

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

**REPRESENTAÇÕES DOS UTILIZADORES DE  
DROGA ACERCA DA SALA DE CONSUMO  
VIGIADO**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Paula Frassinetti para obtenção do grau de Mestre em Intervenção Comunitária, com especialização em Contextos de Risco

Por: Inês Campos Barbosa

Sob orientação de: Doutor Luís Miguel Prata Alves Gomes  
E coorientação de: Mestre Agostinho Barbosa Vieira Rodrigues  
Silvestre

Porto, 11 de setembro de 2017

## Resumo

O presente Trabalho de Projeto debruça-se sobre a representação que os utilizadores de droga têm acerca da Sala de Consumo Vigiado. Desta forma, pretendemos identificar as vantagens e desvantagens da implementação da Sala de Consumo Vigiado, bem como, essencialmente, conhecer e analisar a perspetiva dos utilizadores de droga sobre a mesma.

Inicialmente é realizada a síntese da revisão bibliográfica (o fenómeno droga e as toxicodependências; e as políticas públicas das drogas) para, posteriormente, apresentarmos a investigação empírica. Optamos por proceder à realização de seis entrevistas individuais em profundidade, na cidade do Porto, mais concretamente na Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos (três homens e três mulheres utilizadores de droga), tendo em conta variáveis como a idade, género e tempo de consumo. Relativamente à análise de dados obtidos utilizamos a análise de conteúdo.

Os dados da investigação revelaram que não existe um consenso entre os utilizadores de droga acerca da implementação da Sala de Consumo Vigiado. Também surgiram aspetos que devem ser tidos em conta, como por exemplo o impacto que o tráfico terá com a implementação desta estrutura, bem como a qualidade da substância psicoativa ilícita.

Para finalizar, desenhamos uma proposta de um Projeto de Intervenção que tem como base a opinião dos utilizadores de droga acerca da implementação da Sala de Consumo Vigiado e, assim sendo, desenvolver um debate com agentes significativos da comunidade.

**Palavras-chave:** Comunidade; Drogas; Utilizadores de Droga; Sala de Consumo Vigiado; Toxicodependências.

## Abstract

The main focus of the present Project Work is the representation that drug users have regarding Drug Consumption Rooms. Therefore, our goal is to identify advantages and disadvantages connected to the implementation of these Drug Consumption Rooms. Furthermore, we aim to understand and analyse drug users' perspective related to these types of facilities.

First and foremost, we will present the summary of the bibliography (the drug phenomenon and drug dependence; drugs' public politics). Next in order, we will present the empirical research. We elected to interview six drug users individually and thoroughly (three males and three females), on Porto city, specifically on Lordelo do Ouro and Massarelos parishes. We surveyed and annotated the following variables related to: age, gender, and the period of consumption. Concerning the data analysis, we practiced the content analysis method.

The data we gathered throughout the investigation revealed that there is no consensus, about the implementation of the Drug Consumption Rooms, between the drug users. In addition to this information, we collected certain aspects that need to be taken into consideration. For example, the implementation of these types of facilities will have an impact on the traffic, as well as the quality of the illicit psychoactive substance.

In conclusion, we outlined a proposal for an Intervention Project. The foundation of this Project is the drug users' opinions about the implementation of Drug Consumption Rooms. This aims to promote a debate with the significant community agents.

**Keywords:** Community; Drugs; Drug Users; Drug Consumption Rooms; Drug Dependence.

## Agradecimentos

O meu sincero obrigada a todas as pessoas que de algum modo contribuíram para a realização e conclusão deste Trabalho de Projeto.

Em primeiro lugar, agradeço a quem se disponibilizou para colaborar nesta investigação, dando a sua opinião e partilhando momentos da sua vida.

Quero deixar um agradecimento especial aos meus orientadores, Doutor Luís Miguel Prata Alves Gomes e Mestre Agostinho Barbosa Vieira Rodrigues Silvestre, que foram incansáveis durante toda esta caminhada, partilhando conhecimentos e desafiando-me a ultrapassar todos os obstáculos que foram surgindo.

Agradeço à Associação Para a Promoção da Saúde – Norte Vida, mais concretamente à Doutora Manuela Moreira e à respetiva equipa do Projeto “*Rotas com Vida*” por me terem ajudado a conseguir, mais facilmente, chegar à população alvo da investigação.

A todos os professores do Mestrado em Intervenção Comunitária, agradeço por terem impulsionado o meu crescimento e maturidade enquanto pessoa e profissional.

Agradeço também a todas as pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para que alcançasse este objetivo.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família, mais especificamente à minha Mãe e ao meu Pai, que fizeram todos os possíveis e impossíveis para que esta caminhada, mesmo sendo feita de muitos avanços e retrocessos, fosse finalizada com a maior das satisfações e orgulho. Também, não posso deixar de agradecer à minha melhor amiga, que sempre me apoiou, mesmo quando eu achava que já não valia a pena.

## Índice Geral

<b>Introdução .....</b>	<b>10-12</b>
<b>PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>13-29</b>
<b>Capítulo I. O Fenómeno Droga e as Toxicodependências:</b>	
<b>Abordagem .....</b>	<b>14-28</b>
1.1. Políticas Públicas das Drogas .....	19-28
<b>Capítulo II. Problemática .....</b>	<b>29</b>
<b>PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....</b>	<b>30-56</b>
<b>Capítulo III. Planificação e Fundamentação para a</b>	
<b>Investigação .....</b>	<b>31-36</b>
3.1. Método e desenho da investigação .....	31-32
3.2. Procedimento para a recolha de dados .....	33-36
3.2.1. Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	34-36
<b>Capítulo IV. Procedimento de tratamento e análise de</b>	
<b>dados .....</b>	<b>37-45</b>
4.1. Processo de Codificação e Categorização .....	38-45
<b>Capítulo V. Apresentação e Interpretação dos Resultados</b>	<b>46-56</b>
5.1. Descrição Analítica das Categorias .....	46-56
1. Representações da Sala de Consumo Vigiado .....	46
2. Localização da Sala de Consumo Vigiado .....	47
3. Dificuldades da implementação da Sala de Consumo Vigiado .....	47-48
4. Consumo de drogas .....	48
5. Qualidade da substância .....	49
6. Modelo da Sala de Consumo Vigiado .....	49-50

---

7. Deslocação à Sala de Consumo Vigiado .....	50-51
8. Equipa de Rua .....	51
9. Cuidados de Saúde .....	51-52
10. Impacto na comunidade local .....	52-53
11. Impacto no Tráfico .....	53
12. Consumo VS. Tráfico .....	53
13. Vantagens para a comunidade .....	53-54
14. Riscos para a iniciação dos consumos .....	54
15. Partilha de Material .....	55
16. Consumos a " <i>céu aberto</i> " .....	55-56
<b>Capítulo VI. Síntese Integrativa .....</b>	<b>57-59</b>
<b>PARTE III. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>60-64</b>
<b>Capítulo VII. Desenho do Projeto de Intervenção .....</b>	<b>61-64</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>65-70</b>
<b>Anexos</b>	

## **Índice de Tabela**

Tabela 1. Identificação e Caraterização dos Entrevistados .....	34
Tabela 2. Resultados Qualitativos Obtidos – Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas .....	38-45
Tabela 3. Planificação das Atividades do Projeto de Intervenção ...	63-64

## **Índice de Anexos**

Anexo I. Legislação – Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho
Anexo II. Guião de Entrevista
Anexo III. Calendarização Global – Cronograma

## Lista de Siglas

ADR – Aconselhamento, Diagnóstico e Referência

ENLCD – Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LSD – Ácido lisérgico

MDMA – *Ecstasy*

OEDT – Observatório Europeu das Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PONS – Porto O Nosso Partido

PS – Partido Social

PSD – Partido Social Democrata

PSOBLE – Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência

PT – Pinheiro Torres

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SCV – Salas de Consumo Vigiado

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UE – União Europeia

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



## Introdução

A presente investigação surge integrada no Mestrado em Intervenção Comunitária, com especialização em Contextos de Riscos, realizado na Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, assim sendo, assume a forma de Trabalho de Projeto. Tem como objetivo o desenho e/ou uma intervenção concreta e objetiva e o tema do Trabalho de Projeto centra-se nas *Representações dos utilizadores de droga acerca da Sala de Consumo Vigiado*.

O que me motivou a realizar a presente investigação e aprofundar os meus conhecimentos, foi o facto de este ser um tema tão pertinente e com obstáculos na sociedade atual, e ainda, de ao longo da minha carreira académica e investigativa, através do contacto/ relação que fui tendo com este fenómeno, ter tido a percepção da realidade em que os utilizadores de droga vivem e também a experiência de ter presenciado consumos, tanto injetáveis, como fumados. No meu entender, este fenómeno devia de ser mais reflectido e discutido entre representantes políticos, sociais e comunitários.

Como em qualquer investigação é necessário formular uma pergunta de partida que tente exprimir o mais precisamente aquilo que o investigador procura compreender acerca do fenómeno em questão (Quivy & Campenhoudt, 2013, p.44). Foi desenvolvida a seguinte questão de partida: “*Quais são as representações dos utilizadores de droga acerca das Salas de Consumo Vigiado?*”.

Com esta investigação, através dos objetivos gerais, pretendemos: compreender conceitos como droga e toxicodependência e captar as representações dos utilizadores de droga sobre a Sala de Consumo Vigiado. Tendo em conta os objetivos gerais anteriormente referidos, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: analisar a importância da Sala de Consumo Vigiado; identificar as vantagens e desvantagens da Sala de Consumo Vigiado para os utilizadores de droga; e, ainda, conhecer a perspetiva dos utilizadores de droga sobre a Sala de Consumo Vigiado.

Os sujeitos da investigação são utilizadores de droga injetável, a “*céu aberto*”, e fumada, visto que são um público bastante complexo. Esta fragilidade leva-os à necessidade de um total apoio, pois a sociedade tende a discriminar este público o que acaba por fragmentar o seu suporte social.

Segundo Jervis (1977, citado por Fernandes, 1990, p.15), os toxicodependentes são definidos “como aquelas pessoas (normalmente uma minoria nos consumidores de drogas) cuja vida está centrada na dependência duma substância a tal ponto que produz consequências”.

A nossa perspetiva parte do paradigma da Redução de Riscos e Minimização de Danos. Este programa visa diminuir, atenuar ou controlar os efeitos negativos que resultam do uso de drogas. Desta forma, tem como objetivo a prevenção e o evitamento de danos relativos ao uso de drogas (Cruz, 2005, p.66).

De acordo com a vertente na qual nos situamos, a implementação da SCV na cidade do Porto seria benéfica, visto que esta estrutura é um local limpo, onde se pode utilizar materiais de injeção esterilizada, os utilizadores de droga teriam mais condições higiénicas e seguras, respostas de seguimento e acompanhamento, seriam reduzidos os consumos públicos, a transmissão de doenças infectocontagiosas e não haveriam consumos atrás de muros, em escadas, lixo abandonado. Qual é a necessidade de isto acontecer? Porque razão existe uma lei (Decreto-lei nº183/2001) que afirma a existência de uma Sala de Consumo Vigiado e na realidade esta estrutura não existe? Por que é que já passaram 16 anos e o Governo Português não atua? Não esquecer que é uma política de diminuição de riscos, por isso porque fechamos os olhos à realidade?

É necessário combater as fronteiras que existem para uma melhor qualidade de consumo e de saúde dos utilizadores de droga. É de realçar que este fenómeno também se trata de uma questão de saúde pública, ou seja, o envolvimento da própria comunidade é crucial, visto que abrange o bem-estar social, mental, espiritual e físico.

Por tudo o que foi referido anteriormente, a investigação passa por compreender, juntamente com os utilizadores de droga, qual o impacto da implementação da Sala de Consumo Vigiado em Portugal.

Relativamente à organização interna do Trabalho de Projeto, este encontra-se dividido em três partes: Enquadramento Teórico; Investigação Empírica; e Projeto de Intervenção; subdividindo-se em sete capítulos.

Inicialmente, avançamos para o Enquadramento Teórico, onde é realizada uma abordagem ao fenómeno droga e às toxicodependências. Pretendemos abordar e clarificar alguns dos conceitos relacionamos com este tema: a droga; as toxicodependências; as políticas públicas das drogas, ou seja, a redução de riscos e minimização de danos, abordando mais concretamente, a Sala de Consumo Vigado.

Após fazermos uma ligação entre os diversos conceitos, formulamos as questões de investigação que nos irão guiar para a realização do Trabalho de Projeto.

Na segunda parte, procedemos à Investigação Empírica. Inicialmente, explicitamos e justificamos a utilização de uma investigação qualitativa como método da investigação e as entrevistas individuais em profundidade como técnica e instrumento de recolha de dados. A amostra desta investigação foi selecionada através do género, tendo um total de três homens e três mulheres; da idade, sendo esta compreendida entre os 34-59 anos de idade; e, ainda, dos anos de consumo de substâncias psicoativas (heroína, cocaína e haxixe), tendo por base consumos de longa, média e curta duração.

Após analisarmos os dados obtidos através da utilização da análise de conteúdo, mais especificamente, a análise de conteúdo categorial, onde os dados foram agrupados em temas categoriais, categorias e subcategorias, apresentamos e interpretamos os resultados através da descrição analítica das categorias e, por fim, a síntese integrativa que engloba os dados das entrevistas com os dados teóricos.

Na terceira parte, apresentamos o Projeto de Investigação que foi delineado através dos objetivos da investigação e das conclusões retiradas através das entrevistas realizadas. Este Projeto segue uma linha de metodologia participativa, visto que, a intervenção dos utilizadores de droga é fundamental. Assim sendo, elaboramos algumas atividades, de modo a compreender a representação dos utilizadores de droga sobre a implementação da Sala de Consumo Vigiado, e por fim, a realização de um debate público entre representantes políticos, sociais e comunitários e utilizadores de droga.

## **PARTE I. – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## Capítulo I. O Fenómeno Droga e as Toxicodependências: Abordagem

Ao longo dos tempos, as drogas foram entendidas tanto como benéficas, como nocivas, conforme a época, a cultura e, sobretudo, conforme os motivos dos consumos.

Desta forma, a sua visão foi alvo de variadas interpretações e significados, sujeitando-se sob o olhar da sociedade, ou seja, foi e é caracterizada devido a uma construção social (Nunes, 2007, p.232).

Devido à generalização dos consumos, é a partir dos anos 60, tal como menciona Fernandes (1990, p.6), “que aparece o arranque para uma produção científica assinalável (...) o objecto droga tem um carácter de novidade, tem uma aparição recente no campo perspectivado dado aos investigadores.”.

Cardoso (2001, p. 9), refere que a representação social da palavra droga “remete-nos para doença, insegurança, criminalidade, atropelos morais e sociais, entre outros”. Contudo, o conceito droga é tão diversificado e abrangente que «”droga” não quer dizer sempre a mesma coisa» (Fernandes, 1990, p.3).

As drogas, segundo o pesquisador francês Chaloult (Carlini, Nappo, Galduróz & Noto, 2001, p.11), têm três possíveis classificações, sendo elas as seguintes: depressoras, ou seja, os opiáceos (ópio, heroína, metadona, barbitúricas, benzodiazepinas e álcool); estimulantes, como por exemplo, a cocaína e as anfetaminas; e modificadoras/ alucinogéneos, ou seja, *ecstasy* (MDMA), cannabinoídes, ácido lisérgico (LSD), colas e solventes (Cardoso, 2001, p.11).

Os dados do Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.48) afirmam que a cannabis é substância psicoativa mais experimentada dos adultos europeus entre os 15 e os 64 anos de idade (87,9 milhões de adultos); seguido da cocaína (17,5 milhões de adultos); da MDMA (14 milhões de adultos europeus); e, ainda, das anfetaminas (12,6 milhões de adultos).

Atualmente, podemos observar que o uso de determinadas substâncias, como os anti-inflamatórios, analgésicos e antibióticos, começam a adotar modelos bastante problemáticos. Assim sendo, devemos refletir que também o álcool e o tabaco, sendo estes tão nocivos para a saúde, não provocam o mesmo abalo que o consumo de drogas ilícitas (Nunes, 2007, p.232).

Geralmente, a comunidade relaciona droga com crime, doença ou estilo de vida. De seguida, procedemos à análise de cada um dos modelos:

- A relação droga-crime, foi apoiada pelo modelo moral ou legal, ou seja, intervinha-se de forma que o presumível uso de drogas fosse um problema de delinquência e, assim, recorria-se à proibição e punição (Cruz, 2005, p.66). Desta forma, desenvolveu-se a ideia que o crime e a delinquência estavam relacionados com o consumo compulsivo de drogas (Nunes, 2003, p.5). Contudo, a heroína não está relacionada com crimes violentos, todavia a sua ausência pode conduzir a crimes de propriedade, de forma a obter dinheiro para a substância (Nunes, 2003, p.14). Segundo análises epistemológicas, Agra (1998, p.67) afirma que existem três categorias para explicar a relação droga-crime. A explicação casual afirma que a droga e o crime estão diretamente ligados de forma simples e causal, visto que, as substâncias psicoativas ilícitas modificam o comportamento de cada sujeito, que faz com que o mesmo necessite de cometer crimes para obter os recursos que necessita; a explicação estrutural supõe que a droga e o crime ocorrem devido a um fator comum, ou seja, está relacionada com o comportamento do próprio sujeito, como verificamos na explicação casual, e do contexto; e ainda, a explicação processual alega que a relação droga-crime é compreendida e explicada através do estilo de vida que os sujeitos revelam (Agra, 1998, pp.67-69). Porém, nem todas as drogas estão associadas ao crime e nem todos os crimes estão associados às drogas, visto que, segundo Agra (1998):

Os indivíduos que habitam o “mundo da droga-crime” (...) não passam a fronteira para o lado do crime (toxicodependentes “puros”, sem história criminal), quer daqueles que, habitando o mundo do agir criminal, não passam a fronteira para o lado das drogas (os delinquentes “puros” sem história de consumo de drogas). (pp. 110-111)

- A relação droga-doença passou a ser apoiada pelo modelo médico, ou seja, o facto de a adição ser vista como doença, visto que, nos anos 80, a droga foi associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana e à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), e desta forma, começaram a surgir

outras preocupações, visto que consideravam ser um surto de doença altamente contagiosa e fatal (Peixes, 1999, citado por Poiares, 2001, p.69). Desta forma, intervêm-se na prevenção e apoia-se como fundamental a abstinência (Cruz, 2005, p.66);

- A relação droga-estilo de vida, segundo os autores Romani, Pallarés & Díaz (2001, citado por Fernandes & Ribeiro, 2002, p.65), devido à existência de, por exemplo, centros de dia, casas de acolhimento temporário, pontos de troca de seringas e distribuição de metadona, a toxicodependência começou a ser vista não como doença, mas como um estilo de vida, visto que se trata de “um elemento dum conjunto de hábitos adquiridos por sujeitos dum grupo social a partir das suas condições materiais e ideológicas de existência”. Assim sendo, a relação droga-estilo de vida, é vista como uma interação entre o consumidor, o contexto e a substância (Macedo, 2000, p.4), tendo em conta várias dimensões. Para Fonte (2006, p.109), os efeitos da substância podem variar segundo a dose (Substância), a expectativa do utilizador em relação à droga (Indivíduo), e ainda, o tempo de utilização, a via de administração e o local onde consome (Contexto). Assim, o consumo de drogas pode ser visto como uma carreira, ou seja, permite analisar os diferentes usos que o mesmo indivíduo faz de uma ou várias substâncias, bem como a influência do contexto (Silvestre, 2004, p.66).

Segundo Dollard Cormier (Pinto-Coelho, 1998, citado por Pereira, 2013, p.13) “a toxicodependência é um estilo de vida” e para Olivenstein (1990, citado por Nunes, 2003, p.2) a toxicodependência resulta do “encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sociocultural”. Para Costa (1999, citado por Ribeiro, 2004, p. 45), são várias as formas que definem a toxicodependência como um estilo de vida, como por exemplo, os padrões de conduta comum, formas simbólicas partilhadas, trajetórias de vida semelhantes, preferências, modo de conduta, círculos de convívio e padrões de consumo comuns.

A nossa perspetiva debruça-se sobre a relação droga-estilo de vida, visto que o fenómeno das toxicodependências vai ao encontro do indivíduo e do contexto, como também da cultura de valores que lhe é atribuída pelos utilizadores de droga, ou seja, convívio, padrões de consumo e trajetórias de vida.

Os fatores socioculturais, para Pinto-Coelho (1998, citado por Pereira, 2013, p.14), como o desemprego ou a instabilidade no emprego têm implicações no estatuto social e no clima psicológico; tentativa de obter melhor conhecimento (estimulação intelectual e maior criatividade); influência de um grupo; e ainda, os fatores familiares, podem ser comuns à personalidade da grande maioria dos utilizadores de droga.

A definição e clarificação do uso de drogas e as toxicodependências, como já foi referido anteriormente, são uma tarefa bastante complexa.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem três fases para o consumo de substâncias psicoativas: o contacto, o abuso e a dependência. Numa primeira fase, o indivíduo conhece a substância, consumindo-a, de modo a entender quais os seus efeitos físicos e psicológicos. Após este contacto o indivíduo pode optar por continuar a consumir, tornando-se dependente. Contudo, este pode consumir esporadicamente, não se tornando necessariamente dependente, ou, ainda, não repetir o ato anteriormente cometido. Segundo Macedo (2000) a dependência pode ser física e psicológica, sendo que a primeira passa por “alterações fisiológicas graves” e a segunda por sintomas emocionais, relacionados à dependência física.

Para a OMS a toxicodependência é:

um estado psíquico e por vezes também físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um produto tóxico, caracterizando-se por modificações do comportamento, e por outras reações, que incluem sempre à compulsão para tomar drogas dum modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar efeitos específicos ou de evitar o mal estar da privação.

Como referimos anteriormente, a realidade é que um indivíduo por consumir drogas não é necessariamente considerado utilizador de droga, ou seja, são visíveis os diferentes tipos de uso e de consumos de drogas. Deste modo, é necessário fazer uma referência ao estilo de vida do utilizador de droga, bem como a relação que tem para com esta, e só assim, podemos explicar os consumos e os usos de droga (Fonte, 2006, p.110).

Segundo Jervis (1977, citado por Fernandes, 1990), o toxicodependente é definido:

como aquelas pessoas (normalmente uma minoria nos consumidores de drogas) cuja vida está centrada na dependência duma substância a tal ponto que produz



consequências como sérios transtornos físicos ou psicológicos; impossibilidade ou dificuldade de livrar-se da dependência, inclusive quando ela é vivida como destrutiva e eventual aparição do síndrome de abstinência. (p.15)

Verifica-se a existência de três tipos de utilizadores de droga sendo estes: esporádicos, ou seja, aqueles indivíduos que consomem espaçadamente; regulares, sendo estes os que se deslocam diariamente ao local para adquirir o produto; e permanentes, ou seja, aqueles que estão em permanente contacto com o território, deste modo, verifica-se um enraizamento profundo no local.

O Comunicado: Consumo Problemático de Droga – Padrões em Mudança (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2000, p. 1), refere que “o que deve ser realçado é que os utilizadores de heroína estão a tornar-se numa população crónica envelhecida com graves problemas de saúde, sociais e psiquiátricos”. Desta forma, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), afirma que o utilizador de droga problemático é aquele que consome por via endovenosa ou consome regularmente opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas. Ainda afirma que, o número de consumo de cannabis ou cocaína tem aumentado, mais especificamente nos utilizadores de droga mais jovens.

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.60), na Europa, em 2015 a prevalência do consumo de opiáceos de alto risco na população jovem adulta (15-64 anos de idade) é de 1,3 milhões de utilizadores de droga.

O Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.62), afirma que o consumo de opiáceos sintéticos ilícitos (metadona, buprenorfina e fentanil) é cada vez maior e estão a causar uma preocupação grave na Europa, e desta forma, apresentam riscos muito elevados para a saúde dos utilizadores de droga.

O fenómeno de novas substâncias psicoativas representa um desafio em matéria de saúde pública. Desta forma, segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.18), os cannabinoídes sintéticos são frequentemente substâncias muito potentes, que podem ter consequências graves e potencialmente letais, e ainda, algumas novas substâncias psicoativas são vendidas abertamente na internet, e escondem riscos ainda maiores à saúde, por serem até cem vezes mais potentes e causarem efeitos drásticos como surtos psicóticos, alucinações e danos cerebrais que podem levar à morte rapidamente.

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.48), mais de 93 milhões de jovens adultos (1/4 da população entre os 15 e os 64 anos de idade) da União Europeia (UE) experimentaram drogas ilícitas. Verifica-se que o consumo de substâncias psicoativas é mais frequente no sexo masculino (56,8 milhões) do que no feminino (36,8 milhões).

Relativamente a Portugal, segundo o Relatório Portugal: Country Drug Report (2017, p.1), a população dos 15 aos 34 anos de idade afirma ter consumido substâncias psicoativas ilícitas, sendo preferencialmente consumidas cannabis (5,1%), MDMA (0,6%), cocaína (0,4%), e, ainda, anfetaminas (0,1%). Quanto a uma análise por sexo, verifica-se uma prevalência de consumos, tanto ao longo na vida, como recentes, mais elevados nos homens.

Por tudo o que foi referido anteriormente, deve ser desenvolvido um trabalho de proximidade, de contato interpessoal, de comunicação e de interajuda, como é o caso da Redução de Riscos e a Minimização de Danos (RRMD), que abordamos de seguida (Patrício, 2002, citado por Canário & Ricou, 2007, p.81).

### **1.1. Políticas Públicas das Drogas**

A história da evolução das políticas públicas das drogas em Portugal começou a partir dos anos 70.

Para Barbosa (2009, pp. 34-35), numa primeira fase – fase “*clandestina*” (1977-1992) – foram criadas respostas clandestinas e isoladas junto de utilizadores de drogas inacessíveis. Nos finais dos anos 70, foram introduzidas os programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência, tendo como objetivo principal a administração de metadona. Já, nos inícios dos anos 80, as ações centravam-se no combate contra ao VIH/SIDA, que juntamente com campanhas de prevenção de comportamentos sexuais de risco, defendiam a alteração de práticas de consumo (Marlatt *et al.*, 2004, citado por Barbosa, 2009, p.35).

Já na segunda fase – fase experimental (1993-1998) – devido ao crescimento do número de utilizadores de droga injetáveis infetados pelo VIH/SIDA foram adotadas políticas diferentes, ou seja, surgiram projetos experimentais com o objetivo de prevenir os utilizadores de droga (Poiars, 2001, p.70). Foi devido à expansão desta dinâmica de consumos que, mais tarde, implementaram programas e estruturas sócio-sanitárias para

os utilizadores de droga, como por exemplo o Programa de Troca de Seringas (Programa “*Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão*”). Mais por acção dos profissionais de saúde desenvolveram-se experimentalmente programas de redução de danos, como por exemplo, gabinetes de apoio, equipas de rua e centro de abrigo em locais de prostituição e em bairros de tráfico e de consumo (Barbosa, 2009, pp.35-36).

Porém, é no final dos anos 90 que Portugal se vê confrontado com um grave problema social e de saúde pública, devido ao fenómeno da toxicod dependência, mais concretamente, ao consumo problemático de heroína.

Na terceira fase – fase da legitimação política (1999-2005) – foram legitimadas as políticas de redução de danos, favorecendo a minimização da exclusão social e o risco de propagação de doenças infecciosas, como por exemplo, VIH/ SIDA, Hepatite B e C. Com a publicação do Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho, destacou-se o reconhecimento da importância da redução de danos, enquanto medida de saúde pública alternativa ao modelo de abstinência (Barbosa, 2009, p.37). Deste modo, foram desenvolvidos um conjunto de programas e estruturas sanitárias, para investir numa intervenção e aproximação específica dos utilizadores de droga, entre elas os seguintes: gabinetes de apoio, centros de acolhimento, programas de substituição opiácea em baixo limiar de exigência, programas de troca de seringas, equipas de rua e programas para consumo vigiado (Barbosa, 2009, p.38).

Segundo a Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (2014, p.8), devido ao contexto socioeconómico do país, em 2014, verificou-se que o número de respostas sociais decresceu. Lisboa, Porto, Santarém e Setúbal são os distritos que reúnem cerca de 50 % das respostas que entraram em funcionamento. Entre 2000 e 2014, as respostas sociais direccionadas ao apoio de utilizadores de droga sofreram um crescimento positivo (65%) e também o nível da sua capacidade de resposta.

Quanto à distribuição espacial das respostas sociais, a Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos (2014, p.11), afirma uma assimetria, sendo os distritos localizados na faixa litoral que apresentam maior número de respostas. Aquele que constitui maior expressão é o distrito de Lisboa, onde se concentram mais de 1/3 do número total de respostas.

Perante a implementação do Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho que dividiu redução de riscos e minimização de danos, a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) (1999) refere a primeira como uma forma de diminuir os perigos para a saúde pública e a segunda numa perspetiva dos danos que envolve o utilizador de

drogas. O Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho, assume a redução de danos como uma forma de estratégia na rede nacional de intervenção, tendo como objetivos gerais (art. 1º) “a criação de programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência” (Lei nº142 de 21 de junho, p.3594).

Assim sendo, o Programa de RRMD propõe diminuir, atenuar ou controlar os efeitos negativos do uso de drogas e, assim, prevenir e evitar os danos referentes ao uso/abuso de drogas (Cruz, 2005, p.66). Rege-se por uma abordagem eminentemente humanista e pragmática, sendo que o primeiro pretende assegurar no toxicodependente a noção da sua própria dignidade e estabelecer, se o mesmo assim desejar, acesso a programas de tratamento; já o segundo, pretende reduzir os danos do consumo, e desta forma, auxiliar a sua inserção socioprofissional, bem como favorecer a diminuição do risco de doenças infectocontagiosas (Cruz, 2005, p.67). Desta forma, este programa visa o bem-estar do utilizador de droga, bem como a proteção da saúde pública, visto que envolve o bem-estar social, mental, espiritual e físico de todos os indivíduos da comunidade.

As intervenções em RRMD aplicam-se numa ideologia de intervenção social e são destinadas a populações heterogéneas, com diferentes faixas etárias, estilos e histórias de vida, contexto de consumo e formas de substâncias, como é o caso de trabalhadores (as) sexuais e/ou utilizadores de droga, sendo os últimos consumidores de heroína e cocaína de longa duração e particularmente marginalizados e fragilizados tanto a nível social, como de saúde (Mata & Fernandes, 2016, p.6).

Segundo o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (2013), ao longo dos últimos anos, verifica-se que Portugal conseguiu intervir junto de pessoas que não procuravam o serviço de saúde e consequente diminuição dos casos de VIH/SIDA. Desta forma, estes dados positivos têm sido possíveis devido aos Programas de RRMD, ou seja, devido à informação disponibilizada juntos dos utilizadores de droga, o consumo desregulado dos mesmos já não acontece com tanta frequência.

Relativamente à Sala de Consumo Vigiado, esta tem várias designações, entre elas, “Salas de Injeção”, “Salas de Chuto”, “Salas de Consumo Assistido” ou “Salas de Consumo Vigiado”. Na presente investigação, denominamos estes locais,

especificamente criados para o consumo de drogas ilícitas, como Salas de Consumo Vigiado (SCV), visto que esta é a designação proposta no Plano “*Horizonte 2008*” pelo, na altura, Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (IDT, 2010).

Segundo Rhodes *et al.* (2006, citado por Wolf, Linssen & Graaf, 2003, citado por Valério, 2009, p.115), estas estruturas visam retirar os consumidores de locais abandonados, para estes realizarem os seus consumos em condições que minimizem consequências relativamente à sua saúde. Para além disso, os autores afirmam que a criação desta estrutura diminuiria as situações incómodas para com a população não consumidora, visto que esta tem de lidar com a visibilidade destes comportamentos de consumo.

Relativamente à evolução histórica destas estruturas, a primeira SCV surgiu na década de 1970, na Holanda, no âmbito dum quadro legal algo inconsistente (O’Shea, 2007, citado por Valério, 2009, p.114). Segundo o OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2016, p.2), em 1986, abriu na Suíça, mais concretamente, em Berna, e na década de 1990 as salas começaram a multiplicar-se, devido ao aumento de utilizadores de droga injetável que se encontravam em espaços públicos. De forma a diminuir o consumo a “*céu aberto*”, surgiu em 1994, em Frankfurt a primeira SCV da Alemanha (Dolan *et al.*, 2000, p.339-340). Entretanto foram criadas outras estruturas em Espanha, na Noruega, no Luxemburgo, na Dinamarca e Grécia (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2016, p.2).

Atualmente existem setenta e cinco Salas de Consumo Vigiado (SCV) oficiais a funcionar em sete países, sendo eles, a Dinamarca, Alemanha, Luxemburgo, Noruega, Holanda, Espanha e França.

Segundo o OEDT (2016, p.2) e o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) verificamos que até fevereiro de 2016, existem na Europa: cinco SCV em três cidades da Dinamarca, sendo elas, Copenhaga, Aarhus e Odense; vinte e quatro SCV em quinze cidades da Alemanha, entre elas, Hamburg, Frankfurt e Hannover; uma em uma cidade do Luxemburgo e uma em uma cidade da Noruega, mais concretamente, no centro de Oslo; trinta e uma SCV em vinte e cinco cidades da Holanda, como por exemplo, Amsterdam, Rotterdam e Arnhem; doze SCV em duas cidades de Espanha, sendo elas situadas nas Comunidades Autónomas da Catalunha e do País Basco; por fim, uma SCV em uma cidade de França, mais concretamente, em Paris que funcionará durante seis anos, sendo que a sua continuidade dependerá do

resultado até então obtido. É de salientar que atualmente o Luxemburgo e a Noruega realizam preparativos para a abertura de outra estrutura, ainda este ano.

Quanto à existência de SCV fora da UE são as seguintes: doze SCV em oito cidades da Suíça, como por exemplo, Bern, Olten e Wil (EMCDDA, 2016, p.2; Dolan *et al.*, 2000, p.339); duas SCV em uma cidade do Canadá, mais concretamente, Vancouver; e, por fim, e um centro de consumo de droga injetada medicamente assistido em Sydney, na Austrália (EMCDDA, 2016, p.3).

Ao longo destes anos, segundo a EMCDDA, a única SCV que existia na Grécia encerrou no ano de 2014, devido a atrasos de um estabelecimento de uma base jurídica válida. Na Suíça e em Espanha, também foram encerradas algumas SCV, devido à diminuição do consumo de heroína e, em alguns casos, também para reduzir os custos (EMCDDA, 2016, p.6).

Segundo o EMCDDA (2016, p.3), existem três modelos de SCV na Europa, sendo eles as SCV integradas, especializadas e móveis.

Relativamente às em serviços de baixo limiar de exigência, estas estão em grande maioria. São prestados serviços como o “fornecimento de alimentos, duches e vestuário às pessoas que vivem na rua, a distribuição de materiais de prevenção como preservativos e recipientes para agulhas e, ainda, aconselhamento e tratamento da toxicod dependência” (EMCDDA, 2016, p.3).

Em contrapartida, as SCV especializadas prestam um serviço mais restrito, ou seja, estas são direcionadas apenas para o consumo assistido. Assim sendo, fornecem materiais de injeção esterilizados, aconselhamento sobre cuidados de saúde e práticas de consumo mais seguras, também a intervenção em caso de emergências e ainda disponibilizam um espaço onde os utilizadores de droga podem ficar sob observação após o seu consumo (EMCDDA, 2016, p.3).

Por fim, as SCV móveis, atualmente estão situadas em Barcelona e Berlim, e normalmente atendem menos utilizadores de droga em comparação com as SCV fixas. Contudo, estas permitem uma prestação de serviços mais flexível (Schäffer *et al.*, 2014, p.7).

Após a análise da SCV, passaremos a apresentar a revisão dos resultados de diversos estudos realizados no âmbito das SCV, segundo Valério (2009, pp.117-119) Centram-se essencialmente na análise do impacto das SCV no consumo público de drogas, na troca de seringas, nos auto-cuidados de saúde, na partilha de seringas, permanência nas SCV e ao nível das overdoses registadas e fatalidade das mesmas.

Segundo os presentes estudos, a existência de SCV originou uma diminuição no consumo público de drogas e conseqüente redução do incômodo que estas situações representam para as populações (Valério, 2009, p.118). Num estudo realizado pelos autores Wood *et al.* (2004, p.733), em Vancouver, os mesmos referem que evidenciaram reduções significativas nos consumos públicos de substâncias por via endovenosa. Segundo os autores Zurhold, Degkwitz, Verthein & Haasen (2003, citado por Valério, 2009, p.118), os estudos que foram realizados em Hamburgo apresentaram tanto um aumento da redução, como um aumento da assiduidade nas salas.

Segundo a EMCDDA, tem existido uma diminuição relativamente ao número de seringas trocadas. Isto pode ser explicado por diversos fatores, como por exemplo, a redução de heroína e da população que utiliza drogas injetáveis.

O Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.72), expõe que é pela partilha de equipamentos de consumo e relações sexuais desprotegidas, que os utilizadores de droga, mais especificamente os que se injetam, correm um grande risco de contrair doenças infectocontagiosas. Deste modo, quanto à consciencialização para o risco de comportamentos de consumo, parece existir uma influência da frequência das SCV.

No estudo realizado em Hamburgo, já anteriormente referido, são vários os resultados que apontam neste sentido (Zurhold, Degkwitz, Verthein & Haasen, 2003, citado por Valério, 2009, p.118), ou seja, referem ter mais cuidado com a higiene e a limpeza pessoal. Os indivíduos que frequentam uma das SCV em Hannover tiveram alterações nos seus comportamentos higiénicos devido a terem uma maior consciencialização da importância dos mesmos (Stoeber, 2002, citado por Valério, 2009, p.118).

Segundo os dados do Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.72), o número de novos diagnósticos de VIH, em 2015, foi de 1 233 novos casos de utilizadores de droga endovenosa na EU, assim sendo, representa 5% dos diagnósticos. Desta forma, durante a última década, podemos afirmar que esta percentagem se manteve baixa e estável.

As medidas de prevenção são pertinentes, visto que pretendem reduzir as doenças infectocontagiosas entre os utilizadores de droga injetáveis, como por exemplo, a oferta de tratamentos de substituição de opiáceos, de material de injeção, de testes e de tratamentos da Hepatite C e do VIH/SIDA (OEDT, 2016, p.62). O Programa de RRMD, também contribui para reduzir os comportamentos considerados de risco, mais concretamente a partilha de material/utensílios para o consumo de substâncias e de técnicas de injeção inadequada.

Quanto ao impacto na partilha de seringas, existiu uma redução do número de consumos realizados em público e conseqüente aumento dos consumos realizados nas SCV e as melhorias nos auto-cuidados de saúde, parece estar diretamente associado com a diminuição da utilização partilhada de seringas, até pela maior disponibilidade da mesma nestes locais, sendo que os diferentes estudos realizados em Vancouver apontam todos neste sentido (Wood *et al.*, 2004).

Segundo o EMCDDA, no Luxemburgo, até ao ano de 2013, 1400 utilizadores de droga assinaram um contrato de utilização obrigatória na SCV e mais de 40000 consumos endovenosos foram supervisionados. Na Noruega, a partir de 2009, cerca de 1400 utilizadores de droga visitaram durante cada ano a SCV e o número de consumos endovenosos aumentaram de 26000 no ano de 2009 para 36000 no ano de 2013.

Um aspeto onde o impacto das SCV parece ser deveras importante é no âmbito das overdoses e das mortes relacionadas com o consumo de drogas, apresentando a literatura internacional resultados que demonstram a importância que este tipo de respostas pode ter na diminuição das primeiras (Kimber *et al.*, 2003, citado por Valério, 2009, p.119). Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.76), a overdose é a principal causa de morte entre os utilizadores de droga de alto risco, sendo mais de três quartos do sexo masculino (78%).

Num estudo realizado junto de 13 SCV na Alemanha, Holanda e Suíça verifica-se que durante os anos 1998 e 2000 ocorreram uma média de 70,5 overdoses por ano, sendo que nenhuma resultou numa situação de morte (Kimber, Dolan & Wodak, 2005, citado por Valério, 2009, p.119). Contudo, o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.77-78) refere que alguns países, especialmente no norte da Europa, tiveram um aumento na taxa de mortalidade causada por overdoses, que estão associadas ao consumo de heroína e outras opiáceos.

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.71), o surgimento de novas substâncias psicoativas, entre as quais, os novos opiáceos sintéticos, os cannabinoídes sintéticos e as catinonas sintéticas, estão associadas a uma série de danos na Europa, como por exemplo, a intoxicação e a morte.

Assim sendo, é necessário desenvolver um novo conjunto de desafios às unidades de intervenção, com enfoque específico no consumo de novas substâncias, como por exemplo, aconselhamento e fornecimento de material com vista à redução de danos, e ainda, como refere o Relatório Europeu sobre Drogas (2017, p.72), a necessidade de



formação profissional, bem como orientação de competências nas respostas às novas substâncias psicoativas.

Embora não haja nenhuma SCV em Portugal, a sua existência está prevista legalmente desde 2001, ou seja há 16 anos, com a aprovação do Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho. Segundo o que foi referido anteriormente, através dos resultados de estudos destas estruturas noutros países, as mesmas facilitam o contacto com os utilizadores de droga, diminuem o risco de contágio de doenças infectocontagiosas, reduzem a morte por overdose, permitem um trabalho de educação para a saúde e promovem o acesso à rede de cuidados sociais e de saúde, bem como às estruturas de tratamento, e ainda, atenuam a pressão sentida pela comunidade local que é exposta à visibilidade do consumo.

Contudo, nem toda a comunidade científica está de acordo acerca da implementação desta estrutura, ou seja, existe alguma resistência e ambivalência, e desta forma, faz-nos questionar sobre a sua eventual implementação.

Segundo Poiares (2001, p.73), esta estrutura poderá colidir em dois obstáculos: a rejeição dos consumidores em frequentá-los e a dificuldade em encontrar locais para a sua instalação, face à recusa das autarquias ou à reivindicação popular, visto que o Decreto-lei n.º 183/2001 prevê que a decisão do espaço para a implementação de uma SCV é da autarquia ou de entidades relacionadas ao fenómeno das toxicodependências.

Na Câmara Municipal de Lisboa, foi discutida a implementação da SCV, onde se esclareceu que para além de ser um local de consumo, os utilizadores de droga teriam apoio médico, psicossocial, higiene, alimentação e informação sobre tratamento.

Na notícia avançada pela T.S.F. Rádio Notícias (Ferreira, 2016) um representante político do Bloco de Esquerda que baseando-se nas experiências das SCV na Europa, afirmou "Têm um resultado muito positivo em termos da saúde pública, podem ser uma porta de entrada dos consumidores na rede de cuidados de saúde e não conduzem a nenhum aumento do crime aquisitivo nas zonas onde estão instaladas". Em contrapartida, o vereador na Câmara do Porto afirmou que "Provavelmente já não será esta (sala de consumo assistido) no Porto a resposta adequada. Essa resposta passaria por outras medidas como o reforço das equipas de rua e por novos espaços de acolhimento e reinserção social", visto que, segundo as avaliações do, na altura, IDT, o consumo de substâncias psicoativas ilícitas por via endovenosa estava em declínio.

A Assembleia Municipal do Porto, no dia 7 de março de 2016, efectuou um debate público, envolvendo técnicos, investigadores, consumidores, decisores políticos e

comunidade, sobre a SCV. O Jornal Diário de Notícias (Capucho, 2016, avançou que João Goulão afirmou que "Já fui um entusiasta defensor da instalação destas salas, mas hoje tenho muito mais dúvidas. Tendo sido possível reduzir os consumos com outros dispositivos, não sei se será o mais adequado". Contudo, esta estrutura tem como vantagens a "diminuição do consumo em condições degradantes e da transmissão de doenças" e "das overdoses fatais". Relativamente a Lisboa, a Assembleia Municipal aconselhou a Câmara a avançar com a implementação da SCV que seria na Alta de Lisboa. Já na Mouraria, não se realizou, devido aos utilizadores de droga serem menos e, desta forma, a SCV, segundo João Goulão podia "constituir um polo de atração."

O Jornal Público (Gomes, 2016), avançou que, segundo um representante político do Partido Social Democrata (PSD), a SCV ainda não foi implementada devido à "falta de vontade política" e "muito desconhecimento e o próprio decreto-lei é muito antigo". Desta forma, é fundamental desenvolver uma resposta porque "Abrir salas de chuto só por abrir não faz sentido o que faz sentido é ter uma resposta desta natureza, mas de forma integrada onde a prevenção seja assegurada", visto que "Seria uma forma de inverter um problema de saúde pública".

Após quatro meses do debate público na cidade do Porto, a Assembleia Municipal do Porto rejeitou a proposta para a implementação de uma SCV, como menciona o Observador (Fonseca, 2016). Contudo, o Partido Socialista (PS) e o movimento Porto O Nosso Partido (PONP) avançaram com uma proposta que foi aprovada ao executivo municipal da cidade do Porto. Assim sendo, foi constituído um grupo de trabalho e a realização, no prazo de seis meses, de "um relatório" sobre o fenómeno das toxicodependências na cidade do Porto, visto que é necessário "um diagnóstico da situação" e, assim, propor "medidas a considerar".

Já em Lisboa, como avança o Jornal Diário de Notícias (Coelho, 2016), segundo um representante político do PS, a proposta para a implementação da SCV continua a ser discutida, "mas não há uma data nem um compromisso em relação à criação de uma sala de consumo assistido numa determinada zona".

O Observador (Rosa, 2017), avançou que segundo João Goulão "No momento em que tivemos essa convergência, em 2008 e 2009, não faziam sentido porque o consumo de via injetável tinha vindo dos 15% para os 3%". Contudo, durante a crise social e económica em Portugal, os consumos de substâncias psicoativas ilícitas aumentaram, como a cocaína por via injetável e a heroína. Desta forma, devido às recaídas de antigos utilizadores de droga, sentiu-se a necessidade de avançar para a implementação da SCV,

como afirmou João Goulão, “Tem de ser discutida tecnicamente e depois politicamente de uma maneira alargada. Creio que há condições para que ao longo deste ano se possa ter uma posição definitiva”, acrescentando: “Penso que estamos em vésperas de vir a ter uma ou mais salas de consumo assistido nas grandes cidades, Lisboa e Porto, porque as grandes cidades são as que têm sempre os grandes problemas nesta área”.

Como se tem vindo a abordar, o fenómeno da droga e das toxicodependências também se trata de um problema de saúde pública e, desta forma, é necessário refletir sobre a implementação da SCV não só com os utilizadores de droga, mas também com a comunidade em geral. Na notícia avançada pelo Jornal Diário de Notícias (Coelho, 2016), o vereador dos Direitos Sociais, não se pode falar em implementar uma SCV "sem se falar da prevenção e apoio e do trabalho com a comunidade, com todos os que sofrem com o problema da toxicodependência e não apenas com os consumidores". O Jornal Diário de Notícias (Câncio, 2017) avança que o vereador dos Direitos Sociais afirmou que o fenómeno da drogas e das toxicodependências “É também um problema da comunidade; esta solução não é só para ajudar aquelas pessoas. Que obviamente têm de ser ajudadas. Ajudando-as estamos a ajudar-nos a todos.”.

## Capítulo II. Problemática

Após a formulação do problema de pesquisa e da problematização teórica da investigação, é necessário desenvolver questões de investigação.

Para Lewis & Pamela (citado por Souza & Souza, 2011), a questão de investigação é a que explicita rigorosamente a área de investigação. Assim sendo, este é um dos passos mais importantes no decurso da investigação, visto que são as questões de investigação que nos irão guiar e orientar na recolha e análise dos dados fornecidos.

Segundo Souza & Souza (2011, p.2), as questões de investigação ajudam o investigador a não se perder, ou seja, a manter a direcção de forma a chegar às respostas possíveis.

As questões de investigação devem ser importantes, específicas e sem resposta evidente, visto que ao formularmos uma questão da qual já sabemos o que responder, podemos estar “diante de uma falsa questão de investigação” (Souza & Souza, 2011, p.2).

Para a presente investigação, formulamos questões pertinentes e profundas sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências, mais especificamente, sobre a implementação da SCV na cidade do Porto.

Deste modo, a partir dos conceitos anteriormente analisados, formulamos questões de investigação, sendo elas:

Q1: Compreender as representações dos utilizadores de droga acerca da SCV;

Q2: Perceber o atraso na implementação da SCV, dado que está prevista no Decreto-lei nº183/2001 de 21 de junho.

Com a Q1 pretendemos compreender as representações dos utilizadores de droga acerca da SCV, visto que só ouvindo o conjunto das suas opiniões, crenças, ideias é que conseguimos entender se existe a necessidade de ser implementada a SCV.

Relativamente à Q2 pretendemos perceber o atraso na implementação da SCV, dado que está prevista no Decreto-lei nº183/2001, ou seja, há 16 anos. Assim sendo, pretendemos perceber, através dos utilizadores de droga, qual o motivo para a implementação desta estrutura ser tão tardio.

## **PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

## Capítulo III. Planificação e Fundamentação para a Investigação

### 3.1. Método e desenho da Investigação

O método da investigação pretende orientar-nos para todos os processos da investigação, ou seja, para a formulação e desenvolvimento da estratégia de coleta de dados. Assim sendo, a sua escolha tem que ser a mais adequada, de modo a responder aos objetivos da investigação.

São vários os autores que abordam as classificações dos métodos de investigação. O autor Greenwood (s.d.) define diversas classificações dos métodos de investigação, sendo eles o método experimental, método de medida ou análise extensiva e método de análise intensiva ou estudo de caso.

O primeiro tem como objetivo realizar observações e recolher dados. Assim sendo, utiliza dois grupos de unidades (são controláveis na semelhança, mas acontece algo num que não se verifica no outro), ou seja, grupo de controlo e grupo experimental (Greenwood, s.d., p.316). Já a análise extensiva manifesta-se através da observação a populações muito amplas, quer seja com perguntas diretas, ou com perguntas indiretas e a observação, classificação e análise de dados têm um carácter marcadamente quantitativo. Este método permite uma observação de muitos casos, comparação dos dados e generalização de resultados apurados numa amostra (Greenwood, s.d., p.326). Por fim, o método de análise intensiva ou estudo de caso, seleciona de acordo com determinados objetivos uma amostra particular, para posteriormente, utilizar as técnicas disponíveis que permitem obter uma compreensão profunda do fenómeno. Este método estuda casos individuais mas de um modo profundo e global e é adequado para ter acesso ao mundo da vida das pessoas (Greenwood, s.d., p.332).

Para a presente investigação pretendemos seguir com o método de análise intensiva, ou seja, uma investigação qualitativa.

Uma investigação qualitativa implica uma fonte direta de dados e um ambiente natural entre o investigador e o entrevistado (Bodgan & Birklen, 1994, p. 47).

Numa investigação qualitativa o contexto é deveras importante. Desta forma, os investigadores frequentam o local de estudo para terem uma melhor perceção do

ambiente natural, visto que o comportamento humano é influenciado pelo contexto (Bodgan & Birklen, 1994, p. 48). Assim sendo, baseia-se na compreensão global e profunda do fenómeno em questão, ou seja, na compreensão íntima da realidade e nos significados que os sujeitos atribuem (Almeida & Freire, 2008, p.111).

Para Almeida & Freire (2008) a investigação qualitativa advém de três princípios, sendo eles:

a primazia da experiência subjetiva como fonte de conhecimento; o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos e referência; e o interesse em se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acabam por construir interactivamente ( p.110).

Segundo Fortin (2003, p. 22), no método qualitativo “O investigador que utiliza o método de investigação qualitativa [...] observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los.”. Para Vilelas (2009, p.105), “Os estudos qualitativos consideram que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objectivo e a subjectividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números.”.

Desta forma, sabemos que as pessoas interagem em função dos significados, da relação que as outras pessoas têm para elas, sendo estes significados produzidos pela sua própria interação e interpretação (Almeida, & Freire, 2008, p.111).

Para Albarello *et al.* (1997, p.103), “nos estudos qualitativos interroga-se um número limitado de pessoas, pelo que a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, não se coloca”, assim sendo o método qualitativo fornece-nos, como já foi referido anteriormente, uma compreensão complexa e profunda do fenómeno. Deste modo, não pretendemos seguir a via da representatividade, mas sim da compreensão do significado que cada indivíduo tem para com os acontecimentos e as interações em situações específicas.

Por tudo o que mencionamos, inicialmente optamos por realizar um focus group com os utilizadores de droga. Contudo, encontramos algumas adversidades, que irão ser referidas posteriormente, e adoptamos por entrevistas individuais em profundidade como instrumento de recolha de dados.

### 3.2. Procedimentos para a recolha de dados

Para Fortin (2003, p.202), a população-alvo pode caracterizar-se como uma “população particular que é submetida a um estudo”, sendo “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

Neste caso, o universo seria excessivamente grande para ser totalmente abrangido. Assim sendo, como em qualquer investigação social, normalmente não sendo possível envolver a totalidade dos indivíduos que se pretende estudar, é necessário delinear a população-alvo e restringi-la a uma amostra. Deste modo, a população-alvo irá ser selecionada de forma intencional e de acordo com os objetivos da investigação. Os elementos que foram tidos em conta para a seleção da amostra foram o género, a idade, e o tempo de consumo.

A investigação decorreu na cidade do Porto, mais concretamente na Freguesia de Lordelo do Ouro e Massarelos, entre o mês de fevereiro e agosto de 2017.

É através da análise da comunicação social «que mais insistentemente nomeia os “espaços das drogas”.» (Fernandes, 1998, p. 100). Geralmente os bairros sociais são vistos como espaços de grande concentração e degradados. (Fernandes, 1998, p. 103).

Na zona Ocidental da cidade do Porto, os indivíduos consumidores são maioritariamente do género masculino e apresenta consumos simultâneos de cocaína, heroína, álcool, entre outros, utilizando várias vias de consumo: injetada, fumada e oral. Estes indivíduos apresentam um baixo nível de escolaridade e competências laborais, sendo que a maioria vive em situação de precariedade económica. Verifica-se o recurso a práticas de pequena criminalidade e trabalho sexual como forma a conseguir obter a substância.

Numa análise geral, foram entrevistados três utilizadores de droga do género masculino e três utilizadores de droga do género feminino; as suas idades estão compreendidas entre os trinta e quatro e cinquenta e nove anos; e quanto ao tempo de consumo, como podemos verificar na tabela 1., estes são de curto, média ou longa duração.



**Tabela 1. Identificação e Caracterização dos Entrevistados**

<b>Participante</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Tempo de Consumo</b>
<b>PA</b>	59	Masculino	36 Anos
<b>LF</b>	48	Masculino	20 Anos
<b>AC</b>	34	Feminino	20 Anos
<b>LM</b>	52	Feminino	25 Anos
<b>AM</b>	42	Masculino	15 Anos
<b>MB</b>	50	Feminino	30 Anos

### **3.2.1. Técnica e instrumentos de recolha de dados**

A recolha de dados da investigação pode ser realizada a partir de um conjunto de técnicas e ferramentas. Deste modo, as técnicas indicam o tipo de informações que se vai analisar ou descrever.

Segundo Greenwood (s.d., p.315), o investigador seleciona as técnicas de investigação de modo a que estas se ajustem aos requisitos do seu método de investigação. Deste modo, são definidas como um conjunto de processos operativos ou operações simples que acionamos para as práticas de pesquisa, como os inquéritos, a entrevista e a observação participante, entre outras.

Inicialmente, optamos por recorrer à técnica do focus group, contudo devido a alguns obstáculos, como por exemplo, a dificuldade em juntar todos os utilizadores de droga no mesmo local e à mesma hora, visto que os mesmos têm prioridades diferentes, bem como a participação de elementos do género feminino, dado a sua receptividade ser menor, não foi possível a sua concretização. Assim sendo, recorreremos à técnica de entrevistas individuais em profundidade.

Neste sentido, a elaboração de um guião de entrevista é crucial para a base da investigação, visto que, segundo Foddy (1996, p.1), “Fazer perguntas é normalmente aceite como uma forma rentável, frequentemente a única de obter informações sobre comportamentos e experiências passadas, valores e atitudes”.

Optamos por uma estrutura do guião de entrevista semidirectiva, visto que as perguntas não são inteiramente abertas, nem num grande número, e serão perguntas

guia, ou seja, o investigador não necessita de colocar as perguntas pela ordem e a formulação que as estabeleceu (Quivy & Campenhoudt, 2013, p. 192).

Inicialmente, delineamos uma amostra entre cinco a dez utilizadores de droga, tendo em conta variáveis como a idade, o género e o tempo de consumo. Contudo, enquanto realizamos o trabalho de campo, apercebemo-nos de algumas adversidades para conseguirmos realizar o focus group, como foram referidas anteriormente.

Assim sendo, recorreremos à entrevista individual em profundidade, que consiste numa conversa intencional, com o objetivo de obter informações sob a outra pessoa (Morgan, 1988, citado por Bogdan & Birklen, 1994, p.134). Assim sendo, a entrevista é uma estratégia essencial para a recolha de dados, sendo eles descritivos, visto que permitem ao investigador compreender a ideia que o sujeito interpreta (Bogdan & Birklen, 1994, p.134). Com a entrevista, o investigador ainda tem a oportunidade de questionar tópicos, que anteriormente não foram refletidos (Bogdan & Birklen, 1994, p.135).

O investigador deverá fazer o menor número de perguntas e uma breve exposição sobre os objetivos da entrevista (Quivy & Campenhoudt, 2013, p.74), e ainda, é necessário um ambiente e contexto adequados, bem como informar o entrevistado a possível duração da entrevista, sendo geralmente cerca de uma hora (Quivy & Campenhoudt, 2013, p.76).

Para a obtenção de uma boa entrevista, o investigador terá de deixar os entrevistados à vontade, para estes falarem abertamente sobre o tema em questão. Só desta forma é que se produz uma riqueza de dados, com transcrições detalhadas e exemplos concretos (Bogdan & Birklen, 1994, p.136). Contudo, o investigador tem de ter em conta certos cuidados, como por exemplo, não abusar da confiança do entrevistado (Stacey, 1988, citado por Bogdan & Birklen, 1994, p.137), mesmo que possam existir conflitos de valores (Bogdan & Birklen, 1994, p.138).

Desta forma, como já foi referido anteriormente, a amostra foi alterada para seis entrevistados (as), contudo a composição desta, manteve-se igual. Tivemos em conta a heterogeneidade de elementos, como a idade, o género, tendo entrevistado três homens e três mulheres, e, ainda, o tempo de consumo, sendo ele curto, médio, ou longo, como podemos verificar na tabela 1. acima referida.

Optamos por esta forma, visto que vai essencialmente ao encontro do objetivo geral da presente investigação, ou seja, captar as representações dos utilizadores de droga sobre as SCV.

Para obtermos as entrevistas, deslocamo-nos com uma equipa de rua, onde entramos em contacto com utilizadores de droga que se mostraram receptíveis e disponíveis para a realização da entrevista. Desta forma, podemos afirmar que durante a realização do trabalho de campo, onde nos primeiros dias se sentiu uma certa sensação de desconforto por parte dos utilizadores de droga, acabou por ser uma aceitação (Bogdan & Birklen, 1994, p.124), de forma a explicarmos claramente os propósitos da entrevista e garantir a confidencialidade e anonimato das informações prestadas.

Para registar os dados realizamos gravações em áudio, apenas para posterior análise (Gondim, 2003, pp.153-154), com a devida autorização por parte do entrevistado e, ainda, tomamos algumas notas durante a entrevista.

Utilizamos como instrumento de regulação ético-deontológica a Carta Ética da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação (2014), para explicarmos a todos os entrevistados que têm direito à discrição, privacidade, anonimato, e ainda, serem informados quanto aos resultados da investigação.

As entrevistas foram realizadas de forma presencial, em meio natural, ou seja, em contextos de rua, e tiveram duração variável entre catorze minutos e uma hora e quinze minutos.

Durante o processo de recolha de informação, tivemos algumas dificuldades em obter entrevistas por parte das mulheres, e ainda, a marcação de entrevistas para as quais alguns dos entrevistados não compareceram.

## Capítulo IV. Procedimento de Tratamento e Análise de Dados

No que refere ao tratamento e análise de dados, fizemos as transcrições de cada entrevista e, posteriormente, procedemos à análise de conteúdo.

A análise de conteúdo baseia-se em analisar os dados qualitativamente e obter o sentido dos conteúdos, ou seja, “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre os quais se debruça [...] é a busca de outras realidades através das mensagens” (Bardin, 2009, p.89). A análise de conteúdo é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica das ciências sociais e humanas, que facilita “a descrição objetiva, sistemática do conteúdo manifesta da comunicação” (Berelson, citado por Silva & Pinto, 1999, p.103), e assim sendo, estuda as atitudes, opiniões, percepções e representações.

Nesta investigação, os dados recolhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo categorial, visto que pretendemos interpretar os dados dos vários discursos dos entrevistados, ou seja, as suas ideias e opiniões. Guerra (2006, p.80) define a análise categorial como “a identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar.”. Deste modo, pretendemos reunir os dados em determinadas categorias.

A transcrição da entrevista, principalmente ao ser gravada, é sempre aconselhável “no caso de as entrevistas em profundidade, quando o material é tratado diretamente.” (Guerra, 2006, p.59). Assim sendo, procedemos à transcrição integral do conteúdo das gravações, bem como à transcrição de momentos discursivos, como por exemplo, gestos e pausas.

Iniciamos uma leitura mais direcionada e aprofundada no sentido de captar os pontos mais importantes de cada entrevistado, para identificar possíveis categorias. Desta forma, elaboramos grelhas de análise das entrevistas para, posteriormente, retirar das entrevistas os tópicos chave, onde foram agrupadas por temas categoriais, categorias e subcategorias. Assim sendo, este processo passou por um “período de apalpadelas, de tentativas e erros, de idas e vindas do texto à análise” (Poirier et al., 1999, p.129).

Por fim, na fase da análise e interpretação dos resultados, dedicamo-nos à análise reflexiva e crítica.

#### 4.1. Processo de Codificação e Categorização

Para o processo de codificação utilizamos a frase como unidade de análise, visto que, podemos compactar a informação, sem correr risco de perder alguns significados.

Apesar das entrevistas já terem um guião, as categorias foram surgindo também a partir do próprio conteúdo retirado das entrevistas.

Desta forma, resultaram 15 categorias, 15 subcategorias e três temas categoriais: Sala de Consumo Vigiado, Comunidade e Saúde.

De maneira a melhor explicitar a forma como dividimos os temas, apresentamos a seguinte grelha:

**Tabela 2. Resultados Qualitativos Obtidos – Grelha de Análise de Conteúdo das Entrevistas**

Temas Cat.	Categorias	Subcategorias	Unidade de Análise
Sala de Consumo Vigiado	1. Representações da Sala de Consumo Vigiado	1.1. Definição da Sala de Consumo Vigiado	Engloba referências dos entrevistados relativamente à SCV. Exemplo: <i>“Entras lá dentro, onde tem todo o material que tu quiseres, tem enfermeiros à disposição”</i> (Entr. AC); <i>“a nível das doenças não é, é sempre uma proteção”</i> (Entr. LM).
		1.2. Posição Face à Sala de Consumo Vigiado	Inclui referências dos entrevistados no que se refere à importância da SCV. Exemplo: <i>“acho que é importante, mas seria importante primeiro fazer uma experiência, antes de implementar”</i> (Entr. LF); <i>“era um</i>

		<p><i>bem maior. Há tantos consumidores no nosso país e há tanto, tantos consumos na rua.”</i> (Entr. AC).</p>
2. Localização da Sala de Consumo Vigiado	2.1. Bairro	<p>Engloba referências dos entrevistados relativamente à localização da SCV ser no Bairro. Exemplo: <i>“Tem de ser nos Bairros, onde se compra (...) o pessoal é muito preguiçoso.”</i> (Entr. AC); <i>“Deveria ser em todos os Bairros.”</i> (Entr. AM).</p>
	2.2. Periferia do Bairro	<p>Inclui as referências dos entrevistados quanto à localização da SCV na periferia do Bairro. Exemplo: <i>“Tem de ser num terreno baldio, assim longe (...) às residências das pessoas, isso acho que não podia ser mesmo.”</i> (Entr. PA); <i>“Se eu fosse do Bairro do Aleixo sentir-me-ia discriminado”</i> (Entr. LF).</p>
3. Dificuldades da implementação da Sala de Consumo Vigiado		<p>Integra as referências dos entrevistados relativamente às dificuldades da implementação da SCV. Exemplo: <i>“lá está é a burocracia que a gente tem.”</i> (Entr. PA); <i>“tem é que haver iniciativa da parte do Estado (...) já vai há bastantes anos e não sai</i></p>

		<i>do papel o projeto</i> ” (Entr. AM).
4. Consumo de Drogas	4.1. Aumento do Consumo de Drogas	Engloba referências dos entrevistados quanto ao aumento de consumo de drogas com a implementação da SCV. Exemplo: <i>“estou a ver muitos miúdos a entrar e portanto acho que não ia diminuir.”</i> (Entr. LF).
	4.2. Diminuição do Consumo de Drogas	Inclui referências dos entrevistados relativamente à diminuição do consumo de drogas com a implementação da SCV. Exemplo: <i>“onde eu estive, eles, o sentido é todo a pessoa tratar-se e não continuar a consumir.”</i> (Entr. AC); <i>“se houvesse uma sensibilização bem feita (...) encaminhar as pessoas para tratamento.”</i> (Entr. LM).
	4.3. Estagnação do Consumo de Drogas	Integra referências dos entrevistados quanto à estagnação do consumo de drogas com a implementação da SCV. Exemplo: <i>“não deve haver muita influência, a percentagem não deve subir, nem descer muito”</i> (Entr. PA).
		Engloba referências dos entrevistados relativamente à qualidade da substância na SCV.

<p>5. Qualidade da Substância</p>		<p>Exemplo: <i>“eu gostava, que vocês tivessem o produto, não me importava nada”</i> (Entr. PA); <i>“Melhor seria analisar o produto que está na praça e alertar os toxicodependentes.”</i> (Entr. LF); <i>“a quantidade de heroína ou de cocaína que há hm naquilo que nós compramos.”</i> (Entr. AC).</p>
<p>6. Modelos da Sala de Consumo Vigiado</p>	<p>6.1. Sala de Consumo Vigiado Móvel</p>	<p>Inclui referências dos entrevistados quanto à SCV Móvel. Exemplo: <i>“ia ter horários e ia estar muita gente à espera e uma pessoa a ressacar não tem paciência para esperar”</i> (Entr. PA); <i>“A única forma é uma unidade móvel.”</i> (Entr. LF).</p>
	<p>6.2. Sala de Consumo Vigiado Especializada</p>	<p>Integra referências dos entrevistados relativamente à SCV Especializada. Exemplo: <i>“só apenas para consumos também não está mau, mas lá está tem que haver acompanhamento.”</i> (Entr. AM).</p>
	<p>6.3. Sala de Consumo Vigiado Integrada</p>	<p>Engloba referências dos entrevistados quanto à SCV Integrada. Exemplo: <i>“com o acompanhamento completo não é. Após o consumo um duche hm, duche, troca de roupa.”</i> (Entr.</p>



		AM); <i>“a sala fixa sabemos onde está e vamos lá.”</i> (Entr. MB).
7. Deslocação à Sala de Consumo Vigiado		Inclui referências dos entrevistados relativamente à deslocação à SCV. Exemplo: <i>“eu gostava de experimentar”</i> (Entr. PA); <i>“devia de haver mais flexibilidade, não obrigar à assiduidade, mas ir controlando a assiduidade”</i> (Entr. LF).
8. Equipa de Rua		Integra referências dos entrevistados quanto às equipas de rua com a implementação da SCV. Exemplo: <i>“a troca é sempre conveniente. Ia à casa de chuto, mas ia trocar seringas.”</i> (Entr. PA); <i>“se houvesse o material de troca nas salas (...) trocas de seringas e isso, deixavam de existir nas carrinhas. Passavam só a dar metadona.”</i> (Entr. AM).
9. Cuidados de Saúde	9.1. Higiene	Engloba referências dos entrevistados relativamente à higiene com a implementação da SCV. Exemplo: <i>“questões de higiene, questões sobre dar o chuto com mais segurança.”</i> (Entr. PA); <i>“mais qualidade e até mais higiene.”</i> (Entr. LF).

	<p>9.2. Hematomas</p>	<p>Inclui referências dos entrevistados quanto aos hematomas com a implementação da SCV. Exemplo: “<i>Os hematomas vê-se aí cada situação.</i>” (Entr. LM); “<i>se houvesse essas salas essas pessoas eram logo tratadas na hora. E o hematoma deixava de existir, desaparecia logo.</i>” (Entr. AM).</p>
	<p>9.3. Overdoses</p>	<p>Integra referências dos entrevistados relativamente às overdoses com a implementação da SCV. Exemplo: “<i>o problema também das overdoses.</i>” (Entr. PA).</p>
<p>10. Impacto na Comunidade Local</p>		<p>Engloba referências dos entrevistados quanto ao impacto da SCV na comunidade local. Exemplo: “<i>sim, mas muito positivo (...) eu acho que as pessoas iam aderir bem.</i>” (Entr. PA); “<i>iriam aplaudir.</i>” (Entr. AM); “<i>as pessoas que morem ali ao lado são capazes de não gostar muito.</i>” (Entr. LM); “<i>alguns moradores não são capazes de gostar muito.</i>” (Entr. MB).</p>
		<p>Inclui referências dos entrevistados relativamente ao</p>

	11. Impacto no Tráfico		impacto que a SCV terá no tráfico. Exemplo: <i>“De pé atrás não ficavam, se não tivesse produto.”</i> (Entr. PA).
	12. Consumo VS. Tráfico		Integra referências dos entrevistados quanto ao consumo VS. tráfico que a implementação da SCV trará. Exemplo: <i>“os traficantes não deixavam vocês terem o produto.”</i> e <i>“Isso garanto eu, mas em qualquer lado, porque estão a estragar-lhes os clientes.”</i> (Entr. PA).
Comunidade	13. Vantagens para a Comunidade	13.1. Limpeza	Integra referências dos entrevistados quanto à limpeza das ruas. Exemplo: <i>“É a questão lá está a limpeza, limpeza a higiene.”</i> (Entr. PA); <i>“para a sociedade também, porque hm lá está tira as coisas da rua.”</i> (Entr. AC).
		13.2. Consumos não visíveis	Engloba referências dos entrevistados relativamente aos consumos deixarem de ser visíveis. Exemplo: <i>“interessa bastante à comunidade porque vai retirar os consumidores da rua.”</i> (Entr. AM).
			Inclui referências dos entrevistados quanto aos riscos

	<p>14. Riscos para a iniciação dos consumos</p>		<p>para a iniciação dos consumos. Exemplo: <i>“está muito pessoal novo a consumir (...) em drogas cada vez mais esquisitas, sintéticas e coisas que mandam vir (...) pela internet.”</i> (Entr. AC); <i>“Eu acho que não (...) vê-se mais a faixa etária dos trinta, quarenta, trinta, quarenta, é mais essa faixa etária.”</i> (Entr. LM).</p>
Saúde	<p>15. Partilha de Material</p>		<p>Integra referências dos entrevistados relativamente à partilha de material. Exemplo: <i>“acho que ainda há muita partilha.”</i> (Entr. PA); <i>“Não, não, não só até pelas trocas (...) mas também pela consciencialização por parte do toxicodependente.”</i> (Entr. LF).</p>
	<p>16. Consumos a “céu aberto”</p>		<p>Engloba referências dos entrevistados quanto aos consumos a “céu aberto”. Exemplo: <i>“onde se vai consumir, está tudo cheio de seringas, com bicos.”</i> (Entr. PA); <i>“o consumir na rua é seringas no chão, é sujidade, é overdoses.”</i> (Entr. AC); <i>“Há pessoas que não tem noção consomem mesmo com os miúdos a passar por aqui.”</i> (Entr. MB).</p>

## Capítulo V. Apresentação e Interpretação dos Resultados

Inicialmente, descrevemos e analisamos as diferentes categorias que surgiram, já anteriormente apresentada de forma resumida.

Posteriormente, passaremos à sua interpretação e integração com os dados empíricos, de acordo com os objetivos da investigação.

### 5.1. Descrição Analítica das Categorias

#### 1. Representações da Sala de Consumo Vigiado

De um modo geral, os entrevistados referem que já tinham ouvido falar sobre a SCV e, quanto ao seu funcionamento afirmam que terá de ser um local onde houvessem pessoas especializadas e todo o material necessário para consumir (Entr. PA: “Que tivesse lá um enfermeiro ou pessoas especializadas nisso e que tivesse lá as seringas (...) Com garrotes, para desinfetar”). Contudo, também será um local onde se possam fazer análises e encaminhar os utilizadores de droga, que assim desejarem, para tratamento (Entr. AC: “podes fazer análises, puedes fazer testes do HIV, (...) cada pessoa que lá entra, eles tentam sempre encaminhá-la para tratamento (...)”); Entr. LF: “ (...) a primeira opção do consumidor que se quer tratar.”; e Entr. LM: “é sempre uma proteção (...) até para sensibilizar pessoas”).

Os entrevistados consideram muito importante a implementação da SCV, sendo uma mais valia, visto que assim já não existirão tantos utilizadores de droga a consumir na rua (Entr. PA: “ (...) uma valia muito grande mesmo.”; Entr. AC: “ (...) era um bem maior. Há tantos consumidores no nosso país e há tanto, tantos consumos na rua.”; Entr. LM: “ (...) é importante (...) É bom porque as pessoas se expõem tanto não é, na rua, porque há um choque (...)”); Entr. AM: “ (...) era importante que houvesse essa sala mesmo.”; e Entr. MB: “ acho que faz todo o sentido (...) acho que essas salas só vinham ajudar (...)”. Contudo, um entrevistado afirma que antes de implementarem a SCV deverá ser feita uma experiência (LF: “seria importante primeiro fazer uma experiência, antes de implementar (...) para ver qual é (...) a afluência de consumidores.”)

## 2. Localização da Sala de Consumo Vigiado

Quanto à localização da SCV, alguns dos entrevistados referiram que não pode ser junto às residências, visto que a comunidade não irá aprovar. Assim sendo, terá de ser numa zona neutra, onde os utilizadores de droga de qualquer Bairro próximo consiga ir (Entr. PA: “Tem de ser num terreno baldio, assim longe (...) montar um casa fixa, hm eu acho que nunca seria junto hmm às residências das pessoas.”; e Entr. LF: “Se eu fosse do Bairro do Aleixo sentir-me-ia discriminado (...) nesta zona atendendo ao número de Bairros que há aqui com problemas teria de se escolher um local de serviço para os que vão ao PT, os que vão a Francos, os que vão hmm a Ramalde, teria de ver os do Aleixo (...).”). Contudo, a maioria dos entrevistados afirmaram que o único local adequado será precisamente nos Bairros de tráfico e consumo, visto que o utilizador de droga não se irá deslocar porque quer consumir de imediato (Entr. AC: “Tem de ser nos Bairros, onde se compra, porque hmm o pessoal hmm é muito preguiçoso para se estarem a deslocar e depois hmm a ressaca também hmm as pessoas querem é consumir depressa (...).”; Entr. LM: “ (...) acho que deviam de ser perto dos locais de venda (...) É importantíssima a localização! Porque o toxicodependente não vai hm deslocar-se muito para, é por causa da ressaca, pela ansiedade.”; Entr. AM: “Deveria ser em todos os Bairros (...) numa torre não é, ser a sala. Porque se for fora daqui, hmm os consumidores nunca acabam por ir para essa sala, acabam por vir e consumir logo aqui.”; e Entr. MB: “ (...) no Bairro seria ideal (...) os consumidores vêm aqui, só temos de comprar e ir às salas (...) talvez no Bairro mesmo, é, é o hmm melhor fica perto (pausa) é que senão não se vai lá, e depois com a ressaca.”).

## 3. Dificuldades da implementação da Sala de Consumo Vigiado

A maior dificuldade para a implementação da SCV, segundo os entrevistados, passa pela burocracia do nosso País (Entr. PA: “ (...) lá está é a burocracia que a gente tem.”; Entr. LM: “ (...) por falta de vontade e minimização (...) da importância que elas poderão ter (...) Acho que o toxicodependente não hmm não é importante para eles, há coisas mais importantes.”; Entr. AM: “ (...) o Estado é que, é que não anda com isso para a frente (...) tem é que haver iniciativa da parte do Estado, segurança social, ou

quem está hm à frente desse projeto (...).”; e Entr. MB: “ (...) do Governo, os do poder, porque de resto (pausa longa) não vejo mais dificuldades.”). Contudo, alguns dos entrevistados afirmaram que a dificuldade da implementação da sala se deve à mentalidade da comunidade, por acharem que a sala seja um meio para existirem mais consumos (Entr. LF: “ (...) nenhuma comunidade deveria de ter o direito de contestar algo que à partida é socialmente favorável. É para o bem comum. Portanto hmm por que é que as pessoas contestam? Porque são toxicodependentes, são drogados.”; e Entr. AC: “A mentalidade! (...) nós ainda somos muito pequeninos nessas coisas (...) em vez de a população pensar que estamos a resolver um problema, eles acham que se está é hm a dar meios (...) para as pessoas se drogarem mais.”).

#### **4. Consumo de Drogas**

Segundo alguns dos entrevistados, com o funcionamento da SCV o consumo de substâncias psicoativas irá diminuir, visto que seria feita uma sensibilização e um encaminhamento para tratamento por parte dos técnicos responsáveis (Entr. AC: “Para a diminuição (...) a pessoa ir para tratamento (...) onde eu estive, eles, o sentido é todo hmm a pessoa tratar-se e não continuar a consumir.”; Entr. LM: “ (...) se houvesse uma sensibilização bem feita hm lá dentro (...) até poderia diminuir (...) encaminhar as pessoas para tratamento.”; e Entr. MB: “ (...) acho que vai diminuir (...).”). Contudo, alguns dos entrevistados referiram que poderá existir um aumento de consumo de substâncias psicoativas (Entr. LF: “ (...) estou a ver muitos miúdos a entrar e portanto acho que não ia diminuir.”; e Entr. AM: “ (...) haverá aumento de consumo porque eu sei que tenho aqui uma sala de consumo hmm e vou consumir agora, vou consumir depois e depois não é, e sei que vou ter acompanhamento e tudo.”). Ainda houveram alguns entrevistados, que afirmaram que com o funcionamento da sala, o consumo de substâncias psicoativas não irá sofrer nenhum tipo de influência (Entr. PA: “ (...) não deve haver muita influência, a percentagem não deve subir, nem descer muito, devesse manter mais ou menos (...).”; Entr. LF: “ (...) não tem nenhum tipo de influência (...).”; Entr. LM: “ (...) de resto acho que nem aumenta nem diminui.”).

## **5. Qualidade da substância**

Relativamente à qualidade da substância, os entrevistados afirmaram que será importante analisar a substância para os utilizadores de droga terem a noção do que estão a consumir, assim sendo, devia de existir um teste onde se possa medir a quantidade de percentagem da substância (Entr. PA: “ (...) eu gostava, que vocês tivessem o produto (sorri), não me importava nada (...) Sabemos muito, muito mais o que estávamos a consumir e eles têm qualidade mais fraca que têm de vender.”; Entr. LF: “Melhor seria analisar o produto que está na praça e alertar os toxicodependentes (...).”; Entr. AC: “ (...) têm um testeinho lá hmm para se ver hmm a quantidade de heroína ou de cocaína que há hm naquilo que nós compramos (...) é uma maneira também de as pessoas saberem o que é que estão a consumir.”; Entr. LM: “Percentagem mesmo (...) da droga (...) Isso era o ideal (...) muito hmm uma coisa excepcional.”; Entr. AM: “ (...) sabe aquilo que está lá, sabe o que vai consumir, se pode ou não consumir.”; e Entr. MB: “ (...) Com esses testes ficava a saber não é, o que ando a consumir. É bom, é, é.”).

## **6. Modelos da Sala de Consumo Vigiado**

Relativamente à escolha do modelo da SCV, os entrevistados referiram todos os tipos de modelos.

Inicialmente, afirmaram que a SCV Móvel não será a mais adequada, visto que será complicado saber onde é que está situada comparativamente com os outros dois modelos, visto que esses são fixos (Entr. PA: “O problema de ser móvel é que ia ter horários e ia estar muita gente à espera e uma pessoa a ressacar não tem paciência para esperar (...).”; Entr. LM: “ (...) se é móvel há sempre aquela incerteza se está se não está não é, é um bocado mais complicado (...) pode ir menos pessoas não é.”; e Entr. MB: “Pois, esse não deve ser muito bom para aqui não é (...) móvel não, dá para poucas pessoas, depois nunca se sabe onde está.”. Contudo, apenas um entrevistado afirma que a SCV Móvel é a única solução (Entr. LF: “A única forma é uma unidade móvel (...) Eis a necessidade de consciencializar as pessoas do que é melhor, uma unidade móvel.”).



Quanto à SCV Especializada, alguns dos entrevistados afirmaram que será o mais adequado, embora um entrevistado referiu que a SCV Integrada também será uma solução de modelo (Entr. AC: “Eu acho que era hmm que só assim fazia sentido!”; e Entr. AM: “ (...) mas mesmo sendo a outra fixa, só apenas para consumos também não está mau, mas lá está tem que haver acompanhamento.”).

Por fim, quanto à SCV Integrada, alguns dos entrevistados, referiram que este será o modelo mais adequado, visto que é fixo e tem o acompanhamento completo (Entr. LM: “Isso é muito importante! (...) eu acho que o fixo é bom no aspeto de hm a pessoa sabe que tá ali não é, não tem maneira de, está lá encontra, é fixo.”; Entr. AM: “ (...) fixo hm com o acompanhamento completo não é. Após o consumo um duche hm, duche, troca de roupa (...).”; e Entr. MB: “ (...) Tinha tudo (...) a sala fixa sabemos onde está e vamos lá, (pausa) também tem horário hmm mas sabemos onde está e só temos de ir lá e pedir ajuda não é. (pausa) Devia de ser uma sala com tudo.”).

## **7. Deslocação à Sala de Consumo Vigiado**

Relativamente à deslocação à SCV, a maioria dos entrevistados, referiram que a frequentavam assiduamente, visto que sentem a necessidade de ir consumir à sala em vez de consumirem na rua e, desta forma, sendo um local que precisem, os utilizadores de droga vão assiduamente (Entr. PA: “Eu era cliente número um (...) eu gostava de experimentar (...) para mim era bom (...).”; Entr. AC: “Claro (...) Já amanhã se houvesse (...) os tóxicos também são de rotinas, são de hábitos e hm se forem a um sítio que sabem que precisem e onde são bem tratados, hmm vão. Claro que sim, é uma necessidade (...).”; Entr. LM: “ (...) Á priori acho que sim (...) acho que era regularmente (...).”; Entr. AM: “Claro que sim (...) antes preferia ir a uma sala e consumir nessa sala para estar à vontade e saber que se precisar de qualquer coisa tinha ali tudo (...) sempre que fossem consumir acabavam por ir (...) a essas salas.”; e Entr. MB: “Oh, claro que sim! É obvio que sim. (pausa) Não vou consumir ali num sítio qualquer (...) quando posso ir à sala (...).”). Contudo, houve um entrevistado que referiu que se tinha de ter mais flexibilidade quanto à assiduidade, porque senão parece que se está a obrigar o utilizador de droga a frequentar a sala (Entr. LF: “Ia uma vez e depois era, estou aqui perto yah vou ali (...) está muito perto, até ia de passagem

naquele dia deu, mas não saiu daqui com o propósito de lá ir (...) devia de haver mais flexibilidade, não obrigar à assiduidade, mas ir controlando a assiduidade (...).”).

## 8. Equipa de Rua

De acordo com os entrevistados, com a implementação da SCV as equipas de rua existirão na mesma, visto que as carrinhas de troca de seringas fazem um trabalho importante e essencial no acompanhamento dos utilizadores de droga (Entr. PA: “Convinha que viesse na mesma (...) a troca é sempre conveniente. Ia à casa de chuto, mas ia trocar seringas (...) As equipas de rua é sempre bom para os acompanhamentos e assim não é das pessoas não é (...) até fazem um trabalho importante (...) nunca podem acabar estas carrinhas.”; Entr. LF: “Se retirassem a carrinha era uma maneira de querer forçar o toxicodependente a lá ir, obviamente para trocar seringas e para tratar de assuntos vá. Hmmm iria ser pior (...) Olha que a carrinha, a carrinha, terá que existir sempre.”; Entr. AC: “Claro! Faz todo o sentido (...) porque nas carrinhas também dão meta e dão hmm outros tratamentos que o pessoal está a fazer (...).”; Entr. LM: “Acho que sim. Acho que é um bom apoio.”; e Entr. MB: “ (...) claro que sim (...) As carrinhas é sempre bom para trocas, depois também tem a meta e hmm não pode deixar de existir.”). Contudo, apenas um entrevistado afirmou que as equipas de rua existirão na mesma, mas deixava de existir a parte das trocas de seringa (Entr. AM: “ (...) se houvesse o material de troca nas salas (...) trocas de seringas e isso, deixavam de existir nas carrinhas. Passavam só a dar metadona.”).

## 9. Cuidados de Saúde

Relativamente aos cuidados de saúde, os entrevistados referiram que com a implementação da SCV existirá uma maior higiene, os hematomas serão tratados imediatamente e as overdoses serão quase inexistentes.

Quanto à higiene, os entrevistados referiram que com a implementação da SCV conseguirão consumir de forma mais adequada, e assim, evitar certas doenças (Entr. PA: “ (...) questões de higiene, hmm questões sobre dar o chuto com mais segurança (...).”; LF: “ (...) mais qualidade e até mais higiene.”; Entr. AM: “ (...) à saúde, ao bem-estar de toda a gente (...) vai contribuir para a saúde hm da pessoa, para a higiene

da pessoa (...) já vai evitar certas doenças.”; e Entr. MB: “Sim, sim, sim. A higiene é fundamental.”).

Relativamente aos hematomas, os entrevistados afirmam que os hematomas são um problema e que têm de ser tratados imediatamente (Entr. PA: “ (...) Um hematoma é um problema (...) Não é tratado, aquilo apodrece a carne e já viu. Há pessoas que já ficaram sem pernas.”; Entr. AC: “ (...) há pessoal que já não têm veias, ou têm mesmo muita dificuldade, mas também há muitos que o fazem porque (...) não sabem se injetar (...) acabam por ter de pedir a outras pessoas que também não sabem (...) muita desgraça acontece.”; Entr. LM: “ (...) Os hematomas vê-se aí cada situação (...) porque muitas vezes as pessoas com aquela coisa de ser rápido (...) de tirar a chamada ressaca hm depois tem essas consequências.”; Entr. AM: “ (...) tiveram hematomas e depois tiveram que ir para o hospital porque deixaram andar (...) se houvesse essas salas essas pessoas hm eram logo tratadas na hora. E o hematoma deixava de existir, desaparecia logo.”; e Entr. MB: “ (...) Os hematomas é sempre um grande problema (...) Tem de ser tratado na hora.”).

Por fim, quanto às overdoses, apenas um entrevistado referiu que é um problema, visto que as substâncias que consomem não são de grande qualidade (Entr. PA: “ (...) o problema também das overdoses. Atualmente o produto não é grande coisa, mas se fosse há uns anos, ah cuidado.”).

## **10. Impacto na Comunidade Local**

No que refere à implementação da SCV, os entrevistados referiram que esta seria do interesse da comunidade, mas também do consumidor.

Quanto ao interesse da comunidade, os entrevistados afirmaram que era importante porque a implementação da sala irá retirar os utilizadores de droga da rua e os respetivos consumos “*a céu aberto*” (Entr. PA: “ (...) para a comunidade acho que também era muito bom (...) É a questão lá está a limpeza, limpeza a higiene (...).”; Entr. AC: “ (...) para a sociedade também, porque hm lá está tira as coisas da rua (...) não faz com que as coisas andem aí espalhadas dessa maneira.”; LM: “Eu acho que é de toda a comunidade (...).”; Entr. AM: “ (...) interessa bastante à comunidade porque vai retirar os consumidores da rua (pausa) da vista das pessoas, das crianças, das mulheres

(...).”; e Entr. MB: “ (...) a comunidade, o resto das pessoas não é, também é importante (...).”).

### **11. Impacto no Tráfico**

Quanto ao impacto que a implementação da SCV terá no tráfico, apenas um entrevistado referiu que “De pé atrás não ficavam, se não tivesse produto.” (Entr. PA), ou seja, para este entrevistado a SCV não poderia conter a substância. Contudo, o facto de a substância para consumir ser obtida dentro a SCV poderá ser benéfica para a saúde dos utilizadores de droga, visto que assim sabes especificamente o que estão a consumir.

### **12. Consumos VS. Tráfico**

Relativamente ao consumo VS. tráfico, um dos entrevistados afirmou que “os traficantes não deixavam vocês terem o produto.” (Entr. PA), visto que “Isso garanto eu, mas em qualquer lado, porque estão a estragar-lhes os clientes.” (Entr. PA).

### **13. Vantagens para a Comunidade**

Quando abordado o impacto que a implementação da SCV trará para a comunidade local, os entrevistados tanto referiram impactos positivos, como impactos negativos.

Quanto aos impactos positivos, os entrevistados afirmaram que a comunidade local irá reagir de forma positiva, visto que a sala irá retirar os utilizadores de droga dos locais do consumo habituais, ou seja, da rua (Entr. PA: “Sim, sim, mas muito positivo (...) eu acho que as pessoas iam aderir bem (...) eles iam saber o que é que era aquilo (...) como é que aquilo funcionava e qual era hm o fim daquilo (...) as pessoas acho que (...) ficavam contentes.”; e Entr. AM: “ (...) iriam aplaudir (...) as salas porque (...) ia tirar o pessoal daqui hmm da vista de toda a gente (...) iriam reagir bem, aceitar.”).

Relativamente aos impactos negativos que a implementação da SCV trará para a comunidade local, os entrevistados referiram que se a sala for junto às residências, alguns dos moradores podem não aprovar e isso só irá trazer problemas (PA: “ (...) se fosse junto às residências isso já era um bocado problemático, há as crianças e assim não é. Mas junto isso nunca vai ser possível para fazer uma sala de chuto, não é, acho

que não.”; Entr. LF: “É uma generalização (...) toda a gente sabe o que é que o moço vai lá fazer. Quem entra ali, ninguém pensa que vai para mudar de vida, à partida vai para se drogar, ainda o ajudam.”; Entr. LM: “ (...) as pessoas que morem ali ao lado são capazes de não gostar muito (...) vão ter drogados na rua (...) acho que é uma questão depois também de hábito; e Entr. MB: “ (...) alguns moradores não são capazes de gostar muito (...) eles iam acabar por entender que até é melhor (...) ao início talvez não gostassem.”).

Apenas uma entrevistada referiu que, antes de se implementar a SCV, devia de se sensibilizar a comunidade local (Entr. LM: “ (...) acho que deve haver esse cuidado, de falar com os vizinho).”).

#### **14. Riscos para a iniciação dos consumos**

A maioria dos entrevistados referiu que, atualmente existem muitos utilizadores de droga jovens, com um tipo de consumo de substâncias diferentes, mais químico e sintético (Entr. PA: “ (...) há muitos chavalos. Há muitos miúdos aí, infelizmente há.”; Entr. LF: “ (...) Hoje os chavalos que consomem, já não são como os toxicodependentes de oitentas. As drogas são outras, os propósitos são outros, a filosofia de vida é outra (...) É um tipo de toxicodependência, de consumo de drogas, completamente químico (...) É preocupante já há muitos chavalos envolvidos.”; Entr. AC: “ (...) está muito pessoal novo a consumir (...) em drogas cada vez mais esquisitas, sintéticas e coisas que mandam vir (...) pela internet (...) acho que este pessoal novo sabe as coisas mas mesmo assim, arriscam (...) É uma necessidade qualquer de afirmação.”; e Entr. MB: “Hmm já vi aí uns quantos miúdos sim, chavalos não é, vinte, vinte e poucos, vinte e tais (...).”). Contudo, alguns entrevistados afirmaram que a faixa etária que mais se vê são entre os trinta e quarenta anos (Entr. LM: “ (...) Eu acho que não (...) vê-se mais a faixa etária dos trinta, quarenta, trinta, quarenta, é mais essa faixa etária (...).”; e Entr. AM: “ (...) A maioria das pessoas que eu vejo aí (...) Seus trinta anos para cima. Agora vêem-se poucos jovens (...) a consumir, é mais haxixe.”).

## 15. Partilha de Material

De acordo com metade dos entrevistados ainda existe muita partilha de material, visto que alguns dos utilizadores de droga ainda se sujeitam a pedir e partilhar seringas, filtros, entre outros materiais (Entr. PA: “ (...) acho que ainda há muita partilha, porque é assim (...) pensam que chegam aqui e que há pessoas que estão lá no sítio a consumir que têm seringas para desenrascar (...) depois sujeitam-se a usar uma máquina deles (...) se calhar, até são de mistura.”; Entr. AC: “ (...) Cada vez há mais trocas (...) ainda há muita partilha. Ainda há muito pessoal que tem ideia que hm só acontece aos outros e estão-se um bocado a marimbar para o assunto.”; e Entr. MB: “Sim, sim (...) não tanto como há uns anos, mas sim ainda tem aí alguns que vêm pedir seringas, filtros.”). Contudo, a outra metade dos entrevistados afirmaram que, atualmente, já não existe tanta partilha devido à consciencialização por parte do utilizador de droga e ao acompanhamento que as carrinhas de troca de seringas desenvolvem (Entr. LF: “Não, não, não só até pelas trocas (...) mas também pela consciencialização por parte do toxicodependente (...) até a noção de que deixou de haver necessidade de correr esse risco (...) Não é pela partilha, que não há partilha.”; Entr. LM: “Cada vez menos.”; e Entr. AM: “Não existe (...) porque hmm há este acompanhamento das carrinhas que fazem a troca (...) faz com que as pessoas utilizem material novo e não haja aquela partilha.”).

## 16. Consumos a “*céu aberto*”

Por fim, os entrevistados referiram que ainda existe muito consumo “*a céu aberto*” e material espalhado, o que é bastante preocupante, tanto para os utilizadores de droga, bem com a comunidade local (Entr. PA: “ (...) onde se vai consumir, está tudo cheio de seringas, com bicos, uma pessoa a passar se não tiver cuidado que se pode espetar e é um grande problema (...) É pessoas que é à porta de casa deles, vão consumir para as escadas.”; Entr. AC: “ (...) o consumir na rua (...) é seringas no chão, é sujidade, é overdoses.”; Entr. AM: “ (...) pessoas andarem a consumir hm na rua, a consumir hmm em locais assim.”; e Entr. MB: “ (...) o que anda para aí espalhado (...) É seringas, é lixo, uma sujidade, sangue (...) Há pessoas que não tem noção (...) consomem mesmo com os miúdos a passar por aqui.”). Contudo, um entrevistado afirmou que mesmo que a SCV seja implementada, os consumos “*a céu aberto*” continuariam a existir, visto que

não será possível deslocar todos os utilizadores de droga para a sala (Entr. LF: “ (...) o prazer ou a busca pelo prazer, o atenuar o sofrimento é mais importante e é ao segundo (...) então deslocar todos os consumidores para as salas de chuto e isso não vai acontecer, é impensável (...) portanto acabar com esta exposição, com estes consumos de rua, nunca mais.”).

## Capítulo VI. Síntese Integrativa

Tendo em conta que a presente investigação está inserida no âmbito do Mestrado em Intervenção Comunitária, primeiramente, devemos realçar a sua importância no desenvolvimento da investigação.

A intervenção comunitária potencia práticas que assentam no desenvolvimento de valores comunitários, ou seja, na cooperação, comunicação, solidariedade e participação. Assim sendo, é crucial ter em conta a diversidade e os direitos humanos (Fernández, 2009, p.2).

Como já foi referido, o público-alvo em questão para além de ser um público bastante complexo, necessita de total apoio, visto que é discriminado constantemente e tem pouco suporte social.

Após formularmos a pergunta de partida (*“Quais são as representações dos utilizadores de droga acerca das Salas de Consumo Vigiado?”*), desenvolvemos os objetivos gerais (compreender conceitos como droga e toxicod dependência e captar as representações dos utilizadores de droga sobre a Sala de Consumo Vigiado) e objetivos específicos (analisar a importância da Sala de Consumo Vigiado; identificar as vantagens e desvantagens da Sala de Consumo Vigiado para os utilizadores de droga; e, ainda, conhecer a perspetiva dos utilizadores de droga sobre a Sala de Consumo Vigiado), que foram todos concretizados, através das leituras efetuadas e da investigação empírica.

Desta forma, com a realização das entrevistas individuais em profundidade a seis utilizadores de droga, tendo em conta o género, idade e tempo de consumo (curto, médio e longa duração), concluímos que os mesmo sentem a necessidade de expressarem a sua opinião face ao fenómeno da droga e das toxicod dependências.

Após a análise de conteúdo categorial realizada, procedemos à análise de interpretação dos dados.

Verificamos que quanto à representação da SCV, os entrevistados referem que terá de ser um local onde houvessem pessoas especializadas e todo o material necessário para consumir; quanto à sua localização, tanto foi referido que tinha de ser perto do local de tráfico, ou seja, no Bairro, visto que o utilizador de droga não se irá deslocar devido a querer consumir de imediato. Contudo, houve quem afirmasse que teria de ser



na periferia dos Bairros; quanto à maior dificuldade, concluímos que é a burocracia de Portugal que faz com que atrase a implementação da SCV, que já se encontra na lei desde 2001, ou seja, há 16 anos; relativamente ao consumo de drogas, a maioria dos entrevistados afirma que poderia existir um aumento; quanto aos modelos das SCV, os entrevistados, maioritariamente, referiram que devia de se optar pela SCV Especializada; relativamente à deslocação às SCV, concluímos que, segundo os entrevistados, faziam-no assiduamente, visto que sentem a necessidade de ir consumir à sala em vez de consumirem na rua; mesmo com a implementação da SCV as equipas de rua, para os entrevistados existirão na mesma, pois as carrinhas de troca de seringas fazem um trabalho importante e essencial no acompanhamento dos utilizadores de droga; relativamente aos cuidados de saúde, os entrevistados referiram que com a implementação da SCV existirá uma maior higiene, os hematomas serão tratados imediatamente e as overdoses serão quase inexistentes; quanto ao impacto e interesse que a sala trará para com a comunidade local, os entrevistados referiram que será um impacto positivo, porque a sala irá retirar os consumos visíveis e as ruas ficam muito mais limpas; concluímos que o consumo jovem está a crescer, com um tipo de consumo de substâncias diferentes, mais químico e sintético; a partilha de material, não é um consenso por parte dos entrevistados, alguns dos entrevistados afirmam que existem utilizadores de droga que ainda se sujeitam a pedir e partilhar seringas, filtros, entre outros materiais, contudo outros entrevistados afirmam que através das equipas de rua e da consciencialização do próprio utilizador de droga, já não existe tanta partilha; por fim, os entrevistados referiram que ainda existe muito consumo a “*céu aberto*” e material espalhado, o que é bastante preocupante, tanto para os utilizadores de droga, bem com a comunidade local.

No decorrer da investigação surgiram temas importantes para uma posterior análise, sendo eles: a qualidade da substância e o impacto que o tráfico terá com a implementação da SCV.

Relativamente à qualidade da substância, os entrevistados afirmaram que será importante analisar a substância para os utilizadores de droga terem noção do que estão a consumir, assim sendo, devia de existir um teste onde se possa medir a quantidade de percentagem da substância. Sobre o impacto do tráfico, o facto de a substância ser obtida dentro da SCV poderá ser benéfica para a saúde dos utilizadores de droga, visto que assim sabes especificamente o que estão a consumir, contudo, segundo os entrevistados, iria ser impossível. Já quanto ao consumo VS. tráfico, um dos

entrevistados afirmou que os traficantes não deixarem a substância ser obtida dentro da SCV, visto que a estrutura estaria a retirar os clientes aos traficantes.

Desta forma, faz-nos questionar sobre uma eventual SCV que forneça a substância, com o objetivo de os utilizadores saberem especificamente o que estão a consumir. Deste modo, estaríamos, de certa forma, a *“legalizar o tráfico”* e a retirar clientes aos traficantes.

Através dos resultados obtidos no decorrer da investigação percebemos que não existe um consenso entre os utilizadores de droga perante a implementação da SCV. Ao longo das entrevistas, foi verificada uma reprodução do discurso dominante por parte dos utilizadores de droga, ou seja, a sua maioria, nas respostas que deram durante a entrevista, foram ao encontro do discurso do senso comum sobre a implementação da SCV.

Por tudo o que mencionamos anteriormente, consideramos que é pertinente uma maior aproximação com os utilizadores e existir um trabalho interdisciplinar, de modo a organizar e inovar estratégias de apoio, com o objetivo de consciencializar as pessoas para que seja possível a implementação da SCV, ou seja, combater as fronteiras que existem para uma melhor qualidade de consumo e de saúde dos utilizadores de droga, envolvendo a comunidade.

## **PARTE III. PROJETO DE INTERVENÇÃO**

## Capítulo VII. Desenho do Projeto de Intervenção

Como já foi referido, a presente investigação assume a forma de Trabalho de Projeto, assim sendo, tem como objetivo o desenho e/ou uma intervenção concreta, neste caso sobre o fenómeno da drogas e das toxicodependências.

Um projeto de intervenção é uma proposta de ação tendo como base a conceção teórico-metodológico e trata-se de um instrumento importante para dar visibilidade ao profissional e à negociação das ações no âmbito institucional.

Através do tema, do objetivo geral (captar as representações dos utilizadores de droga sobre as SCV) e objetivos específicos (analisar a importância da SCV; identificar as vantagens e desvantagens da SCV para os utilizadores de droga; e conhecer a perspectiva dos utilizadores de droga sobre a SCV), e ainda, das conclusões retiradas através das entrevistas realizadas a utilizadores de droga, pretendemos desenvolver um Projeto de Intervenção.

De modo a interligar os objetivos gerais e específicos da investigação, desenvolvemos um Projeto de Intervenção. A sua localização será na cidade do Porto, e as parcerias que temos previsto são a Câmara Municipal do Porto, Fundação Porto Social, Juntas de Freguesia e SICAD. Destina-se à intervenção de utilizadores de droga para com a comunidade, mais concretamente Presidentes das Juntas de Freguesia, Presidentes de Associações de Moradores, Pároco, entre outros.

O presente Projeto pretende devolver a informação fornecida pelos entrevistados, de forma a apresentar-lhes os resultados obtidos e pedir-lhes a opinião sobre o Projeto de Intervenção.

As principais vertentes do projeto são: “*dar voz*” ao utilizador de droga e o debate público entre representantes políticos, sociais e comunitários e os utilizadores de droga. Inicialmente, pretendemos abordar temas direcionados às SCV unicamente com os utilizadores de droga, de forma a percebermos o que é que os próprios pensam sobre a implementação desta estrutura, se é viável ou não, sendo a sua opinião fundamental. Posteriormente, a realização do debate público entre representantes políticos, sociais e comunitários e os utilizadores de droga é pertinente no sentido de os mesmos expressarem as suas opiniões.

O Projeto de Intervenção segue uma linha de metodologia participativa, pois a intervenção dos utilizadores de droga é fundamental, visto que serão os mesmos que vão orientar as sessões de atividades. O projeto já contém algumas atividades, contudo inicialmente, realizaremos uma reunião de brainstorming unicamente com os utilizadores de droga de forma a devolver a informação fornecida, os resultados obtidos, apresentar e discutir o projeto, de modo a pedir-lhes a sua opinião. Mais tarde, faremos uma reunião de brainstorming com os representantes políticos, sociais e comunitários, com o objetivo de lhes apresentarmos o Projeto de Intervenção e discutirmos os principais problemas sentidos pela comunidade.

Quanto à avaliação, o projeto passará por uma avaliação contínua, através de relatórios de cada atividade escritos pelo coordenador; inquéritos no final de cada atividade realizada, para saber o nível de satisfação dos utilizadores de droga e/ou líderes sociais; e, ainda, reuniões semanais com a equipa multidisciplinar (educadora social, enfermeiro e psicólogo) que dirige o projeto, para constante avaliação e remodelação, se assim for necessário. Terá a durabilidade de um ano, sendo que poderá ser renovado ou alargado para outras zonas da cidade do Porto, dependendo dos resultados e da avaliação.

Passaremos à apresentação e planificação das atividades descrevendo cada uma com os seus respetivos objetivos, recursos, destinatários, local e frequência, como podemos verificar na seguinte tabela

**Tabela 3. Planificação das Atividades do Projeto de Intervenção**

<b>Atividade</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Destinatários</b>	<b>Local</b>	<b>Duração</b>
<b>Reunião de brainstorming</b>	Apresentar e discutir o projeto.	Enfermeiro; Educadora Social; Psicólogo.	Utilizadores de droga	A designar	Uma vez
<b>Importância da Sala de Consumo Vigiado</b>	Perceber qual a importância da SCV.	Enfermeiro; Educadora Social.	Utilizadores de droga	A designar	Uma vez por semana
<b>Localização da Sala de Consumo Vigiado</b>	Caraterizar os locais para a SCV.	Educadora Social; Psicólogo.	Utilizadores de droga	A designar	Uma vez por semana
<b>Modelo da Sala de Consumo Vigiado</b>	Compreender qual o modelo da SCV mais adequado.	Enfermeiro; Educadora Social; Psicólogo	Utilizadores de droga	A designar	Uma vez por semana
<b>Cuidados de saúde</b>	Identificar os principais problemas.	Enfermeiro; Educadora Social	Utilizadores de droga	A designar	Uma vez por semana
<b>Reunião de</b>	Apresentar e discutir o	Enfermeiro; Educadora	Presidentes das Juntas de		

<b>brainstorming</b>	projeto; Identificar os principais problemas sentidos pela comunidade local.	Social; Psicólogo.	Freguesia, Pároco, Presidentes de Associação de Moradores	A designar	Uma vez
<b>Debate Público</b>	Perceber a visão dos utilizadores de droga e representante s políticos, sociais e comunitários acerca da SCV.	Enfermeiro; Educadora Social; Psicólogo.	Utilizadores de droga e Presidente da Junta de Freguesia, Pároco, Associação de Moradores	A designar	Uma vez

## Bibliografia

Agra, C. (1998). *Entre Droga e Crime: Actores, Espaços e Trajectórias*. Lisboa: Editorial Notícias.

Albarello *et al.* (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Almeida, L. & Freire, T. (2008). Procedimentos: planos e amostras. In Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições, pp.77-129.

Baptista, I. (coord.), 2014. *Instrumento de Regulamentação Ético-Deontológica: Carta Ética*. Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.

Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependência*, 15 (1). 33-42.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bodgan, R. & Birklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Canário, C. & Ricou, M. (2007). A redução dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas como medida de humanização da saúde. In R. Nunes & C. Brandão (Eds.), *Humanização da saúde* Coimbra: Gráfica de Coimbra. Universidade Portucalense Infante D. Henrique. 69-92. Disponível em <http://hdl.handle.net/11328/299>

Câncio, F. (2017, maio 26). Decisão sobre as salas de consumo assistido de drogas até ao final do ano. *Observador*. Disponível em:



<http://observador.pt/2017/05/26/decisao-sobre-salas-de-consumo-assistido-de-drogas-ate-ao-final-do-ano/> no dia 6 de setembro de 2017.

Capucho, J. (2016, março 8). Lisboa e Porto estudam a criação das primeiras salas de chuto do País. *Diário de Notícias*. Disponível em: <http://www.dn.pt/portugal/interior/lisboa-e-porto-estudam-a-criacao-das-primeiras-salas-de-chuto-do-pais-5065828.html> no dia 6 de setembro de 2017.

Cardoso, C. (2001). “Droga”: um problema de saúde pública. Universidade do Porto, 3 (4). 9-17.

Carlini, E.; Nappo, S.; Galduróz, J. & Noto, A. (2001). Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*, 3. 9-35.

Coelho, R. (2016, novembro 4). Câmara de Lisboa deixa cair projeto da sala de chuto. *Diário de Notícias*. Disponível em: <http://www.dn.pt/sociedade/interior/camara-de-lisboa-deixa-cair-projeto-da-sala-de-chuto-5478641.html> no dia 6 de setembro de 2017.

Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar – como a redução de riscos se fez incontornável. *Revista Toxicodependência*, 11 (2). 65-72.

Decreto-lei nº 183/01 de 21 de junho. Diário da República nº142 – I Série – A. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

Dolan, K.; Kimber, J.; Fry, C.; Fitzgerald, J.; McDonald, D. & Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 10. 337-346.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016). *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on drugs)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2017. *Portugal: Country Drug Report 2017*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferreira, J. (2016, março 7). Porto debate criação de sala de consumo assistido de drogas. *TSF Rádio Notícias*. Disponível em: <http://www.tsf.pt/sociedade/interior/porto-debate-criacao-de-sala-de-consumo-assistido-de-drogas-5064443.html> no dia 6 de setembro de 2017.

Fernandes, J. (1990). *Os pós-modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*. Provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/15119>

Fernandes, L. (1998). *O Sítio das Drogas: Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Lisboa: Editorial Notícias.

Fernández, X. (2009). *Intervenção Comunitária e Práticas de Inclusão*. Cadernos de Estudo Saber e Educar 14. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, 1-8.

Foddy, W. (1996). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Fonseca, L. (2016, julho 8). Assembleia Municipal do Porto rejeita criação de sala de consumo assistido de drogas. *Observador*. Disponível em: <http://observador.pt/2016/07/08/assembleia-municipal-do-porto-rejeita-criacao-de-sala-de-consumo-assistido-de-drogas/> no dia 6 de setembro de 2017.

Fonte, C. (2006). Comportamentos Aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Universidade Fernando Pessoa, 104-112.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Gomes, M. (2016, julho 1). PSD prepara-se para o debate sobre salas de consumo assistido. *Público*. Disponível em: <https://www.publico.pt/2016/07/01/local/noticia/psd-preparase-para-o-debate-sobre-salas-de-consumo-assistido-1736964> no dia 6 de setembro de 2017.

Gondim, S. (2003). Grupos Focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, 12 (24). 149-161.

Greenwood, E. (s.d.). Métodos de investigação empírica em Sociologia. *Revista Mexicana de Sociologia*, XXV (2). 541-574.

Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo, sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). *Plano de Acção – Horizonte 2008: Relatório de Avaliação Interna*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Macedo, T. (2000). Contributo das Neurociências para a Compreensão da Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 6 (3). 3-16.

Mata, L. & Fernandes, L. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7 (1). 1-25.

Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. (2014). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2014*. Lisboa: Direção de Serviços de Apoio Técnico e Documentação.

Nunes, A. (2003). *Representação Social da Relação Droga-Crime*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.

Nunes, L. (2007). *O uso de drogas: Breve análise histórica e social*. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 230-237.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2000. *Comunicado: Consumo Problemático de Droga – Padrões em Mudança*. Lisboa: Agência Europeia de Informação sobre Droga.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2017. *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Poiars, A. (2001). Variações sobre a droga. *Revista Toxicodependências*, 7 (2). 67-75.

Poiorier, J. (1999). *Histórias de Vida, teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Presidência do Conselho de Ministros (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*. Lisboa: Diário da República – II Série.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rosa, I. (2017, janeiro 28). A solução necessária que em 16 anos de lei nunca avançou. *Diário de Notícias*. Disponível em: <http://www.dn.pt/sociedade/interior/a-solucao-necessaria-que-em-16-anos-de-lei-nunca-avancou-5633350.html> no dia 6 de setembro de 2017.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*

2013-2020. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Silva, A. & Pinto, J. (Eds.). (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

Silvestre, A. (2004). *Desvio com Via Dupla: Trabalho e Drogas na Construção de Carreiras Desviantes*. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/23433>

Souza, F. & Souza, D. (2011). Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet. *Internet Latent Corpus*, 2 (1). 2-5.

Valério, M. (2009). Impacto da criação de salas de consumo vigiado no sentimento de insegurança das populações: exploração teórica inicial. Instituto Superior Politécnico de Gaia: Lusíada. *Intervenção Social* (35). 113-130.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Wood, J.; Kerr, T.; Li, K.; Marsh, D.; Montaner, J. *et al.* (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (1). 731-734.

## **ANEXOS**

**Anexo I. Legislação – Decreto-lei nº 183/2001 de 21 de junho**

Disponível

em:

[http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/PORI/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOS/Attachments/14/Decreto-Lei\\_n%C2%BA\\_183\\_2001.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/PORI/Lists/SICAD_DOCUMENTOS/Attachments/14/Decreto-Lei_n%C2%BA_183_2001.pdf)

## **Anexo II. Guião de Entrevista**

### **Guião de entrevista aos Utilizadores de Droga**

A presente entrevista surge no âmbito da realização do Trabalho de Projeto, integrada no Mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Esta entrevista tem como principal objetivo recolher informações para conhecer as representações dos entrevistados acerca da possível implementação da Sala de Consumo Vigiado.

Não existem respostas certas ou erradas e é garantida a total confidencialidade.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

#### **Questões operacionais:**

- O conteúdo da entrevista terá um carácter confidencial.
- Será solicitada uma breve apresentação do entrevistado.
- Se não houver oposição por parte do entrevistado, as entrevistas serão gravadas em áudio.

#### **Objetivos da entrevista:**

1. Caracterizar o perfil do entrevistado;
2. Conhecer a perspetiva do utilizador de droga acerca da Sala de Consumo Vigiado;
3. Recolher informação sobre as vantagens e desvantagens da Sala de Consumo Vigiado;
4. Identificar as perceções e impressões dos utilizadores de droga;
5. Contribuir para a reflexão sobre a importância da Sala de Consumo Vigiado.



### Questões:

1. Já ouviu falar de Salas de Consumo Vigiado? O que pensa sobre isso?
2. E quanto à sua localização, esta seria onde?
3. Este assunto já foi abordado em conversas com os seus amigos? O que é que pensam sobre o assunto?
4. Pensa que a criação dessas salas é do interesse de toda a comunidade ou apenas dos consumidores de droga?
5. Qual é a maior dificuldade para a implementação das salas? Porquê?
6. Acha que o funcionamento dessas salas poderia contribuir para a diminuição ou para o aumento do consumo de drogas? E para garantir a qualidade da substância que são vendidas? Qual o modelo de Sala de Consumo Vigiado acha mais adequado?
7. Frequentaria essas salas? E os seus amigos?
8. Com a existência das Salas de Consumo Vigiado, acha que as equipas de rua de Redução de Risco e Minimização de Danos existia na mesma?
9. Acha que as salas poderiam contribuir para um melhor cuidado de saúde dos consumidores de droga? Por exemplo em que situações?
10. Acha que existe muita partilha de material?
11. Atualmente existe um maior consumo de jovens?
12. A que atribui o atraso na implementação de Salas de Consumo Vigiado, dado que está prevista na lei desde 2001?
13. Qual será o impacto que esta sala trará para a comunidade local?





