mal a mim... mas é que eles têm a vida deles no Algarve.(...)”</i>

O ponto comum é o facto de nenhum dos três entrevistados contactar com a sua família de origem enquanto se encontrava sem-abrigo e com consumos problemáticos de drogas. Mas os motivos são muito diferentes. O *Liedson* não telefonava à sua família. Este era o contacto possível uma vez que toda a sua família vive no Brasil. No caso do *João* houve uma ruptura na relação com os seus pais há 8 anos. Este afastamento é reforçado pelo facto de não ter existido um contacto anterior mesmo quando se encontrava a trabalhar e realizado financeiramente e profissionalmente. No entanto, mesmo antes de entrar para o CAA mantinha contacto regular com o seu filho e com a mãe do seu filho, considerando a mãe do seu filho como sua família. Quanto ao *António*, a mãe já morreu. Contudo existe um grande distanciamento resultado da sua experiência de vida. Quando já vivia em Lisboa, chegou a visitar a sua família no Algarve, mas a sua posição é peremptória como se pode ler nas suas afirmações.

Recurso a medidas de apoio (Segurança Social, Subsídio de Desemprego, Rendimento Social de Inserção, etc.)

Liedson	<i>"Subsídio de desemprego recebi dois meses e aí arrumei um trabalho e aí cortaram. Honestamente nesse período nem lá fui...[Quando estava na rua]" [Nunca recorreu ao RSI]</i>
João	<i>"Nunca tive nem rendimentos, nem reinserção mínimas, nem nenhum subsídio."</i>
António	<i>"Não não." "Nada."</i>

Estruturas de apoio enquanto se encontravam sem-abrigo

Liedson	[A única referência foi o contacto com a Equipa de Rua para saber informações sobre o CA]
João	[Centro de Abrigo]
António	[Entidades e particulares que distribuíam refeições e alimentos]; <i>"Havia os Médicos do Mundo. Eu sabia de 2.ª a 6.ª onde é que estavam, se houvesse... se nos sentíssemos mal, né, tínhamos os horários deles. Se me sentisse mal, mandavam-me para o hospital, né. Se fosse alguma doença, podiam ajudar-me ali, tinham medicação tinham essas coisas todas. E haviam também alguns médicos particulares, que vinham também."</i>

Estes elementos são interessantes. Quanto aos sistemas convencionais de apoio, apenas o Liedson recorreu numa fase anterior à situação sem-abrigo, num momento em que esteve desempregado. No seu pior momento não recorreu a nada, apesar de já ter contactado com o sistema. Na rua, o contacto estabelecido foi com a Equipa de Rua. O João foi utente do Centro de Abrigo. O António apesar de nunca ter recorrido a sistemas sociais de apoio financeiro via Segurança Social, enquanto na situação sem-abrigo, recorria diariamente a entidades e particulares que distribuíam alimentos e vestuário na rua. Quando necessário também recorria aos Médicos do Mundos e conhecia o seu horário semanal de funcionamento na rua bem como os locais onde se encontravam.

Rede de relacionamentos (contactos, amigos, pessoas significativas)

Liedson	<i>"Tem amigos mas eu mesmo... eu me distanciei dos amigos e tal porque... sei lá! Ficam sabendo satisfação da vida da gente com outras pessoas e tal, querem saber demais, então, eu já sou um pouco mais reservado nessas coisas da minha vida, então não, acabei por me afastar."</i>
João	<i>"É o seguinte... Eu tenho um defeito. Quando estou mal afasto-me das pessoas todas. Quando eu sinto que não estou em condições, quando estou nessa obsessão [consumo de drogas], quando estou mais disperso, quando estou de rastos, afasto-me de toda a gente"; "Eu sou o pai do filho dela. Esta é uma ligação para a vida inteira."</i>
António	<i>"Nessa altura estava muito solitário quando me agarrei outra vez. Às vezes estava com uma pessoa ao lado, era um edifício abandonado, estava com outras pessoas. Mas eu acho que as outras pessoas viam ou que não eu queria acompanhar com eles (...)"</i>

A rede de relacionamentos informais era muito limitada previamente à entrada para o CA. Os próprios referem um afastamento deliberado das outras pessoas. Apenas o João refere a proximidade com o seu filho e com a mãe do seu filho, manifestando sempre uma ligação afectiva forte.

Sobrevivência e fontes de rendimento

Liedson	<i>“Na rua, eu não tinha trabalho. Nesse período fiquei arrumando carros.”; “ Eu dinheiro tinha. Todo o dia tinha de fazer dinheiro prá droga mas não fazia pra... Esquecia às vezes de fazer prá comer mas prá droga sempre tinha de ter. Foi naqueles três meses também...”</i>
João	<i>“Andava a cravar trocos para me fazer à vida. Não conseguia arrumar carros, nunca... A forma que eu arranjava de arranjar algum dinheiro era dizer que tinha perdido o passe, ou dizer que tinha ... que precisava de uns trocos para o comboio ou para o autocarro e tentava assim arranjar algum dinheiro. Era a única forma que eu conseguia. Roubar nunca foi a minha área, também não queria roubar nem me prostituir portanto tinha de ser dessa forma.”</i>
António	<i>“Sou uma pessoa solitária, e já na rua eu vivia sozinho, e conseguia orientar-me à minha maneira, né. Aaa... Arrumar carros pois, talvez arrumasse uma vez ou duas, mas é uma coisa que não conseguia. Prontos, nunca gostei. Aquilo dá muito dinheiro, mas... não sei, eu via aquilo... acho que as pessoas não são obrigadas a dar. Eu também tenho carta de condução, tirei né, há 15 anos que tirei a carta, e também quando ia arrumar o meu carro também tinha que dar uma moeda e sentia-me um bocado coiso...”; “Digamos, eu vendia na feira da ladra. Arranjava objectos, arranjava objectos por aí, apanhava o autocarro e ia pelos arredores de Lisboa. Se amanhã fosse sábado, esta noite tinha que fazer uma directa, digamos. Fazia uma directa, e encontrava coisas. Algumas que não funcionavam, mas vendia-se tudo, tinha ali. Eles se quisessem comprar, compravam, não eram obrigados. “Tá a funcionar? Tá”. E era assim. Mas vendia assim mais roupa de marca. E a roupa de marca dava dinheiro. (...) Eu conheço as marcas... e a roupa de marca vende-se sempre, a 5 a 10 [Euros]; [E as refeições?] Isso tínhamos, pronto. Até sabíamos os horários. Havia uns tupperware que eles traziam e dava pra comer (...) E pois, começaram a vir mais pessoas que abriram mais centros e... e algumas vinham... quando a gente chama de particular, são pessoas particulares, e quando a gente chamava de comunidade era de uma comunidade, carrinha, centro...”; “Todos os dias. Nós sabíamos os pontos onde é que as pessoas estão.” [Descreve o horário semanal e os locais da cidade]</i>

Não usufruindo de nenhum tipo de apoio financeiro, as estratégias para conseguir dinheiro foram variadas. O Liedson arrumava carros. O João e o António optaram por não arrumar carros, por não se identificarem com esta forma. O João vivia daquilo que as outras pessoas lhe davam. O António vendia objectos na Feira da Ladra. É um mercado informal mas exigia organização, esforço físico e conhecimentos especializados sobre o negócio. A alimentação era assegurada diariamente (também conhecia o horário e o ponto de encontro para cada da semana) pelo recurso a entidades ou particulares no contexto rua.

Percepção sobre a sua vida antes de entrar para o CAA

Liedson	<i>“A cabeça parece que estava assim com uma coisa ruim, não me deixava progredir, não deixava...” “Não. Não sei, me deu uma crise... que eu não sei nem como explicar isso, me deu uma crise mesmo, uma depressão... Quando eu me vi não já não tava mais... não queria saber de nada e... bebendo... fumando e... na droga. De dia arrumava carros e à noite ia mexer com droga e dormia por lá mesmo. Deu uma bagunça na minha vida que eu nem sei o que aconteceu.”</i>
João	<i>“Mas quando entrei estava completamente na rua, estava completamente desmotivado, estava completamente... aaa... não havia mais nada para baixar. Não tinha mais nada para...”</i>
António	<i>“Sentia-me mal porque... como lhe estava a lhe dizer, estava a ler, começava a pensar, e eu queria deixar, né. Foi isso que... isso interfere muito com os pensamentos e com aquilo que a pessoa quer e com o que não quer. Essa força interior, e eu estava a rressacar mesmo a frio, estava a rressacar a frio mesmo... era isso que eu fazia. Mas eu não aguentava... não aguentava. Tinha suores, muitas dores, e... não era só físico também era moral. Eu bem tentava mas... não conseguia.” “Depois eu já não ia à feira, porque sentia-me mal. Mal... digamos que... moralmente. Sentia-me mal. Fisicamente bem. Quer dizer, bem não, mas sabia que era rressaca. Depois</i>

esse rapaz disse-me e eu disse-lhe “qual é o dia que eles passam lá? e ele disse-me “à 6.ª, às duas ou três horas eles passam lá”. Eu tive lá, até arrumei uns carros com ele, eu não gostava nada...”
“Eu comecei a pensar, e como sou muito solitário, comecei a pensar “como é que me meti nisto outra vez?””

O *Liedson* encontrou-se numa situação totalmente descontrolada, sentia-se em depressão. Ele próprio não conseguia exprimir as razões que o conduziram àquele estado. O *João* disse que “*não havia mais nada para baixar*”. Chegou ao seu limite. O *António* que durante algum tempo conseguiu ter uma fonte de rendimento organizada, deixou de o conseguir fazer. Também deixou de conseguir passar por um processo de desintoxicação “a frio”. O *António* referiu ao longo da entrevista que gostava de ler. E nessa altura, lia muito e reflectia sobre a sua vida naquele momento.

4. A VIDA DEPOIS DE ENTRAR PARA O CENTRO DE ACOLHIMENTO DE ALCÂNTARA

De seguida apresentam-se os aspectos da vida dos entrevistados mais pertinentes no âmbito do estudo, nomeadamente os aspectos relativos à integração social, quer ao nível dos sistemas sociais formais (trabalho, família) como informais (rede de relacionamentos).

Conhecer o Centro de Acolhimento de Alcântara

<i>Liedson</i>	<i>“Na rua se encontra muita gente. Eu tava na rua.”; “Aí, através de amigos e de umas pessoas também ligadas ao Desafio Jovem (...) [Equipa de Rua] (...) me falaram também do CA, de algumas pessoas que residiam aqui, como é que faziam e tal...”; “Então eu fiquei conhecendo um rapaz que morava aqui e tal e aí falou que tinha entrevista na 2.ª e outra na 4.ª feira, e eu vim fazer uma entrevista e também não tinha contacto e tal e tinha de ficar ligando pra cá pra saber.(...)”</i>
<i>João</i>	<i>“Ouvi dizer que este sítio tinha reaberto. Já me tinham falado muito bem deste sítio.” [Quem é que lhe disse?] “Foi um colega meu. Na conversa disse-me que o Centro de Alcântara já reabriu ou está para reabrir e eu fui das primeiras pessoas a vir para aqui.”</i>
<i>António</i>	<i>“Estava lá um rapaz nesse edifício abandonado, e ele arrumava carros na Avenida da Liberdade e ele disse-me que tinha umas equipas de rua lá, que passavam à 6.ª feira por volta das 2 ou 3 da tarde e, prontos... que... falavam deste centro não é, e ele disse-me. E eu disse “tá bem, olha eu vou lá falar com eles então”. (...)Depois fui lá falar com eles e estou aqui agora.”</i> <i>“Foi através dessa equipa de rua.”</i>

Chegar ao Centro de Acolhimento de Alcântara

<i>Liedson</i>	<i>“(...) E aí um dia por acaso, eu tava meio... tava assim já chateado daquela situação que eu tava, não conseguia sair daquilo, precisando mesmo arrumar um lugar que me fosse dar uma prumada na vida. Aí liguei pra cá, eles falaram que tavam à minha procura, que já tinha uma vaga pra mim e tal, e eu resolvi vir pra cá e resolvi aceitar mesmo e... abraçar essa oportunidade mesmo com força pra, não é... e aí comecei a procurar trabalho e...”</i>
<i>João</i>	<i>“Eu quando soube que tinha reaberto vim cá.”</i>
<i>António</i>	<i>“(...)Depois fui lá falar com eles e estou aqui agora.”; “Foi através dessa equipa de rua.”</i>

Nos três casos conheceram em primeiro lugar o CAA (ou a sua reabertura no caso do *João*) através de outros consumidores de drogas, e aprofundaram conhecimentos sobre o funcionamento com Equipas de Rua. O *João* não contactou nenhuma equipa e dirigiu-se directamente ao CAA. Um dos factores que levou à entrada para o CAA foi terem-se dirigido ao CAA para uma entrevista.

Principais motivos para recorrer ao Centro de Acolhimento de Alcântara

Liedson	<i>“Estava a consumir, mas também já estava naquela coisa de sair mesmo daquilo, está entendendo.”</i>
João	<i>“Eu acho que foi um pack, foi um conjunto de factores. O factor principal foi eu querer sair desta vida: eu querer. Tenho um filho com 11 anos. Tenho um filho que já não lhe posso dizer uma mentira. Tenho um filho que (...) sabe a minha situação e que não posso estar a dizer: “olha já estou outra vez mal”, ou “já...”. Não dá. E é uma idade crítica, pré-adolescência, este foi um dos factores principais.”</i>
António	<i>“O que me fez mudar... como já lhe disse eu sou uma pessoa muito solitária, muito pensativa. E também leio muito. Quando estou nesta fase, pronto, nesta fase estar sozinho e tal, leio muito. Aquilo que leio transmite-me uma força, e penso. Às vezes pronto, lia uma literatura e começava a pensar, raciocinava um pouco, pensava... veio aqui assim muita coisa por dentro.”</i> <i>“Eu pois, vim [para o CAA] com um objectivo.”; [Qual era esse objectivo?] “Eh pá, o meu objectivo era me limpar e prontos. E ainda estou, estou a concretizá-lo.”</i> <i>“Falei com eles [Equipa de Rua] e disseram-me que tinham metadona, metadona para reduzir a droga.”</i>

Todos identificaram como principal factor de motivação para entrar no CAA a vontade pessoal de parar o consumo problemático de drogas. O João refere ainda o seu filho de 11 anos. O António refere ainda o facto de poder recorrer à metadona no CAA.

O mais positivo em viver no CAA

Liedson	<i>“Então... aquelas pessoas que ajudam, os monitores. Os monitores estão sempre à disposição inclusive para conversar, né. Ainda no outro dia eu tava meio deprimido aí e a monitora falou comigo, perguntou como é que eu tava e tal... e então eu me abri com ela. Então os monitores têm me ajudado bastante e demonstrado que estão dispostos a me ouvir se eu precisasse de uma ajuda maior deles. Então eu acho que a solidariedade dos monitores é a coisa mais importante do centro, e a Direcção.”</i>
João	<i>“Talvez... uma pessoa sentir que tem aqui alguém, assim aqui... Que há aqui pessoas boas também. Há aqui pessoas boas. Ou seja, o conceito talvez de família não é de pessoas no nosso sangue mas sim pessoas com quem convivemos, com quem podemos falar, algumas com quem podemos contar.”</i> <i>“A experiência mais positiva que eu tive aqui talvez seja essa, o sentir que está-se a chegar a hora de ir para casa e que tenho um sítio para ficar, talvez, assim, esse... tirar a preocupação de onde é que eu vou dormir, o que é vou comer. Isso é o mais positivo talvez... que eu neste momento estou a ver.”</i>
António	<i>“O que eu acho mais positivo é eles ajudarem as pessoas. Isso é o mais positivo. Eu até... até gostei muito. Quando eu cheguei cá, fui logo... o meu caso à Direcção [descreve os nomes do director, da psicóloga, da técnica de serviço social]. Eles ajudaram-me... ia entrevistas, (...) como eu tinha a carta de condução não é (eu não tinha documentos não é) fizeram-me os documentos, dinheiro para tirar nova via para a carta de condução, tirei tudo.”</i>

Todos os entrevistados identificaram como um dos aspectos mais positivos o relacionamento estabelecido com elementos da equipa técnica do CAA. O Liedson refere a solidariedade e o João refere a noção de família. Os aspectos mais positivos estão relacionados com um bem-estar relacional. O João acrescenta ainda a sensação de bem-estar na “hora de ir para casa” e saber para onde ir, onde dormir, onde comer. O António valorizou ainda a ajuda recebida relativa a situações concretas, como por exemplo, o facto de não ter documentos.

O mais negativo na vida no CAA¹⁴

Liedson	<i>“(…)Tem computador pra entrar na internet, mas tem de aprender. Eu comecei o curso de computador mas comecei a trabalhar e aí não deu mais. Um tipo de actividades para aprender... tem um trabalhinho com barro... aí passa aquele tempo... Precisa de aprender mesmo...uma pessoa precisa de aprender mesmo nessa vida... Fazer actividades mesmo pra aprender, seria útil.”</i>
João	[Horário diário para levantar: 8horas; Horário diário para desligar a televisão: 23horas] <i>“(…)Estas são as regras que me chateiam mais, e de não haver uma compreensão.(…)”</i> <i>“Há aqui pessoas que ficam contentes é quando aparece aqui um desgraçadinho, de rastos a pedir ajuda. Se a pessoa está a ficar bem, há pessoas que não ficam contentes, isso são algumas.”</i>
António	<i>“Mas eu vejo que aqui alguns estão a fazer o mesmo do que eu, mas estão a enganar aqui a... estão a enganar-se a eles próprios e estão a enganar a Direcção. Mas... eu não tenho nada a ver com isso. Mas vejo que é um bocado mau. Eu não gosto. Eu sou uma pessoa que me crítico a mim próprio, algum erro que eu faço, mas também crítico os outros. Faz parte do ser humano criticar.”</i>

Quanto aos aspectos negativos, o *Liedson* destaca a inexistência, em horário pós-laboral, de actividades ocupacionais direccionadas para uma aprendizagem útil no seu quotidiano, ou mais próxima dos seus interesses pessoais. O *João* revela saturação de algumas regras de funcionamento do CAA bem como alguma incompatibilidade, ou desagrado com comportamentos ou atitudes de alguns colaboradores do CAA. O *António* apresenta algum incómodo com atitudes ou comportamentos de outros utentes do CAA.

Relações (re)estabelecidas com a família

Liedson	[Contacta com a sua família?] <i>“Sim sim sim. Eu procuro fazer uma vez por semana. Mais para minha mãe. Às vezes falo com meus irmãos. (...) se tem algum a visitar lá a minha mãe costuma dizer “tá aqui seu irmão, quer falar com ele?” “ Sim eu dou uma palavrinha”, e aí eu falo. Mas eu procuro fazer isso uma vez por semana, falar com a minha mãe pra saber como estão as coisas e tal, se posso ajudar de alguma forma...”</i>
João	[A mãe do filho] <i>“Vem ter comigo com o menino e vamos [refere algumas actividades que costumam fazer em conjunto] (...) vamos todos os domingos.”</i> [Sobre os pais] <i>“Houve uma quebra, uma ruptura, (...) e agora esta é definitiva. Não tenho qualquer esperança, nem qualquer... já nem penso sequer nisso. Já é muito tempo. Não tenho apoio de ninguém... A minha família neste momento é o meu filho e é ela, mais nada. Pronto, aí estou ciente, consciente e determinado.”</i>
António	[Depois de entrar no CAA, falou com alguém da sua família?] <i>“Não porque eu não tenho contacto com eles.”</i>

Quanto à família, o *Liedson* retomou o contacto regular com a mãe, através de contacto telefónico semanal, tal como acontecia noutras fases da sua vida. O *João* e o *António* mantêm-se afastados da sua família de origem, sem demonstrar nenhuma intenção de aproximar. O *João* passa um dia por semana com o filho e com a mãe do seu filho, procurando actividades que o filho goste.

¹⁴ No Anexo C (Sinopse das entrevistas) constam mais detalhes em relação a este aspecto.

Relações (re)estabelecidas com amigos

Liedson	<i>“Amizades... isso é meio complicado. Porquê... é, as pessoas... algumas estão atrás de uma nova chance e essas pessoas são pra mim pessoas com quem me tento relacionar, mas também há aqueles que estão aqui mas é pra esperar o tempo passar pra se mudar pra outro lado e tal... e então são essas pessoas que... são pessoas negativas, então a gente não tem como se relacionar com pessoas negativas, não é? A gente quer-se relacionar com pessoas que tão mesmo com vontade de progredir. Às vezes algum se chega ao pé de mim e me pergunta se eu sei de algum trabalho. Então aí com essas pessoas a gente procura mesmo ter algum relacionamento.”</i>
João	<i>“Sim. Tenho alguns amigos de há longa data. De há longa..., de alguns destes 10 anos que estou aqui em Lisboa, tenho pessoas com quem nunca perdi o contacto, que me conhecem, que estão bem.” “Agora neste momento tem sido um bocado casa trabalho, trabalho casa...”</i>
António	<i>“Não. Amigos também não tenho. Tenho... digamos colegas de rua, sim, ou colegas sem-abrigo, isso tenho. Agora amigos, não.”</i>

Quanto a relacionamentos com outras pessoas, o *Liedson* revela a sua disponibilidade para essa situação, seleccionando pessoas com interesses comuns aos seus. O *João* está a retomar o contacto com amigos de quem se tinha afastado. Na sinopse da entrevista consta a descrição de uma situação em que o *João* contacta com um amigo seu e acaba por combinar um jantar para essa semana, afirmando que o episódio só aconteceu porque ele se estava a sentir bem, e que na situação em que se encontrava anteriormente não teria contactado o seu amigo. O *António* refere-se a colegas de rua e afirma que não tem amigos.

Os tempos livres

Liedson	<i>“O horário da gente aqui é muito limitado. No período de sol, no fim-de-semana, passeio por aqui perto mesmo, gosto muito de estar ali para o lado de Belém. (...). Para passar o tempo aqui a gente procura ler alguma coisa um jornal, um livro, revista, ouvir rádio, e tal.”</i>
João	<i>“Passar os tempos livres é um problema neste momento porque estou (...) num meio que os tempos livres aqui é droga, droga, droga e droga. Tenho neste momento que conseguir criar outras ocupações e depois é o seguinte, não estou com as companhias ideais para uma pessoa que saiu da situação que eu saí. Pronto, tenho de arranjar outro meio de passar o tempo.”; “Agora neste momento tem sido um bocado casa trabalho, trabalho casa...”</i>
António	<i>“(...) Só tenho o domingo de descanso e depois, saio daqui... e vou, se tenho alguma coisa para fazer, ler um bocado, escrever um bocado no meu diário.” (...) “Vou para sítios tranquilos, descansar. [...] Para jardins que eu vejo que dá mesmo para descansar. E têm de ser jardins enormes, porque jardins pequenos não. Parques. Fora de Lisboa, apanho um autocarro. Fico sossegado. Compro qualquer coisa no supermercado para comer e fico lá. Fico mais há vontade.”</i>

Nos relatos relativos à ocupação actual dos tempos livres é manifestada uma preocupação em procurar actividades que não estejam associadas ao consumo de drogas.

Situação profissional actual: motivações e estratégias utilizadas da procura de emprego

Liedson	[[Foi o próprio que decidiu começar a procurar trabalho.] “Pra sair do CA também, é uma situação que é provisória. Não é uma situação que é permanente. A gente tem seis meses pra reunir, pra organizar a vida. E tem aqui pessoas que é... não conseguem se organizar e vão para a comunidade para se tratar das suas dependências e tal, que não é o meu caso, né”.
João	[Em primeiro lugar referiu o filho] “Eu sei que também contribuiu o facto de eles me terem posto entre a espada e a parede e me terem dito: “olha, ou dás rumo à tua vida ou vais daqui pra fora”. Também ajudou. Posso dizer que também me ajudou.”; “Visto que a minha área é uma área de escritórios, é uma área que... (...) Já tenho que vender a imagem. E foi essa imagem que eu tive que meter-me apresentável para conseguir vender e conseguir esse lugar que tenho agora.”
António	[Procura de trabalho] “Sim sim, fui eu próprio. Sim, porque eles disseram, a Direcção disse-me mesmo que eu é que tinha de mexer-me e tal e... que eles davam apoio nesse aspecto, na deslocação, na alimentação e nessas coisas.”; “Andei à procura nos jornais, nos anúncios, no centro de emprego e... andei à procura e às vezes ia a entrevistas, e não conseguia nada, não é. Pronto, um mês, foi um mês, um mês e tal.”

Foram os próprios que procuraram efectivamente emprego. Para o *Liedson* a situação temporária de permanência no CAA foi uma motivação e manifestou vontade de voltar a trabalhar desde a sua entrada no CAA. No caso do *João* contribuiu o facto de ser pai de uma criança de 11 anos, a pressão relativa ao facto de o tempo de permanência no CAA se estar a esgotar e de ser estimulado a agir nesse sentido. O *António* demonstrou a vontade de voltar a trabalhar desde a sua entrada para o CAA, aceitou a ajuda disponibilizada e agiu utilizando várias estratégias, até conseguir trabalho.

Relacionamentos no emprego (colegas, superiores hierárquicos)

Liedson	“Fui trabalhar com essa empresa e então conheço algumas pessoas com quem já tinha trabalhado, já conhecia, já tinha amizade, já tinha trabalhado com dois numa outra obra, tem um que é marroquino, e aí ficou mais fácil de relacionar com as pessoas.” “O engenheiro é novo, pessoa mais novo do que eu, então trata a gente com mais respeito, então eu acho bom o relacionamento com a gente.”
João	“Eu estou no departamento, de tecnologias de informação numa multinacional. Ninguém sabe da minha história passada e isso é excelente. Quer dizer, eu não sou lá visto como um drogado ou como um ex-drogado, sou lá visto como uma pessoa competente e uma pessoa útil e prestável, simpática... aaa... uma pessoa normal.” “É bom uma pessoa sentir que nos respeitam, sentir que a dignidade voltou, que já não é visto como: “é um drogado, que se lixe; é pra drogados é... pode ser qualquer coisa... “ Não. Sinto-me bem, sinto que me respeitam.”
António	“Neste momento, colegas de trabalho sim. [Sente-se bem com eles?] “Sim. Por acaso até me sinto bem” “(...)eram mais empregados e agora ficaram menos. (...) Agora estou no armazém a dar o material. Não sei o que é que eles viram em mim... eu aprendi logo os números dos materiais todos. As placas de pladur têm de ter umas estruturas de perfil... eu não sabia nada disso. É a primeira vez que estou a trabalhar nisso. Na minha altura quando eu estava a trabalhar na construção não havia nada disso.” [Então está a aprender coisas novas?] “Sim Estou a aprender. Por acaso o meu encarregado diz “o Sr. [nome próprio] não sai daqui”. Às vezes é preciso algum servente, algum oficial para fazer a estrutura e meter o pladur (...) e pronto, eu não saio dali do armazém.” “(...) E tenho uma comunicação com os encarregados, com os meus colegas.” “Mas o que tenho de fazer, tenho. Eu no meu trabalho não vou pensar “que estou aqui a

trabalhar até à noite, e tal...”, não. Estou a pensar naquilo que estou a fazer, não tenho a cabeça noutro lado, senão acho que o trabalho não sai em condições. Então, se tenho aquela tarefa para fazer, o encarregado diz “Sr. [Nome próprio] faça isto e isto e isto”, e eu faço. Quer dizer, ele não me carrega muito em cima, né. Sabe que se ele me diz uma coisa, o trabalho que ele me diz está feito. Ele não me diz nada. Mas eu vir coisas que tenho de fazer, faço.”

Nos relatos sobre relacionamentos estabelecidos no trabalho, todos os entrevistados demonstram satisfação e uma convivência saudável com colegas e superiores hierárquicos. Assumem particular destaque as afirmações relativas a este bem-estar no contexto de trabalho. O *Liedson* sente-se respeitado, o *João* para além de se sentir respeitado sente que a *dignidade voltou*, sem o estigma associado ao *drogado*. O *António* revela que está a aprender coisas novas, com uma atitude proactiva, reconhecida pelo seu *encarregado* ao não querer que ele saia do local onde se encontra, e pelo facto de ter continuado a trabalhar quando outros empregados foram dispensados.

E depois do Centro de Acolhimento?

<i>Liedson</i>	<i>“Tenho planos. A primeira proposta minha é arrumar mesmo um quarto e tocar a minha vida pra frente. Depois, tirar uma profissão, ter uma profissão, qualquer coisa, mesmo. Tirar carteira de condução também, é uma coisa que faz falta. Qualquer trabalho exigem a carta de condução. Tirar uma profissão e fazer um curso, entendeu. Eu nunca me sinto velho assim em termos de querer aprender as coisas, entendeu. Eu tenho mesmo vontade de, e agora tenho mais vontade disso.”</i>
<i>João</i>	<i>“Isto é um projecto de 6 meses, neste momento já estou cá há 8 meses porque eu comecei a trabalhar e eles decidiram e deixaram-me juntar, ou pelo menos... (...) estão-me a deixar estar aqui um bocadinho a ver se eu dou mais uma saída “airosa”, a ver se consigo ir para um quarto, ter a minha estabilidade e conseguir sair daqui pela porta da frente.” “Eu penso muita coisa. Neste momento em alugar um quarto. Já me inscrevi num motor de busca de quartos, ou então arranjar uma ou duas pessoas e alugar uma casa e dividir essa casa. (...) Neste momento ainda não saí porque quero guardar alguma, juntar um pouco para conseguir sair daqui. Futuramente, arranjar um transporte, também, visto que eu tenho de apanhar o comboio e a camioneta para ir trabalhar, e sempre tive carro, sempre tive mota, e neste momento é uma coisa que me chateia particularmente é o transporte. Mas isso mais tarde. E claro, continuar a trabalhar.” “Espero profundamente que o trabalho lá não acabe ou que se acabar que eu arranje noutro sítio. Preocupa-me um bocado o facto de já ter 36 anos, quer dizer não sou muito velho, mas cada vez mais pode ser mais difícil arranjar.”</i>
<i>António</i>	<i>“Já sei qual é o projecto daqui. Eles não podem fazer mais nada, é arranjar um trabalho. Eles poder podem mas... eles já me disseram que eu vou ter de sair daqui. Eles já me falaram em ir para comunidade terapêutica. Mas comunidade não. Eu já trabalhei, em muitas áreas, só que o dinheiro ia pra droga. E também saía do trabalho por causa da droga, né.” “Daqui a um mês ou dois já estou também a pensar num sítio onde ficar, mais perto do trabalho.”</i>

Os três entrevistados perspectivam o futuro e a saída do CAA. Partilham a opinião quanto à importância de criar condições com vista à sua autonomia após saída do CAA, em encontrar uma habitação digna para viver e em continuar a trabalhar. O *Liedson* planeia especializar-se numa área profissional e tirar a carta de condução. O *João* preocupa-se em

continuar a trabalhar na sua profissão e planeia arranjar um transporte. O *António* quer continuar a trabalhar na construção civil e em encontrar uma residência próxima do local de trabalho.

Percepção sobre a sua vida actualmente

<i>Liedson</i>	<i>“Eu tenho vontade de tocar a minha vida para a frente. De alcançar vários objectivos.”</i>
<i>João</i>	<i>“(…)sinto-me alguém de facto feliz e que me escondi um bocado atrás desta carapuça, atrás destas malditas substâncias que andei a consumir.”</i> <i>“(…) neste momento é aquilo que eu quero ser: Quero ser uma pessoa normal.”</i>
<i>António</i>	<i>“Eu estou a tentar chegar ao meu objectivo, mas pronto, eu... neste momento vivo um dia de cada vez. Neste momento. Mais tarde posso já pensar no dia de amanhã. Ainda é muito cedo, há um mês e tal que estou a trabalhar e é só até à conclusão da obra, né (...)”</i>

É evidente o optimismo nas palavras dos entrevistados. O *Liedson* revela perspectivas futuras, o *João* sente-se feliz e aspira a “normalidade”. O *António* revela algum cuidado. Continua a tentar chegar ao seu objectivo e prefere situar-se no momento presente. Na sua opinião, precisa de mais tempo até se sentir preparado para *pensar no dia de amanhã*.

CONCLUSÕES

As três pessoas entrevistadas são muito diferentes entre si. São provenientes de ambientes culturais, familiares e socioeconómicos distintos. Os seus percursos escolares e profissionais também são bastante diferentes. Essas diferenças também existem na sua relação com drogas ilegais, no tipo de substâncias de eleição e na própria percepção individual sobre essa relação. A situação comum entre o *Liedson*, o *João* e o *António* é a de numa fase da sua vida se encontrarem desempregados, em situação de sem-abrigo, com consumos problemáticos de drogas na cidade de Lisboa. Ainda assim, as suas vivências na rua também são distintas entre si. Contudo, todos se encontravam numa situação muito grave de exclusão social dos sistemas sociais formais, em situação de grande isolamento social, com as suas relações limitadas a pessoas e contextos associados ao consumo de drogas ou à sua sobrevivência (à excepção do *João* que mantinha alguma proximidade com a mãe do seu filho). Verifica-se que se encontravam profundamente afastados dos sistemas sociais formais: quer ao nível laboral, como das suas relações familiares de origem, não usufruindo de nenhuma medida pública de apoio financeiro disponível via Segurança Social, nem de serviços convencionais de Saúde. Do ponto de vista individual a percepção dos entrevistados foi a de terem atingido uma situação limite. No entanto, da análise dos dados obtidos, evidenciam-se aspectos comuns importantes no âmbito dos objectivos do presente trabalho.

Quanto aos factores identificados que poderão ter contribuído para a integração socioprofissional de pessoas com consumos problemáticos de drogas, em situação de sem-abrigo, abrangidos pelo CAA enquanto estrutura no âmbito da Redução de Danos da toxicodependência, evidenciam-se os seguintes:

- Forte motivação pessoal para a mudança de vida e capacidade de tomada de decisão e acção – Associado à percepção de se ter atingido uma situação limite, os três entrevistados estavam conscientes de uma necessidade imperativa de mudança, resultado da severidade dos consumos de drogas nesse momento e da necessidade de obter ajuda para parar com a situação de consumo problemático em que se encontravam. Verifica-se ainda que nos três casos, após tomarem conhecimento e da existência e do funcionamento do CAA, foi necessária a iniciativa individual de cada um em se dirigir pessoalmente ao CAA para realização de uma entrevista individual, indispensável à sua admissão.
- A existência de estruturas de proximidade que intervêm em contexto de rua – Previamente à entrada no CAA o *João* recorria aos serviços de um Centro de Abrigo nocturno e o *António* a respostas no âmbito da alimentação, vestuário e de saúde

disponibilizadas por entidades não governamentais, pelos Médicos do Mundo e por cidadãos que prestam esse tipo de apoio a título individual. O conhecimento da existência e reabertura do CAA e a obtenção de mais informação sobre o seu funcionamento, foram adquiridos, em primeiro lugar, através da rede de contactos informais (colegas de rua ou pares) e dos serviços de proximidade da rede de Redução de Danos (Equipas de Rua).

- A alteração dos padrões de consumo de drogas – Verificou-se uma profunda alteração dos padrões de consumo dos entrevistados comparativamente à situação prévia à entrada no CAA. O *António* estava abstinente, o *Liedson* relatou situações de consumo muito esporádicas e o *João* após um período de abstinência durante a permanência no CAA referiu que consome ocasionalmente ao fim-de-semana. Estas alterações assumem particular importância na vida dos indivíduos, principalmente enquanto utentes numa estrutura de Redução de Danos, onde não é exigida a abstinência do consumo de drogas.
- Relações sociais estabelecidas com elementos da equipa técnica do CAA – Para além do conforto físico, da satisfação das necessidades básicas, e de outros serviços prestados, os três entrevistas atribuíram particular importância às relações estabelecidas com elementos da equipa técnica. As expressões utilizadas pelos entrevistados relativamente à sua vivência no Centro de Acolhimento estão mais próximas de sensações de bem-estar atribuídas às dinâmicas geradas na interacção com outras pessoas durante a residência do CAA, como por exemplo, a solidariedade, a noção de família e a prestação de apoio directamente relacionada com as suas necessidades.
- Inserção no mercado de trabalho – para os três entrevistados, a obtenção de emprego, para além de ser uma fonte de rendimento, permitiu ainda o estabelecimento de redes de sociabilidade informais em contexto laboral marcado pela sensação de bem-estar e ainda de respeito e de dignidade, enquanto cidadãos com direitos e deveres. A descrição dos contextos laborais onde se incluem os entrevistados evidencia a importância destas vivências, quer ao nível das relações profissionais formais, como das relações sociais informais estabelecidas.
- Laços familiares – Apenas um dos entrevistados não estava em ruptura com a sua família de origem. Apesar da distância dos seus familiares, o *Liedson* retomou o contacto regular com a mãe e, ocasionalmente, com os seus irmãos. O *João* procura passar tempo de qualidade com o filho, com uma regularidade semanal.
- Procura de outras áreas de interesse - Todos procuram ocupar os seus tempos livres com actividades, ou com pessoas, associadas a outros interesses com algum

distanciamento do consumo de drogas. Este elemento assume particular importância no contexto do CAA, enquanto local de alojamento para toxicodependentes.

Em suma, estes foram os factores identificados que parecem ter contribuído para a integração social dos indivíduos entrevistados utentes do CAA.

O outro objectivo deste trabalho consiste na análise da utilização de estratégias (a nível institucional) de reinserção socioprofissional de indivíduos com consumos problemáticos de drogas, abrangidos por uma estrutura de Redução de Danos, com vista à promoção da sua integração social em sistemas sociais formais, contribuindo assim para a mudança de estilos de vida facilitadora da participação social. Neste sentido, com base na problematização apresentada na primeira parte do estudo, e considerando alguns exemplos das experiências vividas pelos entrevistados enquanto pessoas com consumos problemáticos de drogas em situação de sem-abrigo, de seguida apresentam-se algumas ideias síntese sobre o consumo problemático de drogas e sobre as medidas em Redução de Danos na perspectiva das desigualdades sociais, sobre o papel do Estado enquanto agente regulador e na perspectiva das abordagens do desenvolvimento local endógeno.

Na perspectiva das desigualdades sociais, de acordo com Göran Therborn (2006) estas três dimensões estão inter-relacionadas e interagem: Ao considerarmos o consumo problemático de drogas como multifactorial, existem desigualdades vitais (situação de doença e factores genéticos e biológicos, por exemplo) que são reforçadas por desigualdades existenciais (exclusão social, desigualdades de saúde, igualdade de oportunidades, por exemplo), que por sua vez têm relação (quer enquanto causas ou como consequências) com as desigualdades de recursos (pobreza, escolaridade, emprego, etc.). Nestes domínios existem ainda muitos outros aspectos associados relacionados com processos à escala nacional e global (aspectos socioculturais e percepção das diferentes sociedades relativamente às drogas, por exemplo, e fluxos económicos mundiais relacionados com a produção e tráfico de drogas).

Com as crises económicas, com o início dos anos 70, com o crescimento das despesas dos sistemas de protecção social e o défice nas receitas públicas para o efeito, com o aumento do desemprego e com o questionamento sobre o papel regulador do Estado quer em termos económicos como sociais, com as dificuldades na disponibilização de respostas eficazes e adequadas a novas situações (nomeadamente o crescimento do desemprego, e todas as consequências que daí advêm), a crise do Estado-Providência levanta questões de fundo uma vez que a regulação social é fundamental para assegurar a integração social e sistémica. As dinâmicas criadas num contexto global exigem ainda respostas diferentes das tradicionais.

Neste contexto histórico, nas sociedades ocidentais, o próprio paradigma de desenvolvimento baseado numa lógica “*top down*” foi posto em causa. Durante a década de 80 surgiram propostas alternativas, quer em termos teóricos como práticos, no âmbito do desenvolvimento económico e social, do planeamento, e de actuação no âmbito da pobreza e da exclusão social. É neste contexto histórico que a Redução de Danos no âmbito da toxicodependência. Embora em Portugal não se aplique este processo, numa breve análise sobre a forma como o Estado português tem intervindo, enquanto agente regulador, no âmbito do consumo problemático de drogas (no sentido restrito das substâncias ilegais), enquanto fenómeno e enquanto problema social e ao verificar-se as alterações profundas, ao longo dos últimos 40 anos, nas perspectivas sobre o fenómeno, constata-se que a intervenção do Estado neste domínio é resultado da interacção entre vários agentes (como por exemplo, consumidores de drogas, ONG, técnicos especialistas, os Estados de outros países e estruturas supranacionais como a União Europeia e a ONU) e que visa claramente encontrar alternativas mais eficazes que promovam a integração social e a cidadania junto de todos os agentes envolvidos. Ao observarmos a história da Redução de Danos em Portugal, é possível verificar que apesar da insipiência das respostas existentes no final da década de 70, dos esforços sobretudo dirigidos à prevenção de doenças infecciosas (nomeadamente pelo VIH) e da implementação de medidas experimentais pontualmente implementadas em algumas cidades durante o final dos anos 80 e década de 90, com a elaboração da ENLCT de 1999 e posteriores políticas e respostas implementadas, foi possível, em apenas 10 anos, criar uma rede nacional de medidas neste âmbito promovida fundamentalmente pela participação de ONG, preconizando estratégias de proximidade junto de toxicodependentes e de pessoas com consumos problemáticos de drogas, em situação de exclusão social, nos contextos onde as pessoas se encontram.

Na sistematização analítica sobre a renovação do conceito de desenvolvimento elaborada por Roque Amaro (2003), são apresentados alguns aspectos que assumem particular importância quando relacionados com a temática da toxicodependência, nomeadamente com a intervenção em Redução de Danos, destacando-se: a importância da multidimensionalidade na análise; a importância da capacitação dos indivíduos, para além da satisfação das suas necessidades; a importância do exercício da cidadania, da participação e do “empowerment”; a importância da territorialidade, quer a nível local como global. Constata-se ainda que alguns dos princípios orientadores das abordagens do desenvolvimento local endógeno são semelhantes aos princípios de base da Redução de Danos junto de consumidores de drogas, nomeadamente:

- A lógica “*bottom up*” – a própria origem da RD surgiu com base na defesa dos interesses dos próprios consumidores.

- A intervenção comunitária – as acções de RD são desenvolvidas nos locais/territórios onde os consumidores de drogas se encontram, frequentemente em situações graves de doença, de pobreza e/ou exclusão social. Utilizam-se estratégias de proximidade em contexto de rua. Por outro lado, a intervenção não se restringe aos utilizadores de drogas mas sim a outros agentes das comunidades locais (formais e informais), gerando-se assim dinâmicas desta interacção que extravasam a intervenção restrita em RD, quer junto dos utilizadores de drogas como junto de outros agentes da comunidade.
- A participação – o utilizador de drogas assume um papel fundamental e ele é o principal decisor nesta intervenção. É ele que conhece melhor os seus problemas e necessidades e que detém as potencialidades para a mudança.
- O trabalho em rede – a intervenção em RD só pode ser eficaz se existir uma rede de respostas disponível para as necessidades decorrentes da intervenção na rua. Sem a dinâmica de um trabalho em efectiva parceria, a eficácia da intervenção é extremamente reduzida.
- Interacção entre interventor e utilizador de drogas – um dos elementos cruciais para a mudança encontra-se na relação estabelecida entre estes dois agentes. A relação terá de basear-se na confiança mútua, conquistada através de um contacto regular, permitindo a mobilização dos utilizadores para mudanças graduais no sentido do seu bem-estar e da comunidade onde se encontra, através do *empowerment*, quer dos consumidores como de outros agentes locais.

Considerando o exemplo da intervenção desenvolvida no CAA, nomeadamente junto dos utentes entrevistados verifica-se que estes pressupostos de intervenção se mantêm: existiu uma adaptação do próprio funcionamento da estrutura previsto no DL 183, nomeadamente quanto aos próprios grupos-alvo, podendo ser abrangidos utentes que não pretendem integrar um programa terapêutico de toxicod dependências, mas que estão empenhados em mudar o seu estilo de vida procurando a sua integração social em sistemas sociais formais e informais, que lhes permitam viver com dignidade e enquanto cidadãos de pleno direito. A adaptação e o alargamento das respostas disponíveis só é possível devido às estratégias de proximidade desenvolvidas a partir da relação entre técnicos e utentes e da participação efectiva dos utentes no seu próprio processo de mudança. Outro aspecto importante é o trabalho em rede entre entidades que intervêm no âmbito da Redução de Danos. A intervenção de estruturas em contexto de rua permite efectivamente a divulgação de informações importantes junto de população toxicodependente. Esta proximidade facilitou

não só a disseminação de informação entre pares, como o acesso dos entrevistados ao próprio CAA.

Considerando que este estudo é desenvolvido no âmbito da Sociologia e Planeamento, apresento por último algumas considerações sobre a operacionalização do planeamento e da avaliação de intervenções neste âmbito, nomeadamente de projectos experimentais junto de pessoas com consumos problemáticos de drogas. Como tem vindo a ser referido, trata-se de um fenómeno social complexo e multifactorial o que implica uma análise de múltiplas variáveis e da relação entre si. Neste sentido, as respostas a criar devem ter em conta esta complexidade, associada ao contexto onde decorrerá a acção. As próprias respostas também deverão ter um carácter abrangente e complementar entre si, através de uma articulação efectiva entre todos os agentes envolvidos. O trabalho em rede, a utilização de metodologias participativas, as estratégias de proximidade, são alguns exemplos de operacionalização da acção. Tendo em conta a natureza do fenómeno assume particular evidência a adequação das respostas às necessidades dos grupos-alvo, sendo necessário assegurar a relação entre a produção de conhecimento e as práticas desenvolvidas, promovendo assim também a inovação da acção e a aferição da sua eficácia. Para tal as próprias metodologias de planeamento e de avaliação devem ser cuidadosamente seleccionadas.

Nas perspectivas apresentadas, as “soluções” que promovem o desenvolvimento local passam por pequenas medidas focalizadas, situadas ao nível local e territorial, segundo uma lógica de intervenção comunitária, preconizando a acção com pequenos grupos, tendo como objecto os problemas reais vividos pelas pessoas. Sendo que as sinergias criadas no âmbito das dinâmicas geradas segundo estes princípios não se reduzem à soma da parte dos resultados das intervenções implementadas, a mudança sistémica efectiva e fundamentada só poderá acontecer como resultado de várias acções desenvolvidas em várias áreas, de forma integrada, que visam um objectivo comum: melhorar as condições de vida das pessoas na comunidade. Nesta perspectiva, os projectos locais desenvolvidos no âmbito da RD constituem um contributo no vasto leque de intervenções caracterizadas como acção para o desenvolvimento local.

BIBLIOGRAFIA

Agra, Cândido (1993), *Dizer a droga, ouvir as drogas*, Porto, Radicário

Agra, Cândido (1998), *Entre a droga e crime*, Lisboa, Editorial Notícias

Alves, José Emílio et. al (2007), *Emprego, Formação e Redes Sociais – Processos, dinâmicas e impactes*, Celta, Lisboa

Amaro, Rogério Roque (2003), “Desenvolvimento – Um conceito ultrapassado ou em renovação?” in *Caderno de Estudos Africanos*, n.º 4, Janeiro/Julho, Lisboa, pp. 35-70

Barbosa, Jorge (2009), “A emergência da redução de danos em Portugal: da “clandestinidade” à legitimação política” in *Toxicodependências*, vol. 15, n.º 1, IDT, IP, Lisboa, pp. 33-42

Barros, Carlos Pestana e J. C. Gomes Santos (Coord.) (1997), *A habitação e a reinserção social em Portugal*, Editores Vulgata, Lisboa

Berger, Peter e Thomas Luckman (2004 [1966]), “As origens da institucionalização”, em *A Construção Social da Realidade*, Lisboa, Dinalivro, pp. 64-78

Burns, Tom (2000), “Prefácio à edição portuguesa” em Tom Burns e Helena Flam, *Sistemas de Regras Sociais. Teorias e Aplicações*, Oeiras, Celta, pp. xvii –xxxiii

Capucha, Luís (2005), *Os desafios da pobreza*, Celta, Lisboa

Fernandes, António Teixeira (2006), “Institucionalização e desinstitucionalização da vida social”, em *Monotonia Democrática e Diluição das Regulações Sociais*, Porto, Afrontamento, pp. 20-50

Fernandes, Luís e Maria Carmo Carvalho (2003), *Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas*, Coleção Estudos – Universidades, Lisboa, IDT

Fernandes, Luís (2009) “O que a droga faz à norma” in *Toxicodependências* vol. 15, n.º 1, IDT,IP, Lisboa, pp. 3-18

Fukuyama, Francis (2006), “As dimensões perdidas do Estado” em *A Construção de Estados. Governação e Ordem Mundial no Século XXI*, Lisboa, Gradiva, pp. 15-54

Friedman, John (1987), *Planning in the public domain: from knowledge to action*, Princeton University Press, New Jersey

Henriques, José Manuel (2003), “Avaliação em programas experimentais: perspectivas da “avaliação realista”” in *Caderno de Estudos Africanos*, n.º 4, pp. 85-97

Henriques, José Manuel (2006), *Global Restructuring and Local Anti-Poverty Action: Learning from European Experimental Programmes*, Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa

Giddens, Anthony (2007), *A Europa na Era Global*, Queluz de Baixo, Presença

Guerra, Isabel (2006) “*Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*”, Cascais, Príncipia

Keane, Martin (2007), *Social reintegration as a response to drug use in Ireland*, Overview 5, Health Research Board, Dublin

López, José e John Scott (2000), *Social Structure*, Buckingham, Open University Press.

Ló, Alcina Branco (2007), *Contextos de trabalho e processos de integração de toxicodependentes*, Coleção Estudos – Instituto da Droga e da Toxicodependência – N.º 3, Lisboa, IDT

Marlatt, G. Alan (1999), *Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*, Artmed, Porto Alegre

Matos, Margarida Gaspar (coord.) (2008), *Consumo de Substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?*, Coleção Estudos – Universidades, Lisboa, IDT

Menezes, Filipa Lourenço (2008), *Dinâmicas de risco na modernidade e desigualdades sociais: o caso dos sem-abrigo em Paris, Lisboa e Londres*, Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Mingione, Enzo (1996), *Urban poverty and underclass: a reader*, Blackwell, Oxford

Mozzicafredo, Juan e João Salis Gomes (org.) (2001), *Administração e política – Perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos*, Lisboa, Celta

Mozzicafredo, Juan; João S. Batista e João Salis Gomes (org.) (2003), *Ética na Administração – Como Modernizar os serviços públicos?*, Lisboa, Celta

Pires, Rui Pena (2007), “Árvores conceptuais: uma reconstrução multidimensional dos conceitos de acção e de estrutura”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 53, pp. 11-50.

Presidência do Conselho de Ministros (1999), *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*, Lisboa, Projecto VIDA

Quivy, Raymond e Luc Van Champenhoudt (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa

Silvestre, Agostinho Rodrigues e Celina Manita (2008) “Relação drogas-trabalho na construção de carreiras desviantes” in *Toxicodependências*, Vol. 12, N.º 2, IDT,I.P. pp.3-14

Stör, Walter B. (1981), “Development from below: the bottom-up and periphery-inward development paradigm” in *Development from above or below?*, John Willey and Sons, Chichester, pp.39-72

Stör, Walter B. (1984), “Changing external conditions and a paradigm shift in regional development strategies” in *Estudos de Economia*, vol. IV, n.º 4, pp.461-485

Stör, Walter B. (1990), “Synthesis” in *Global challenge and local response – learning experiences in Local Development Initiatives*, UN University, Tokio, pp. 1- 19

Stör, Walter B. et al (2001), “Subsidiarity: a key concept for regional development policy” in *New Regional development paradigms – decentralization, Governance, and the new planning for local-level development*”, vol. 3, Greenwood Press, London, pp. 35-52

Sullivan, Thomas and Thompson, Kemiak (1994), *Introduction to Social Problems*, Macmillan Publishing Company, USA

Therborn, Göran (2006), “Meaning, mechanisms, patterns, and forces: an introduction” in Göran Therborn (ed.), *Inequalities of the World. New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches*, London, Verso, pp. 1-58

Torres, Anália; Ana Marques Lito; Isabel Sousa e Diana Macial (2008), “Toxicodependentes: trajectórias sociopsicológicas e nós problemáticos” in *Consumos de drogas – Dor, prazer e dependências*, Fim de Século, Lisboa, pp. 17-68

Valentim, Artur (1997), “A construção social do problema - Droga em Portugal: alguns dados sobre a evolução recente” in *Sociologia – Problemas e Práticas*, n.º 25, Lisboa, pp. 81-102

Vagerö, Denny (2006), “Do health inequalities persist in the new global order? A European perspective” in Göran Therborn (ed.), *Inequalities of the World. New Theoretical Frameworks, Multiple Empirical Approaches*, London, Verso, pp. 61-92

ANEXOS

Anexo A – Modelos que estiveram na génese da Redução de Danos

O MODELO HOLANDÊS

A percepção de senso comum sobre a realidade vivida em Amsterdão, e noutras cidades holandesas, relativamente ao sexo e às drogas é que se trata de uma abordagem liberal e permissiva. Nas zonas de prostituição o uso de preservativos é obrigatório, existe um amplo mercado de pornografia e de espectáculos de sexo ao vivo em zonas patrulhadas pela polícia; existem *coffee shops* que vendem derivados da *cannabis*, para consumo local ou levados para casa e já nos anos 80 existiam carrinhas de distribuição de metadona oral (fármaco substituto da heroína), preservativos e seringas limpas (trocadas por agulhas usadas).

De acordo com o sociólogo holandês E. M. Engelsman (1989) trata-se efectivamente de uma abordagem pragmática do âmbito da saúde pública sobre os problemas com drogas.

Sendo um povo sensato e pragmático, os holandeses preferem uma abordagem realista e prática ao problema das drogas a uma abordagem moralista e excessivamente dramática. O problema do abuso de drogas não deve ser visto primordialmente como um problema de polícia e de justiça. Trata-se, essencialmente, de uma questão de saúde e de bem-estar social. (p. 212) (citado por Marlatt 1999: 30)

No final dos anos 60 verificou-se, na Holanda, um aumento dos problemas associados com drogas. Para responder a esses problemas efectuou-se uma profunda mudança na política nacional de drogas na década de 70. Anteriormente a essa reforma, as acções baseavam-se numa política judicial repressiva¹⁵ e no modelo de tratamento baseado na abstinência do consumo de drogas.

A nova política defendia que as acções neste âmbito deveriam ter em conta os riscos envolvidos no uso de drogas. A Lei Holandesa do Ópio (1976) prevê a distinção entre as chamadas drogas duras, isto é, de elevado risco¹⁶ (heroína, cocaína, anfetaminas e LSD) e drogas leves, de menor risco (erva e haxixe). Segundo Engelsman o objectivo era evitar que os consumidores de drogas fossem mais prejudicados pelos procedimentos criminais do que pelo consumo de drogas (Marlatt, 1999). Outro objectivo da nova política era a separação de mercados das drogas duras e das drogas leves. Ao adquirir erva em *coffee shops* os consumidores de erva não estariam expostos promoção de venda de drogas duras por parte dos traficantes.

O termo “redução de danos” surge numa publicação oficial¹⁷ em 1981. O principal objectivo passava por melhorar a situação física e social dos toxicodépendentes e a prestação de ajuda para que

¹⁵ Por exemplo, a pena pela posse de “erva” era de um ano ou mais de prisão.

¹⁶ Drogas de “risco inaceitável” (Van de Winjngaart, 1991 segundo Marlatt, 1999: 31).

¹⁷ Secretaria de Estado para Protecção da Saúde e do Meio Ambiente.

pudessem agir nesse sentido em vez de eliminar o comportamento aditivo. As respostas passavam pela prestação de serviços acessíveis e em baixo limiar de exigência¹⁸.

Os programas em baixo limiar de exigência não exigem um compromisso ao nível da abstinência do consumo de drogas. Os consumidores podem beneficiar das respostas disponibilizadas sem ser alvo de controlo sobre os seus consumos. Um dos objectivos com estes programas é iniciar um percurso com os beneficiários no sentido de reduzir os danos associados ao consumo de drogas.

Os próprios utilizadores de drogas e toxicodependentes tiveram um papel muito importante no desenvolvimento desta abordagem humanista e pragmática. em 1980 foi fundada em Roterdão a *Junkiebond*. Trata-se de uma organização de utilizadores de drogas “duras”, criada com base no pressuposto de que os utilizadores de drogas são quem conhece melhor os seus próprios problemas. O principal objectivo era defender os interesses dos utilizadores, melhorando as suas condições de vida. A sua acção passou por articular com as estruturas governamentais sobre várias questões, nomeadamente sobre a distribuição de metadona e a disponibilização gratuita de seringas esterilizadas, por exemplo.

A actuação da *Junkiebond* levou à criação do primeiro programa de troca de seringas em Amsterdão, em 1984. O Serviço Municipal de Saúde fornecia à *Junkiebond*, uma vez por semana, seringas e agulhas descartáveis que eram trocadas por seringas e agulhas usadas

Em 1985 efectuou-se uma revisão da política de drogas na Holanda definida por Engelsman como uma política de “normalização” em que o toxicodependente é mais encarado como um cidadão desempregado do que com um monstro ameaçador para a sociedade. (Marlatt 1999). O enfoque das respostas centra-se nas necessidades do utilizador drogas e os objectivos dirigem-se à redução dos danos que podem advir do consumo.

Neste contexto, nas décadas de 80 e 90 verificou-se um aumento da quantidade de serviços de tratamento disponíveis para utilizadores de drogas nomeadamente de programas em baixo limiar de exigência, segundo a filosofia da redução de danos. Passaram a existir múltiplas opções no sistema de tratamento, desde programas em baixo limiar de exigência (por exemplo, manutenção com metadona) a programas de alto limiar exigência (por exemplo, comunidades terapêuticas livres de drogas). (Marlatt 1999).

O MODELO (MERSEYSIDE) DO REINO UNIDO

O Reino Unido foi pioneiro no enfoque da “medicalização”, que consiste na prescrição médica de drogas, como a heroína ou a cocaína, a toxicodependentes. Apesar desta medida não existir em Portugal, optei por fazer uma breve apresentação deste modelo, uma vez que muitas das premissas

¹⁸ Como por exemplo “(...) o trabalho de campo nas ruas, em hospitais e em prisões; centros de livre circulação para prostitutas, fornecimento de metadona prescrita como droga substituta; apoio material; e oportunidades de reabilitação social.” (Englesman citado por Marlatt, 1999: 31)

da intervenção desenvolvida em Portugal na área da RD, com outro tipo de medidas, baseiam-se nos mesmos princípios.

Já nos anos 20 um grupo de médicos britânicos recomendou que a prescrição de narcóticos a alguns toxicodependentes levaria a “*reduzir os danos do uso e ajudá-los a levar um vida proveitosa*” (Marlatt 1999: 35). O modelo de redução de danos de Merseyside, prevê um vasto leque de respostas: troca de seringas e educação comunitária, prescrição de drogas incluindo heroína e cocaína, aconselhamento, procura de emprego e apoio à habitação.

Quando os toxicodependentes recusam um tratamento que visa a abstinência do uso de drogas, adoptam medidas de redução de danos com o objectivo de reduzir os riscos associados ao consumo, quer individuais como sociais. Ao estabelecer-se uma relação de confiança com o utente torna-se possível envolvê-lo numa reflexão sobre os seus comportamentos e o seu estilo de vida.

As acções a desenvolver com os toxicodependentes, quer no âmbito do tratamento como na redução de danos, são decididas por equipas multidisciplinares (incluem médicos, assistentes sociais, enfermeiras, etc.). Apesar de ser o médico o responsável pela prescrição das substâncias, ele não é o coordenador ou o decisor das equipas do programa de medicalização. As decisões são tomadas pelo grupo e, quando não há unanimidade, pela maioria.

Strang (1990) identifica cinco funções sobre a prescrição de drogas (Marlatt, 1999), entre as quais se destacam as seguintes:

1. Como “atractivo” para os toxicodependentes. Com a aplicação destas medidas é possível encorajar os toxicodependentes para outros níveis no âmbito do tratamento.
2. Como meta intermédia no processo gradual de alteração de hábitos. Allan Parry (1989) explica de forma muito clara esta função:

“A redução de danos dá pequenos passos para reduzir, mesmo em pequeno grau, os danos causados pelo uso de drogas. Se uma pessoa está injectando heroína obtida nas ruas de potência desconhecida, a redução de danos desconhecida, a redução de danos consideraria um avanço se o dependente tivesse prescrição de heroína legal e segura. Seria uma vantagem adicional se ele parasse de partilhar seringas. Um avanço adicional, se ele se inscrevesse em um programa de troca de seringas. Um avanço muito maior, se ele passasse a usar drogas orais ou fumáveis. Um avanço adicional, na redução de danos, se ele começasse a usar preservativos praticasse sexo seguro. Outro avanço, se ele aproveitasse os serviços gerais de saúde disponíveis para dependentes. Uma vitória maravilhosa, se ele abandonasse as drogas, embora a vitória total não seja uma exigência (...)” (p. 3)” (citado por Marlatt 1999: 36)

REDUÇÃO DE DANOS NO CANADÁ E NA AUSTRÁLIA

Nos anos 90 foram aplicados vários programas de redução de danos na Austrália, no âmbito do consumo de drogas injectáveis (nomeadamente programas de troca de seringas e manutenção com

metadona), no âmbito da prevenção de problemas decorrentes do consumo de álcool (programas de consumo moderado de álcool) e no âmbito da promoção e educação para a saúde. A educação sobre drogas no âmbito da redução de danos baseia-se na premissa de que o uso de drogas é normal e não poderá ser eliminado, está associado a benefícios e riscos que importa conhecer e que os seus danos podem ser reduzidos. Implica um diálogo aberto com os jovens e o reconhecimento e respeito pela tomada de decisão individual sem julgamento prévios.

Na Austrália esta perspectiva sobre a educação sobre drogas também é destacada, como alternativa aos programas preventivos tradicionais em vigor durante vários anos que se baseavam em apenas “dizer não”. É o reconhecimento de que o enfoque no “não” não obteve os efeitos esperados e acabava por se afastar da realidade existente de consumidores de drogas. Assim, o principal objectivo da educação sobre drogas é o de reduzir ao mínimo os danos causados pelo seu consumo.

No início dos anos 90 a política de redução de danos sobre drogas incluía o álcool e o tabaco para além das drogas ilícitas, reconhecendo que o seu consumo estava associado à maioria dos danos relacionados com drogas na Austrália.

Anexo B – A Redução de Danos em Portugal

- Fase clandestina (1977-1992)

Neste período surgem as primeiras iniciativas de redução de danos, com carácter experimental. Destacam-se neste período duas áreas de intervenção, pela importância que assumiram ao longo do tempo:

- A implementação de programas de substituição opiácea com manutenção de metadona, sendo o primeiro implementado em 1997 no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga do Norte (CEPD do Norte)¹⁹. Esta e outras iniciativas ocorreram dentro do sistema público de tratamento, não existia uma política definida de intervenção no âmbito da redução de danos. Aliás, nem eram denominadas por acções de redução de danos, mas entendidas pelos *“profissionais de saúde como estratégias complementares do tratamento de utilizadores de drogas injectáveis, que procuravam evitar e prevenir comportamentos de risco.”* (Barbosa, 2009: 35)
- O rastreio de doenças infecciosas - Nos finais dos anos 80 foi considerado prioritário a realização do rastreio à população toxicodependente da infecção pelo vírus do HIV/SIDA. Esta prioridade é expressa na Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, referenciando a população toxicodependente como um grupo de risco, pelo que era urgente o levantamento epidemiológico quanto ao VIH, no âmbito das acções de tratamento, visando também a alteração das práticas de consumo. Em simultâneo também eram implementadas campanhas de prevenção de comportamentos sexuais de risco.

- Fase experimental (1993-1998)

Durante os anos 90 registou-se o crescimento do número de utilizadores de drogas injectáveis infectados pelo VIH, o que contribuiu para a implementação de projectos experimentais dirigidos à população toxicodependente, no âmbito da redução de danos, nomeadamente:

- Projecto STOP-SIDA em Coimbra - Iniciou-se em 1993, promovido pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), em parceria com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro e o Centro de Estudos de Profilaxia do Centro (estrutura da rede pública de tratamento de toxicodependentes). O principal objectivo era prevenção de novos casos de infecção pelo VIH na população utilizadora de drogas injectáveis. Não teve grande visibilidade a nível nacional mas contribuiu para a expansão de intervenções desenvolvidas nos anos seguintes como o rastreio anónimo e confidencial de doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas
- Intervenção no Bairro do Casal Ventoso - Considerada por muitos a primeira acção de redução de danos em Portugal, sofreu várias reestruturação (1996, 1998, 2001 e 2003), com

¹⁹ Segundo Jorge Barbosa (2009) este foi o único centro do país a utilizar a metadona como narcótico de substituição até 1992.

vista ao alargamento de respostas de proximidade (pontos de contacto e unidade móvel com programa de substituição opiácea em baixo limiar de exigência), na constituição de parcerias entre a CML, os serviços da administração central e a sociedade civil para a implementação de respostas complementares particularmente no âmbito da redução de danos, do tratamento e da prevenção.

- Programa “Contrato de Cidade” Porto (1997-2003) - Promovido pelo Governo e pela Câmara Municipal do Porto, como resposta ao sentimento de insegurança urbana vividos na cidade, associados à exclusão social como consequência do consumo de drogas. O objectivo foi aumentar o acesso de toxicodependentes socialmente excluídos através da criação de estruturas de proximidade junto de arrumadores de carros e apoio a trabalhadores sexuais.
- Programas de troca de seringas - “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”.

Em 1998, o Governo nomeou uma comissão de estudo, constituída por especialistas reconhecidos, para elaborar uma proposta de estratégia nacional de combate à droga²⁰.

- Fase de legitimação política (1999-2005)

Outra proposta inovadora da ENLCD de 1999 com consequências importantes na aplicação de políticas na área da RD, bem como em outras áreas de intervenção (prevenção, tratamento e reinserção) foi a “*descriminalização do consumo privado de drogas (...) e a descriminalização da detenção (ou posse) e da aquisição dessas drogas para esse consumo privado*” (ENLCD, 1999: 64). Assim, o consumidor de drogas passa a não ser considerado criminoso (quando se trata de consumo privado individual) e podendo beneficiar de apoio social e de saúde, no âmbito dos riscos e danos associados ao consumo de drogas.

Ainda em 2001 foi regulamentada a implementação de equipas de rua, através da Portaria 1114 de 20 de Setembro, sendo possível a sua implementação a nível nacional, promovidas por ONG em parceria com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, o Instituto da Droga e da Toxicodpendência e autarquias, através da atribuição de financiamento apor concurso público. Estes projectos dirigiam-se principalmente a toxicodependentes em situação de exclusão social, em zonas urbanas, principalmente utilizadores de drogas injectáveis e a trabalhadores sexuais.

²⁰ Através do Despacho n.º 3229 de 16 de Fevereiro

Anexo C - Sinopse das entrevistas

Problemática1 “Trajectória” relativamente aos consumos de drogas

Dimensões	Liedson	João	António
Breve história dos consumos de drogas (Experimentação; consumo problemático; droga de eleição)	<p>“Para falar a verdade eu não me lembro assim de consumir droga... Mas é, no Brasil era nas festinhas, assim ao acaso...”</p> <p>“Aqui [em Portugal] uma vez ou outra por acaso também no fim do mês e tal... que tem dinheiro...”</p> <p>“(...)É a única substância com que me envolvi foi a cocaína(...”)</p>	<p>“Comecei a consumir, charros para aí com catorze anos, foi muito precoce, e heroína para aí com os meus 18. Tive muito tempo que brincava com a coisa, conseguia parar e arrancar e parar algum tempo.”</p>	<p>“Com 9, 10 anos. Lá no Algarve naquela altura havia muito, em qualquer lado se arranjava. Naquela altura era haxixe. Haxixe e álcool.</p> <p>Depois naquela altura também a gente começava já a fumar uns cigarritos, não é... pois... começávamos a fumar os nossos cigarritos e começávamos a fumar o nosso haxixe também.”</p> <p>[No Algarve] “heroína e a cocaína. Cheguei a comprar 300 escudos naquela altura, mas era... nunca me injectei, era tudo para fumar.”</p> <p>[em Lisboa] “depois conheci outras pessoas, outras companhias, e pronto... como eu era uma pessoa q não tinha instrução, sem nada, e prontos. Agarrei-me cá em Lisboa a fumar, mas a fumar também mais quantidade. Heroína e cocaína. Tudo fumado. Tudo fumado”</p>
Percepção sobre a situação individual face ao consumo de drogas	<p>“(...) mas eu não tenho assim uma regularidade de consumo.”</p> <p>“É verdade, eu não sou assim que digamos na um viciado, eu sou forte... eu passo a maior parte da vida sem droga, passo a maior parte da vida sem álcool, passo a maior parte da vida sem tabaco, está entendendo, então...”</p> <p>“Eu não sinto que seja um viciado. É uma coisa que passa. Normalmente eu não tenho necessidade, o meu corpo não pede.”</p> <p>“(...)mas também não sinto que seja um viciado, graças a Deus.”</p> <p>“Acho que nessa fase é mais um problema de ter falta de relacionamento afectivos, um amigo mais chegado e tal. Eu acho que tou muito sozinho então, quando eu procuro refúgio nas drogas é porque eu tou mesmo sozinho, tou mesmo angustiado. Tou sozinho, não tem lugar pra ir... então as vezes é complicado, tenho um dinheirinho no bolso mas não tenho lugar pra ir, então “ah! vou na discoteca! vou sozinho; vou na farra! vou sozinho; então olha “não vou pra aquele lugar não. Aquele é lugar da malandragem e daquelas coisa todas...” Então acho que é mais aquele lado da solidão mesmo que... na solidão que vem mesmo as paranóias de recorrer à droga ou a bebida alcoólica, ou coisa que não presta mesmo.”</p>	<p>“Comecei a entrar nesse circuito [consumo de benzodiazepinas] e por ser uma substância tão barata ainda é mais difícil de sair</p>	<p>“E. foi só aqui em Lisboa é que eu me agarrei à heroína.”</p>
Situação específica de	<p>[estava a consumir antes de entrar para o Centro?]</p> <p>“Tava, tava, tava. Eu tive uma crise mesmo... me deu</p>	<p>[A heroína é a droga principal?]</p> <p>“Actualmente não é. São benzodiazepinas, comprimidos.</p>	<p>“(...)e eu estava a ressacar mesmo a frio, estava a ressacar a frio mesmo... era isso que eu fazia. Mas eu não aguentava...</p>

Dimensões	Liedson	João	António
consumos prévia à entrada no CAA;	<p><i>assim uma crise assim de, sei lá, me deu uma depressão muito forte e quando eu vi eu já estava mesmo me afundando, e... não queria saber de mais nada, sabe, mesmo largado...</i></p> <p>[o que é que consumia?] <i>"Cocaína"</i></p>	<p><i>Porquê? Porque como eu era uma pessoa que tinha uma grande dificuldade em arranjar dinheiro, eu conseguia arranjar uma substituição à heroína muito mais económica que são os comprimidos. Pronto. E conseguia estar num estado muito mais pedrado, digamos assim, com muito menos dinheiro e habituei-me a isso e às vezes com 50 cêntimos conseguia estar num estado que com 20 € não dava. Então comecei a injectar comprimidos (...) eu com 20€ ando um mês todo pedrado, digamos assim."</i></p>	<p><i>não aguentava. Tinha suores, muitas dores, e... não era só físico também era moral. Eu bem tentava mas... não conseguia."</i></p>
Evolução da situação durante a permanência no CAA	<p><i>"A gente de vez em quando dá umas recaídas, tem dois fins de semana de uma recaída, não é, mas é uma coisa também assim que acontece, sei lá, e de repente a gente volta à normalidade e tenta acabar com a coisa né..."</i></p>	<p><i>"(...) eu posso dizer que estive cerca de cinco meses sem fazer nada aqui dentro. Nem procurava trabalho, não fazia nada. Estava mesmo de manhã à noite, estava a passar o tempo, pronto. E chegaram aos cinco meses e disseram-me que, aos cinco meses e meio (e meteram-me entre a espada e a parede) e disseram-me assim: "ou te portas bem e arranjas trabalho ou estás na rua". Foi assim uma... não me prenderam mas... não é uma prisão, mas uma contenção, posso dizer isso: Meteram-me aqui dentro para eu não consumir durante uma semana, nessa semana portei-me bem, fiz análises e disseram-me assim: pronto agora já podes procurar trabalho, já estás em condições para ir procurar trabalho."</i></p> <p><i>"Posso dizer que nesta fase de procurar trabalho parei mesmo."</i></p>	<p><i>"Tive a tomar [metadona] durante 3 meses."</i></p> <p>[Também consumia heroína enquanto tomava metadona?] <i>"Não."</i></p>
Situação actual de consumos	<p>Esporádico.</p>	<p><i>"Claro que não misturo. Quando estou a trabalhar, de 2.ª a 6.ª feira não meto nada, nem sequer meto um comprimido para dormir, nada de nada pronto. Não posso dizer que ao fim-de-semana, que às vezes não meta, pronto. Não posso dizer, iria estar a mentir."</i></p>	<p><i>Não. "Já deixei também. Nem medicação nem metadona já."</i></p> <p>[E não consome?] <i>"Nada."</i></p> <p>[Há quanto tempo?] <i>"Há 6 meses desde que estou aqui, porque foi dia 9 de Janeiro."</i></p>
Recurso a programas terapêuticos (anteriormente)	<p>Não</p>	<p><i>"Tive outro tempo que estive em tratamento de antagonistas, antaxone durante um ano e tal. Tive outro tempo que não eram antagonistas, que me portava bem e tive outro tempo em que recaí. E neste momento estou no programa de metadona (...) desde 2004, há 6 anos. Já estive em alto limiar e</i></p>	

Dimensões	Liedson	João	António
		<i>passaram-me para baixo. Passei para alto e passaram-me novamente para baixo. Pronto.</i>	

Sinopse das entrevistas – Problemática 2 Exclusão Social (Sistemas sociais formais, informais e grau de isolamento social) – previamente à entrada no CAA

Dimensões ao nível dos Sistemas sociais formais	Liedson	João	António
Habituação	<i>“Passei três meses lá fora na rua.”</i>	<i>“Nesta última vez estive um ano e meio.” “Era [O Centro de Abrigo nocturno onde dormia] um bocadinho melhor que a rua, um bocadinho só. É um centro deste género, mas não tem nada a ver com isto. Aqui somos 50 pessoas, lá éramos 300. A comida é má. É um centro nocturno só dá pernoitar, jantar, tomar banho, dormir, às 9 horas do dia seguinte tem de se estar na rua, todos. As regras são muito severas, é tudo muito escasso, a comida é horrível. É mesmo para pessoas que estão na rua, é um albergue nocturno.”</i>	<i>“Eu vivo na rua há muitos anos. Eu não tenho família, não tenho ninguém e... pronto, desde criança que eu vivo na rua. Fui abandonado quando tinha 9 anos de idade(...)” [Antes de entrar par o CAA] “Estava num cubículo aqui em Santos.”” Há um ano.” “Vim para Lisboa, prontos... para essa casa [prédio abandonado], quer dizer tava lá mais pessoal, mas... e também como tinha muitas casas vazias, pra não dormir na rua fui pra lá.”</i>
Situação face ao emprego	<i>“Depois eu não conseguia sair daquilo [rotina diária em função do consumo]. Não conseguia achar mais emprego. Não consegui...”</i>	<i>“Nada. Eu não me sentia em condições de arranjar trabalho ou de ir sequer à procura de trabalho pronto.” “Eu já trabalhei várias vezes aqui em Lisboa. Infelizmente o mercado de trabalho... isto é um bocão cão. É um mercado muito mau. É tudo a recibos verdes. É tudo outsourcing, é o nome pomposo para trabalho temporário. Contrato com uma empresa para trabalhar para outra empresa.” “Neste momento antes de entrar não estava. Eu tive uma fase... tive um ano e meio sem fazer nada, pronto. Perdido nos consumos, pode-se dizer que sim.” “E eu tenho uma coisa, que se calhar também é boa que é, quando eu vejo que não estou em condições não vou à procura de trabalho. Para quê? Para estar a fazer figura de urso ou para estar a queimar uma hipótese que poderia ter mais tarde? Prefiro não ir. Não misturo as coisas, se eu vejo que não tenho condições, tenho essa percepção, vejo que estou de rastos e por isso não vale a pena procurar.”</i>	<i>“Tive um ano sem trabalhar.” [Porquê?] “Porque me agarrei outra vez. Agarrei-me à heroína outra vez.”</i>
Família	<i>[Tem família em Portugal?] “Não. Sou eu memo.” [Quando estava na rua, contactava a sua família?] “Não não. Tem um período em que eu tive na rua e me distanciei inclusive da minha família. Eles ficaram preocupados, não sabiam como me localizar e tal... foi mesmo...”</i>	<i>“Se há coisa que ela [a mãe do filho] felizmente nunca fez foi desistir de mim, pronto. Felizmente posso dizer que tenho sorte. (...) nesse aspecto, os domingos, desde que eu estou aqui em Lisboa, os domingos, salvo um domingo ou outro, os domingos normalmente é para a família.” “A minha família neste momento é o meu filho e a mãe do meu filho. E isso é um dado adquirido já há (...) 8 anos. Que não teve a ver com drogas, não teve a ver com nada... teve a ver com muita coisa. Os mais pais... não falo com eles há 8 anos. Não sei deles, eles não sabem de mim e não há mais nada que</i>	<i>“O meu pai faleceu, a minha mãe está viva ainda.” “Como eu lhe disse antes, a minha família é muito muito Complicada. Até quando eu era miúdo compreendia perfeitamente. Acho que quando uma pessoa tem aquela idade deixa passar... e prontos, sempre falei bem com eles, mas o que é que não... prontos, digamos não... é como uma família, família é família né, mas... a minha família não me diz nada. Talvez me diga mais, eu vejo por mim, me diga mais outras pessoas que não seja de família do que a minha própria família, porque eu não... é que na</i>

Dimensões ao nível dos Sistemas sociais formais	Liedson	João	António
	<i>mas depois ...minha mãe também já é uma pessoa q tem uma cabeça mais... mais aberta e tal... é uma pessoa muito inteligente, apesar de ter poucos estudos ela é uma pessoa muito inteligente... então já perguntou se era um problema de depressão, então ela já... já entende essas coisas assim."</i>	<i>possa acontecer, mesmo. Já estive bem na vida, já comprei três carros desde que estou em Lisboa, já estive a trabalhar noutros sítios (...) mas isso não é motivo para falar com eles nem sequer para me aproximar deles. Eu sou orgulhoso, eles têm o feito deles também(...)"</i>	<i>minha família... às vezes eu era miúdo e passava na rua e mesmo a minha família não me ligava, entende? Talvez isso, não sei... uma pessoa quando é criança fixa bem as coisas, né? Depois mais tarde vem a pensar, ou recorda-se, do que aconteceu. E eu, prontos, não desejo mal a eles, eles também não me desejam mal a mim... mas é que eles têm a vida deles no Algarve. Já fui lá várias vezes porque estive a trabalhar no sul de Espanha e passei por lá várias vezes, e prontos, vi-os. Eles têm a sua vida, um bocado difícil... um bocado difícil porque... têm muitos filhos também, e eu como era uma pessoa mais... extrovertida como se diz, mais livre, sempre tive com algumas pessoas também, mas não queria estar mesmo não era o meu objectivo naquela altura, não era estar com família, criar família. Ainda hoje."</i>
Segurança Social (recursos a medidas de apoio, RSI e subsídio de emprego)	<i>"Subsídio de desemprego recebi dois meses e aí arrumei um trabalho e aí cortaram. Honestamente nesse período nem lá fui..." [Nunca recorreu ao RSI]</i>	<i>"Nunca tive nem rendimentos, nem reinserção mínimas, nem nenhum subsídio."</i>	[Recurso a subsídios ou algum tipo de apoio] "Não não." "Nada."
Estruturas de Apoio	[A única referência foi o contacto com a Equipa de Rua para saber informações sobre o CA.]	[Centro de Abrigo]	[Entidades e particulares que distribuíam refeições e alimentos] <i>"Havia os Médicos do Mundo. Eu sabia de 2.ª a 6.ª onde é q estavam, se houvesse... se nos sentíssemos mal, né, tínhamos os horários deles. Se me sentisse mal, mandavam-me para o hospital, né. Se fosse alguma doença, podiam ajudar-me ali, tinham medicação tinham essas coisas todas. E haviam também alguns médicos particulares, que vinham também."</i>
Ao nível dos sistemas sociais informais (Rede de contactos, amigos, pessoas significativas...)	<i>"Tem amigos mas eu mesmo... eu me distanciei dos amigos e tal porque... sei lá! Ficam sabendo satisfação da vida da gente com outras pessoas e tal, querem saber demais, então, eu já sou um pouco mais reservado nessas coisas da minha vida, então não, acabei por me afastar."</i>	<i>"Eu sou o pai do filho dela. Esta é uma ligação para a vida inteira." "É o seguinte... Eu tenho um defeito. Quando estou mal afasto-me das pessoas todas. Quando eu sinto que não estou em condições, quando estou nessa obsessão [consumo de drogas], quando estou mais disperso, quando estou de rastos, afasto-me de toda a gente"</i>	<i>"Nessa altura estava muito solitário quando me agarrei outra vez. Às vezes estava com uma pessoa ao lado, era um edifício abandonado, estava com outras pessoas. Mas eu acho que as outras pessoas viam ou que não eu queria acompanhar com eles (...)" "Eu gosto de ler tudo. Prontos, quando estou assim leio tudo. Leio tudo assim, alguma coisa apanho. Às vezes estava informado, lia as notícias também. Lia um livro também. Metia-me a ler um jornal, ou a ouvir um pouco de rádio."</i>
Fonte de rendimento	<i>"Na rua, eu não tinha trabalho. Nesse período fiquei arrumando carros." "Eu dinheiro tinha. Todo o dia tinha de fazer dinheiro prá droga"</i>	<i>"Andava a cravar trocos para me fazer à vida. Não conseguia arrumar carros, nunca... A forma que eu arranjava de arranjar algum dinheiro era dizer que tinha perdido o passe, ou dizer que tinha ... que precisava de uns trocos para o comboio ou para o autocarro e tentava assim arranjar algum dinheiro. Era a única"</i>	<i>"Sou uma pessoa solitária, e já na rua eu vivia sozinho, e conseguia orientar-me à minha maneira, né. Aaa... Arrumar carros pois, talvez arrumasse uma vez ou duas, mas é uma coisa que não conseguia. Prontos, nunca gostei. Aquilo dá muito dinheiro, mas... não sei, eu via aquilo... acho que as"</i>

Dimensões ao nível dos Sistemas sociais formais	Liedson	João	António
	<p><i>mas não fazia pra... Esquecia às vezes de fazer pra comer mas pra droga sempre tinha de ter. Foi naqueles três meses também..."</i></p>	<p><i>forma que eu conseguia. Roubar nunca foi a minha área, também não queria roubar nem me prostituir portanto tinha de ser dessa forma."</i></p>	<p><i>peessoas não são obrigadas a dar. Eu também tenho carta de condução, tirei né, há 15 anos que tirei a carta, e também quando ia arrumar o meu carro também tinha que dar uma moeda e sentia-me um bocado coiso..."</i></p> <p><i>"Digamos, eu vendia na feira da ladra. Arranjava objectos, arranjava objectos por aí, apanhava o autocarro e ia pelos arredores de Lisboa. Se amanhã fosse sábado, esta noite tinha que fazer uma directa, digamos. Fazia uma directa, e encontrava coisas. Algumas que não funcionavam, mas vendia-se tudo, tinha ali. Eles se quisessem comprar, compravam, não eram obrigados. "Tá a funcionar? Tá". E era assim. Mas vendia assim mais roupa de marca. E a roupa de marca dava dinheiro. (...) Eu conheço as marcas... e a roupa de marca vende-se sempre, a 5 a 10[Euros]</i></p> <p><i>[E assim conseguia dinheiro para a semana?] "De 3.ª a Sábado conseguia. O mínimo que eu tirava era 60 euros, 50/60 o mínimo. E com isso, prontos, dava até sábado, claro que se consumisse 10 ou 15 euros por dia."</i></p> <p><i>"(...)eu tinha de fazer dinheiro que desse de 3.ª a Sábado, e eu tinha de ir ao Martim Moniz ali nas Portas de Santo Antão ao pé do teatro, e aí também ia vender qualquer coisa que arranjasse durante a semana, aos pretos, um televisor ou outra coisa... ao meio da semana."</i></p> <p><i>[E as refeições?] Isso tínhamos, pronto. Até sabíamos os horários. Havia uns tupperware que eles traziam e dava pra comer (...) E pois, começaram a vir mais pessoas que abriram mais centros e... e algumas vinham... quando a gente chama de particular, são pessoas particulares, e quando a gente chamava de comunidade era de uma comunidade, carrinha, centro..."</i></p> <p><i>"Todos os dias. Nós sabíamos os pontos onde é q as pessoas estão." [Descreve o horário semanal e os locais da cidade]</i></p>
<p>Percepção sobre a situação antes de entrar para o CAA</p>	<p><i>"A cabeça parece que estava assim com uma coisa ruim, não me deixava progredir, não deixava..."</i></p> <p><i>"Não. Não sei, me deu uma crise... que eu não sei nem como explicar isso, me deu uma crise mesmo, uma depressão... Quando eu me vi não já não tava mais... não queria saber de nada e... bebendo... fumando e... na</i></p>	<p><i>"Mas quando entrei estava completamente na rua, estava completamente desmotivado, estava completamente... aaa... não havia mais nada para baixar. Não tinha mais nada para..."</i></p>	<p><i>"Sentia-me mal porque... como lhe estava a lhe dizer, estava a ler, começava a pensar, e eu queria deixar, né. Foi isso que... isso interfere muito com os pensamentos e com aquilo que a pessoa quer e com o que não quer. Essa força interior, e eu estava a ressacar mesmo a frio, estava a ressacar a frio mesmo... era isso que eu fazia. Mas eu não aguentava... não aguentava. Tinha suores, muitas dores, e... não era só físico também era moral. Eu bem tentava mas... não conseguia."</i></p> <p><i>"Depois eu já não ia à feira, porque sentia-me mal. Mal... digamos que...moralmente. Sentia-me mal. Fisicamente bem. Quer dizer, bem não, mas sabia que era ressaca."</i></p>

Dimensões ao nível dos Sistemas sociais formais	Liedson	João	António
	<i>droga. De dia arrumava carros e à noite ia mexer com droga e dormia por lá mesmo. Deu uma bagunça na minha vida que eu nem sei o que aconteceu.”</i>		<i>Depois esse rapaz disse-me e eu disse-lhe “qual é o dia que eles passam lá? e ele disse-me “à 6.ª, às duas ou três horas eles passam lá”. Eu tive lá, até arrumei uns carros com ele, eu não gostava nada...”</i> <i>“Eu comecei a pensar, e como sou muito solitário, comecei a pensar “como é que me meti nisto outra vez?”</i>

Sinopse das entrevistas – Problemática 3 Integração Social (Acesso ao CAA; integração nos sistemas sociais formais e informais; perspectivas futuras) – Durante a permanência no CAA

Acesso ao CAA	Liedson	João	António
Como conheceu o CAA	<i>“Na rua se encontra muita gente. Eu tava na rua.”</i> <i>“Aí, através de amigos e de umas pessoas também ligadas ao Desafio Jovem (...) mas de outra equipe não pertencendo à equipe [Equipa de Rua] que está no CA, mas me falaram também do CA, de algumas pessoas que residiam aqui, como é que faziam e tal...”</i> <i>“Então eu fiquei conhecendo um rapaz que morava aqui e tal e aí falou que tinha entrevista na 2.ª e outra na 4.ª feira, e eu vim fazer uma entrevista e também não tinha contacto e tal e tinha de ficar ligando pra cá pra saber.(...)”</i>	<i>“Ouvi dizer que este sítio tinha reaberto. Já me tinham falado muito bem deste sítio.”</i> [Quem é que lhe disse?] <i>“Foi um colega meu. Na conversa disse-me que o Centro de Alcântara já reabriu ou está para reabrir e eu fui das primeiras pessoas a vir para aqui.”</i>	<i>“Estava lá um rapaz nesse edifício abandonado, e ele arrumava carros na Avenida da Liberdade e ele disse-me que tinha umas equipas de rua lá, que passavam à 6.ª feira por volta das 2 ou 3 da tarde e, prontos... que... falavam deste centro não é, e ele disse-me. E eu disse “tá bem, olha eu vou lá falar com eles então”.</i>
Como chegou ao CAA	<i>“(...) E aí um dia por acaso, eu tava meio... tava assim já chateado daquela situação que eu tava, não conseguia sair daquilo, precisando memo arrumar um lugar que me fosse dar uma prumada na vida. Aí liguei pra cá, eles falaram que tavam à minha procura, que já tinha uma vaga pra mim e tal, e eu resolvi vir pra cá e resolvi aceitar memo e... abraçar essa oportunidade memo com força pra, não é... e aí comecei a procurar trabalho e...”</i>	<i>“Eu quando soube que tinha reaberto vim cá.”</i>	<i>“(...)Depois fui lá falar com eles e estou aqui agora.”</i> <i>“Foi através dessa equipa de rua.”</i> <i>“Estavam [a Equipa de Rua] pra me pôr [no Centro de Abrigo nocturno, para pernoitar], mas como eu estive lá e não gostei daquilo, preferia estar na rua do que lá. Aquilo é... prontos, como você sabe cada um é diferente. Somos todos da mesma raça mas cada um tem a sua maneira, por isso há pessoas que adaptam-se àquilo e outras não. É como aqui, há pessoas que adaptam-se a isto e outra não.”</i>
Motivações para recorrer ao CAA	<i>“Estava a consumir, mas também já estava naquela coisa de sair mesmo daquilo, está entendendo.”</i>	<i>“Eu acho que foi um pack, foi um conjunto de factores. O factor principal foi eu querer sair desta vida: eu querer. Tenho um filho com 11 anos. Tenho um filho que já não lhe posso dizer uma mentira. Tenho um filho que é uma criança extremamente esperta, extremamente inteligente e que sabe a minha situação e que não posso estar a dizer: “olha já estou outra vez mal”, ou “já...”. Não dá. E é uma idade crítica, pré-adolescência, este foi um dos factores principais.(...)”</i>	<i>“O que me fez mudar... como já lhe disse eu sou uma pessoa muito solitária, muito pensativa. E também leio muito. Quando estou nesta fase, pronto, nesta fase estar sozinho e tal, leio muito. Aquilo que leio transmite-me uma força, e penso. Às vezes pronto, lia uma literatura e começava a pensar, raciocinava um pouco, pensava... veio aqui assim muita coisa por dentro.”</i> <i>“Eu pois, vim [para o CAA] com um objectivo.”</i> [Qual era esse objectivo?] <i>“Eh pá, o meu objectivo era me limpar e prontos. E ainda estou, estou a concretizá-lo.”</i> <i>“Falei com eles [Equipa de Rua] e disseram-me que tinham metadona, metadona para reduzir a droga.”</i>

<p>Percepção sobre a vida no CAA (aspectos mais positivos)</p>	<p><i>"Então... aquelas pessoas que ajudam, os monitores. Os monitores estão sempre à disposição inclusive para conversar, né. Ainda no outro dia eu tava meio deprimido aí e a monitora falou comigo, perguntou como é que eu tava e tal... e então eu me abri com ela. Então os monitores têm me ajudado bastante e demonstrado que estão dispostos a me ouvir se eu precisasse de uma ajuda maior deles. Então eu acho que a solidariedade dos monitores é a coisa mais importante do centro, e a Direcção."</i></p>	<p><i>"Talvez... uma pessoa sentir que tem aqui alguém, assim aqui... Que há aqui pessoas boas também. Há aqui pessoas boas. Ou seja, o conceito talvez de família não é de pessoas no nosso sangue mas sim pessoas com quem convivemos, com quem podemos falar, algumas com quem podemos contar."</i> <i>"A experiência mais positiva que eu tive aqui talvez seja essa, o sentir que está-se a chegar a hora de ir para casa e que tenho um sítio para ficar, talvez, assim, esse... tirar a preocupação de onde é que eu vou dormir, o que é vou comer. Isso é o mais positivo talvez... que eu neste momento estou a ver."</i> <i>"Eu estou contente pela ajuda que certas pessoas me deram aqui..."</i></p>	<p><i>"O que eu acho mais positivo é eles ajudarem as pessoas. Isso é o mais positivo. Eu até... até gostei muito. Quando eu cheguei cá, fui logo... o meu caso à Direcção [descreve os nomes do director, da psicóloga, da técnica de serviço social]. Eles ajudaram-me... ia a entrevistas, (...) como eu tinha a carta de condução não é (eu não tinha documentos não é) fizeram-me os documentos, dinheiro para tirar nova via para a carta de condução, tirei tudo."</i></p> <p>[Relação com a equipa do CAA] <i>"Sinto uma boa relação com eles. Com os monitores, com os enfermeiros, com a médica. Eu tenho respeito por eles e eles também. Tudo o que eles disserem é para o meu bem. Eles também viram logo..."</i></p>
<p>Percepção sobre a vida no CAA (aspectos mais negativos)</p>	<p><i>"Tem aquela questão do atelier [aponta para a sala onde funciona]... não há nenhum divertimento. Tem assim uns joguinhos. Não tem assim como... uma reunião de célula de uma igreja [trata-se de um encontro de um pequeno grupo de cristãos protestantes. Afirmou ser cristão].</i> <i>"Os nossos horários são controlados, horário da janta, para deitar. Tem os computadores, mas o curso de computadores tem durante a semana na parte da tarde. Tem computador para entrar na internet, mas tem de aprender. Eu comecei o curso de computador mas comecei a trabalhar e aí não deu mais. Um tipo de actividades para aprender... tem um trabalhinho com barro... aí passa aquele tempo... Precisa de aprender mesmo... uma pessoa precisa de aprender mesmo nessa vida... Fazer actividades mesmo pra aprender, seria útil."</i></p>	<p><i>"Muitos. De facto não se pode agradar a todos. Mas existe aqui alguma, como é que hei-de explicar... (...) desde o facto de todos os dias (portanto eu estou a trabalhar) e todos os dias tenho de acordar até às 8 da manhã, mesmo ao sábado e ao domingo tenho de acordar até às 8 da manhã. No dia de Natal tivemos de acordar às 8 da manhã, na passagem de ano tivemos de acordar às 8 da manhã, pronto. Esse é o aspecto negativo. Acho que eles deviam, se calhar ao domingo, não digo até ao meio-dia, mas sei lá deixar as pessoas dormir um bocado. Por exemplo, seja 6.ª feira, seja sábado ou domingo, a televisão às 11 [da noite] é para fechar. Eles podem estar a jogar ping pong até às 2 da manhã, mas a gente não pode ver televisão. Estes são os aspectos negativos.</i> <i>Estas são as regras que me chateiam mais, e de não haver uma compreensão. Ao princípio: estávamos a ver um filme, eram 11 horas e o filme estava a 10 minutos de acabar e desligavam. Aquilo era matemático, não conseguiam compreender que eram só mais 10 minutos, que nós tínhamos</i></p>	<p><i>"Mas eu vejo que aqui alguns estão a fazer o mesmo do que eu, mas estão a enganar aqui a... estão a enganar-se a eles próprios e estão a enganar a Direcção. Mas... eu não tenho nada a ver com isso. Mas vejo que é um bocado mau. Eu não gosto. Eu sou uma pessoa que me critico a mim próprio, algum erro que eu faço, mas também critico os outros. Faz parte do ser humano criticar."</i></p>

		<p><i>estado hora e meia a ver uma coisa e não podíamos ver o fim. Depois lá explicamos que era uma falta de educação muito grande desligar o botão a 10 minutos do fim. Depois alterou-se pelo negativo: se o filme acabar antes das 11 horas, vê-se, senão mete-se noutra canal. A regra não se alterou, deu-se a volta.”</i></p> <p><i>“Há aqui pessoas que ficam contentes é quando aparece aqui um desgraçadinho, de rastos a pedir ajuda. Se a pessoa está a ficar bem, há pessoas que não ficam contentes, isso são algumas.”</i></p>	
Ao nível da relação com sistemas sociais formais			
Situação profissional actual (como obteve emprego; motivações)	<p><i>[[Foi o próprio que decidi começar a procurar trabalho.]</i> <i>[Está a trabalhar há cerca de dois meses.]</i> <i>“Pra sair do CA também, é uma situação que é provisória. Não é uma situação que é permanente. A gente tem seis meses pra reunir, pra organizar a vida. E tem aqui pessoas que é... não conseguem se organizar e vão para a comunidade para se tratar das suas dependências e tal, que não é o meu caso, né”.</i></p>	<p><i>[Em primeiro lugar referiu o filho]</i> <i>“Eu sei que também contribuiu o facto de eles me terem posto entre a espada e a parede e me terem dito: “olha, ou dás rumo à tua vida ou vais daqui pra fora”. Também ajudou. Posso dizer que também me ajudou.”</i> <i>“Visto que a minha área é uma área de escritórios, é uma área que... Claro que se eu trabalhasse nas obras, como pedreiro, ter bom aspecto, ter mau aspecto, estar com olheiras, etc... Agora num escritório já é diferente. Já tenho que vender a imagem. E foi essa imagem que eu tive que meter-me apresentável para conseguir vender e conseguir esse lugar que tenho agora.”</i> <i>“Neste momento estou em outsourcing, mas já sei que vou lá ficar até ao fim do ano”.</i></p>	<p><i>[Há quanto tempo começou a trabalhar?] “Há 1 mês e tal”.</i> <i>“Trabalho na construção civil.”</i> <i>“Sim foi pelo jornal.”</i> <i>[Procura de trabalho] “Sim sim, fui eu próprio. Sim, porque eles disseram, a Direcção disse-me mesmo que eu é que tinha de mexer-me e tal e... que eles davam apoio nesse aspecto, na deslocação, na alimentação e nessas coisas.”</i> <i>“Andei à procura nos jornais, nos anúncios, no centro de emprego e... andei à procura e às vezes ia a entrevistas, e não conseguia nada, não é. Pronto, um mês, foi um mês, um mês e tal.”</i></p>
Relacionamento com colegas no trabalho, com superiores hierárquicos	<p><i>“Fui trabalhar com essa empresa e então conheço algumas pessoas com quem já tinha trabalhado, já conhecia, já tinha amizade, já tinha trabalhado com dois numa outra obra, tem um que é marroquino, e aí ficou mais fácil de relacionar com as pessoas.”</i> <i>“O engenheiro é novo, pessoa mais novo do que eu, então trata a gente com mais respeito, então eu acho bom o relacionamento com a gente.”</i></p>	<p><i>“Eu estou no departamento, de tecnologias de informação numa multinacional. Ninguém sabe da minha história passada e isso é excelente. Quer dizer, eu não sou lá visto como um drogado ou como um ex-drogado, sou lá visto como uma pessoa competente e uma pessoa útil e prestável, simpática... aaa... uma pessoa normal.”</i> <i>“É bom uma pessoa sentir que nos</i></p>	<p><i>“Neste momento, colegas de trabalho sim.</i> <i>[Sente-se bem com eles?] “Sim. Por acaso até me sinto bem”</i> <i>“(...)eram mais empregados e agora ficaram menos. Eu agora estou na secção do pladur, pra tectos falsos. Agora estou no armazém a dar o material. Não sei o que é que eles viram em mim... eu aprendi logo os números dos materiais todos. As placas de pladur têm de ter umas estruturas de perfil... eu não sabia nada disso. É a primeira vez que estou a trabalhar nisso. Na minha altura quando eu estava a trabalhar na construção não havia nada disso.”</i></p>

		<p><i>respeitam, sentir que a dignidade voltou, que já não é visto como: é um drogado, que se lixe; é pra drogados é... pode ser qualquer coisa... Não. Sinto-me bem, sinto que me respeitam."</i></p>	<p>[Então está a aprender coisas novas?] <i>"Sim Estou a aprender. Por acaso o meu encarregado diz "o Sr. [nome próprio] não sai daqui". Às vezes é preciso algum servente, algum oficial para fazer a estrutura e meter o pladur. Cada oficial tem um servente. (...) e pronto, eu não saio dali do armazém."</i></p> <p>[Gostam do seu trabalho?] <i>"Não é gostar (sorriso) eu também carrego placas! Tenho de carregar placas como os outros. Mas lá no armazém está o material e às vezes o ele [o encarregado] diz "sai placas de 2,5 ou 3m, e Sr. [nome próprio] dê aí mais 2", e eu dou."</i></p> <p><i>E tenho uma comunicação com os encarregados, com os meus colegas. E também temos de andar...Se é uma coisa que eu gosto? Eu não gosto de trabalhar! [Sorriso] Não sei se está a compreender... Você gosta de trabalhar? [Pergunta dirigida a mim. Risos.] Mas o que tenho de fazer, tenho. Eu no meu trabalho não vou pensar "que estou aqui a trabalhar até à noite, e tal..." ,não. Estou a pensar naquilo que estou fazer, não tenho a cabeça noutro lado, senão acho que o trabalho não sai em condições. Então, se tenho aquela tarefa para fazer, o encarregado diz "Sr. [Nome próprio] faça isto e isto e isto", e eu faço. Quer dizer, ele não me carrega muito em cima, né. Sabe que se ele me diz uma coisa, o trabalho que ele me diz está feito. Ele não me diz nada. Mas eu vir coisas que tenho de fazer, faço. Por exemplo, se eu vejo que é preciso mudar essas coisas dali para ali, para eles poderem andar lá com os andaimes, ou os maquinistas para tirar as placas de pladur ou caixas metálicas, coisas que estão ali no caminho."</i></p>
Família	<p>[Contacta com a sua família?] <i>"Sim sim sim. Eu procuro fazer uma vez por semana. Mais para minha mãe. Às vezes falo com meus irmãos. Mas já tá todo mundo encaminhado, uns casaram, outros tão a viver sozinhos e tal. Então se tem algum a visitar lá a minha mãe costuma dizer "tá aqui seu irmão, quer falar com ele?" " Sim eu dou uma palavrinha", e aí eu falo. Mas eu procuro fazer isso uma vez por semana, falar com a minha mãe pra saber como estão as coisas e tal, se posso ajudar de alguma forma..."</i></p>	<p>[A mãe do filho] <i>"Vem ter comigo com o menino e vamos jogar minigolfe, vamos ao cascais shopping, vamos à praia, tentamos arranjar assim um programa, vamos ao fun center, vamos todos os domingos."</i></p> <p>[Sobre os pais] <i>"Houve uma quebra, uma ruptura, já anteriormente houve uma de 4 anos, e agora esta é definitiva. Não tenho qualquer esperança, nem qualquer... já nem penso sequer nisso. Já é muito tempo. Não tenho apoio de ninguém... A minha família neste momento é o meu filho e é ela, mais nada. Pronto, aí estou ciente, consciente e determinado."</i></p>	<p>[Depois de entrar no CAA, falou com alguém da sua família?] <i>"Não porque eu não tenho contacto com eles."</i></p>
Ao nível dos sistemas sociais informais (Rede de contactos, amigos, pessoas	<p><i>"Amizades... isso é meio complicado. Porquê... é, as pessoas... algumas estão atrás de uma nova chance e essas pessoas são pra mim pessoas com quem me tento relacionar, mas também há aqueles que estão aqui mas é pra esperar o</i></p>	<p><i>"Sim. Tenho alguns amigos de há longa data. De há longa..., de alguns destes 10 anos que estou aqui em Lisboa, tenho pessoas com quem nunca perdi o</i></p>	<p><i>"Não. Amigos também não tenho. Tenho... digamos colegas de rua, sim, ou colegas sem-abrigo, isso tenho. Agora amigos, não."</i></p> <p><i>"(...) Só tenho o domingo de descanso e depois, saio daqui..."</i></p>

<p>significativas; ocupação de tempos livres, hobbies...)</p>	<p><i>tempo passar pra se mudar pra outro lado e tal... e então são essas pessoas que... são pessoas negativas, então a gente não tem como se relacionar com pessoas negativas, não é? A gente quer-se relacionar com pessoas que tão mesmo com vontade de progredir. Às vezes algum se chega ao pé de mim e me pergunta se eu sei de algum trabalho. Então aí com essas pessoas a gente procura mesmo ter algum relacionamento.”</i></p> <p><i>“O horário da gente aqui é muito limitado. No período de sol, no fim-de-semana, passeio por aqui perto mesmo, gosto muito de estar ali para o lado de Belém. Gosto muito daquela zona ali, daqueles jardins, passeio para passar o tempo. Para passar o tempo aqui a gente procura ler alguma coisa um jornal, um livro, revista, ouvir rádio, e tal.”</i></p>	<p><i>contacto, que me conhecem, que estão bem.”</i></p> <p><i>“Passar os tempos livres é um problema neste momento porque estou (...) num meio que os tempos livres aqui é droga, droga, droga e droga. Tenho neste momento que conseguir criar outras ocupações e depois é o seguinte, não estou com as companhias ideais para uma pessoa que saiu da situação que eu saí. Pronto, tenho de arranjar outro meio de passar o tempo.”</i></p> <p><i>“Agora neste momento tem sido um bocado casa trabalho, trabalho casa...”</i></p> <p><i>[Descrição da solução encontrada por não poder pernoitar no CAA por incumprimento de regras:]“E eu, bem, ou vou para uma pensão ou telefono para um amigo meu. Eu telefonei para um amigo meu e ele: “eh pá vem cá.” (...) deu-me uma camisa para o dia seguinte, deu-me uma gillete nova, deu-me uma cama. Felizmente tenho amizades. E disse: “eh pá se acontecer outra vez, se precisares de estar uma semana, quinze dias...” (...) Se calhar se eu não estivesse bem, eu não ia telefonar para ele. Eu metia-me num canto qualquer, ia para o hospital dormir ou para outro sítio qualquer. Como estava bem, lembrei-me: “eh pá vou telefonar a x pessoa(...). Até combinámos 6:ª feira estarmos juntos, jantarmos, etc.”</i></p>	<p><i>e vou, se tenho alguma coisa para fazer, ler um bocado, escrever um bocado no meu diário. Prontos, tenho de fazer algumas contas também, de marcação de horas, as coisas que tenho de fazer.”</i></p> <p><i>“Eu vou sempre para um sítio sossegado. Porque, quer dizer, eu também não gosto assim muito de confusão.”</i></p> <p><i>“Eu estou um bocado cansado. Só tenho o Domingo e ao Domingo tenho de fazer umas contas e pensar. Vou para sítios tranquilos, descansar. [...] Para jardins que eu vejo que dá mesmo para descansar. E têm de ser jardins enormes, porque jardins pequenos não. Parques. Fora de Lisboa, apanho um autocarro. Fico sossegado. Compro qualquer coisa no supermercado para comer e fico lá. Fico mais há vontade.”</i></p>
<p>Percepção sobre a situação de vida actualmente</p>	<p><i>“Eu tenho vontade de tocar a minha vida para a frente. De alcançar vários objectivos.”</i></p>	<p><i>“(...)sinto-me alguém de facto feliz e que me escondi um bocado atrás desta carapuça, atrás destas malditas substâncias que andei a consumir.”</i></p> <p><i>“(...) neste momento é aquilo que eu quero ser: Quero ser uma pessoa normal.”</i></p>	<p><i>“Eu estou a tentar chegar ao meu objectivo, mas pronto, eu... neste momento vivo um dia de cada vez. Neste momento. Mais tarde posso já pensar no dia de amanhã. Ainda é muito cedo, há um mês e tal que estou a trabalhar e é só até à conclusão da obra, né (...) e aquilo tem de acabar o mais rápido possível, começa-se às 8 e larga-se às 8 da noite, 12 horas, e também se trabalha sábados.”</i></p>
<p>Perspectivas futuras após saída do CAA</p>	<p><i>“(...)Então, eu optei arrumar um trabalho e dar um seguimento pra minha vida, e arrumar um quarto...”</i></p> <p><i>“Tenho planos. A primeira proposta minha é arrumar mesmo um quarto e tocar a minha vida pra frente. Depois, tirar uma profissão, ter uma profissão, qualquer coisa, mesmo. Tirar</i></p>	<p><i>“Isto é um projecto de 6 meses, neste momento já estou cá há 8 meses porque eu comecei a trabalhar e eles decidiram e deixaram-me juntar, ou pelo menos...”</i></p> <p><i>“Estou a trabalhar há um mês e meio,</i></p>	<p><i>“Já sei qual é o projecto daqui. Eles não podem fazer mais nada, é arranjar um trabalho. Eles poder podem mas... eles já me disseram que eu vou ter de sair daqui. Eles já me falaram em ir para comunidade terapêutica. Mas comunidade não. Eu já trabalhei, em muitas áreas, só que o dinheiro ia</i></p>

	<p><i>carteira de condução também, é uma coisa que faz falta. Qualquer trabalho exigem a carta de condução. Tirar uma profissão e fazer um curso, entendeu. Eu nunca me sinto velho assim em termos de querer aprender as coisas, entendeu. Eu tenho mesmo vontade de, e agora tenho mais vontade disso.”</i></p>	<p><i>portanto, estão-me a deixar estar aqui um bocadinho a ver se eu dou mais uma saída “airosa”, a ver se consigo ir para um quarto, ter a minha estabilidade e conseguir sair daqui pela porta da frente.”</i></p> <p><i>“Eu penso muita coisa. Neste momento em alugar um quarto. Já me inscrevi num motor de busca de quartos, ou então arranjar uma ou duas pessoas e alugar uma casa e dividir essa casa. Ou seja, a minha privacidade e o meu bem-estar tem de estar à frente de qualquer coisa neste momento. Neste momento ainda não saí porque quero guardar alguma, juntar um pouco para conseguir sair daqui. Futuramente, arranjar um transporte, também, visto que eu tenho de apanhar o comboio e a camioneta para ir trabalhar, e sempre tive carro, sempre tive mota, e neste momento é uma coisa que me chateia particularmente é o transporte. Mas isso mais tarde. E claro, continuar a trabalhar.”</i></p> <p><i>“Espero profundamente que o trabalho lá não acabe ou que se acabar que eu arranje noutra sítio. Preocupa-me um bocado o facto de já ter 36 anos, quer dizer não sou muito velho, mas cada vez mais pode ser mais difícil arranjar. Cada vez mais os anúncios que eu vi é a pedirem: idade até 25 anos, experiência, engenheiros ou doutorados, e ordenados de 500 euros. Coisas assim mesmo que não... insuportáveis. Eu estou a receber 1000 euros, coisa que não é excelente mas é o mínimo que eu queria receber. Pronto, eu por menos de 1000 euros também não trabalho. Na minha área felizmente sempre arranjei trabalhos, desde que estou cá em Lisboa, na ordem dos 1000 euros.”</i></p>	<p><i>pra droga. E também saía do trabalho por causa da droga, né.”</i></p> <p><i>“Daqui a um mês ou dois já estou também a pensar num sítio onde ficar, mais perto do trabalho.”</i></p> <p><i>“O que eu vejo também, o meu trabalho... eu já estou habituado, pronto, na construção civil (...)”</i></p>
--	---	---	--