

Daniela Gomes

Salas de Consumo Assistido: O que dizem os profissionais?

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2020

Daniela Gomes

Salas de Consumo Assistido: O que dizem os profissionais?

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2020

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Licenciatura em Criminologia

Salas de Consumo Assistido: O que dizem os profissionais?

A Aluna

(Daniela Sofia Moreira Gomes)

Projeto de Graduação apresentado à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do Grau de Licenciatura em Criminologia, sob a orientação do Professor Doutor Luís Santos.

Resumo

A problemática da toxicodependência é complexa, dinâmica e transversal. Constitui um dos mais graves problemas de saúde pública, a nível mundial, e acarreta diversas consequências negativas, não raras vezes, irreversíveis para as suas vítimas. O presente projeto assenta numa metodologia qualitativa e tem como objetivo geral explorar, através da realização de entrevistas em profundidade, as posições de atores sociais com experiência profissional na área da toxicodependência em torno da emergência, funcionamento e resultados até agora conhecidos relativamente às salas de consumo assistido.

Palavras-Chave: Salas de Consumo Assistido, Toxicodependência, Drogas, Consumo.

Abstract

The problem of drug addiction is complex, dynamic and cross-cutting. It is one of the most serious public health problems in the world and has a number of negative, often irreversible consequences for their victims. This project is based on a qualitative methodology and has as its general goal to explore, through in-depth interviews, the positions of social actors with professional experience in the area of drug addiction around the urgency, functioning and results so far known in regards to drug consumption rooms.

Key-words: Drug Consumption Rooms, Drug Addiction, Drugs, Consumption.

Ao meu pai (in memoriam).

Agradecimentos

A elaboração do presente Projeto de Graduação não seria possível sem o apoio de alguns intervenientes. Posto isto, agradeço a todos os que sempre me apoiaram e contribuíram para a realização e concretização desta etapa final na minha formação, o I Ciclo de Estudos em Criminologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a todos os docentes que fizeram parte da minha formação. Nunca esquecerei os conhecimentos, valores e motivação transmitidos.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador, Professor Doutor Luís Santos, agradeço as suas valiosas contribuições, a sua dedicação, o seu apoio. Obrigada por ter feito parte desta etapa final e importantíssima na minha formação.

Às minhas amigas de sempre, Tatiana, Adelaide e Ana, por estarem presentes em todas as etapas da minha vida.

Por fim, agradeço à minha família, especialmente à minha mãe, sem a qual nada disto teria sido possível. Ao meu pai, que, infelizmente, partiu a meio deste percurso, mas que certamente estará orgulhoso.

Ao meu namorado, obrigada por me teres feito sentir capaz de superar qualquer desafio e por estares sempre do meu lado a 100%.

A todos, muito obrigada!

Índice Geral

Introdução	12
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. Enquadramento Legal do Consumo de Estupefacientes	15
2. Salas de Consumo Assistido	19
2.1. Definição	19
2.2. Objetivos	20
2.3. Serviços oferecidos	20
2.4. Características	21
2.5. Disponibilidade no mundo	22
2.6. Eficácia provada	23
2.7. O caso português	25
CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	29
2. Metodologia	30
2.1. Proposta de intervenção	30
2.2. Objetivo Geral	32
2.3. Objetivos Específicos	32
2.4. Método	32
2.5. Participantes	33
2.6. Instrumentos e Materiais	33
2.7. Procedimentos	34
3. Apresentação e Discussão dos Resultados Esperados	34
Conclusão	36
Referências Bibliográficas	37
ANEXOS	41

Índice de Siglas

ARS – Administração Regional de Saúde

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Índice de Anexos

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

Anexo B – Guião de Entrevista

Anexo C – Consentimento Informado

Introdução

O consumo de drogas é atualmente um dos maiores responsáveis pelo peso global da doença em quase todas as regiões do mundo (Ferros, 2011). Deste modo, por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoativas tornou-se foco de atenção mundial dada a dimensão que adquiriu e pelo seu impacto na sociedade moderna. Apesar dos inúmeros esforços desenvolvidos quer a nível internacional quer a nível nacional, a problemática da toxicodependência continua a constituir um dos maiores problemas a nível individual, familiar, comunitário e da sociedade em geral.

Assim, a redução de danos assume-se como uma componente essencial da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, assente em dois princípios: o do pragmatismo e o humanista. Do ponto de vista humanista, a redução de danos visa “preservar no toxicodependente a consciência da sua própria dignidade e constituir um meio de acesso a programas de tratamento ou de minimização da respetiva exclusão social” (Cruz, 2005, p. 67). Relativamente ao pragmatismo, pretende minimizar “os efeitos do consumo nos toxicodependentes” e salvaguardar “a sua inserção socioprofissional”, para a defesa da sociedade, “favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infectocontagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicodependência” (Cruz, 2005, p. 67). Contudo, as propostas para a implementação experimental de salas de consumo assistido nunca foram providenciadas de acordo com a regulamentação da lei aprovada.

Neste sentido, o presente projeto encontra-se dividido em duas partes: a primeira refere-se ao enquadramento teórico e a segunda é dedicada à contribuição empírica. Posto isto, após um breve enquadramento legal do consumo de estupefacientes, o projeto centra-se nas salas de consumo assistido. Por isso, apresenta-se a sua definição, objetivos, serviços oferecidos, características, disponibilidade no mundo, eficácia provada e, por fim, o caso português. Na segunda parte, referente à contribuição empírica, apresenta-se uma proposta de intervenção que visa explorar a emergência, o funcionamento e os resultados até agora conhecidos relativamente às salas de consumo assistido. Deste modo, define-se o objetivo geral e específicos, o método escolhido para o seu desenvolvimento, bem como os participantes, os instrumentos e materiais e

procedimentos necessários. Por fim, faz-se uma breve apresentação e discussão dos resultados esperados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Enquadramento Legal do Consumo de Estupefacientes

Até 1970, as drogas são encaradas como “mercadorias perigosas”, não havendo qualquer propósito de diminuir o seu consumo, bem como as consequências médico-sanitárias e sociais que lhe estão associadas (Costa, 2001a). As preocupações com o consumo e os consumidores de substâncias aditivas aparecem, pela primeira vez, no Decreto-Lei n.º 420/70 (Costa, 2001a). O mesmo alerta para os perigos que o consumo acarreta para a “saúde física e moral dos indivíduos” e na sua articulação com “fenómenos de delinquência”. Paralelamente, criminalizam-se os “atos destinados ao uso pessoal do agente”, punidos com pena de prisão até 2 anos (art.º 2, n.º 2). A par disto, pune-se aquele que “por efeito do uso habitual de estupefacientes, se torne perigoso para si, ou para outros, ou provoque escândalo público” (art.º 4, n.º 1) e também “o consumo na presença de terceiros com a consciência de poder incentivar ou difundir o uso de estupefacientes” (art.º 4, n.º 2). Além disto, os “toxicómanos” passam a ser submetidos ao regime do 2.º do art.º 71 do Código Penal de 1886 (art.º 4, n.º 3), isto é, são-lhes aplicáveis medidas de segurança de internamento (Costa, 2001a). Isto significa que não há vertente terapêutica, o consumidor é visto como um indivíduo socialmente perigoso que deve ser reprimido (Costa, 2001a).

Mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 792/76, que cria o Centro de Estudos de Profilaxia da Droga, traça-se o primeiro esboço de uma nova estratégia relativamente ao consumidor (Costa, 2001a). Posto isto, é adotada uma abordagem médico-social do fenómeno da toxicodependência, encarando-se o consumidor como um doente que se torna “imune, ou pouco menos, a uma imputação de culpa” (Costa, 2001a, p. 5), devido à vontade diminuída (Costa, 2001a). A resposta terapêutica adquire, assim, prevalência (Costa, 2001a). O ilícito é atenuado, passando de crime a contraordenação, pois o toxicodependente é um doente com liberdade de autodeterminação afetada e, como tal, não pode ser responsabilizado ou culpado (Costa, 2001a).

Pelo contrário, o Decreto-Lei n.º 430/83 faz uma defesa cerrada da criminalização do consumo (Costa, 2001a). O principal objetivo do preâmbulo é “a redução, até ao desaparecimento, da procura de drogas por parte dos consumidores” (p. 4015). A criminalização do consumo assume-se, assim, como o “tratamento” central do consumidor (Costa, 2001a). Este modelo é ratificado pelo Decreto-Lei n.º 15/93 que procura, novamente, fundamentar a criminalização do consumo. Enquanto que o

Decreto-Lei n.º 430/83 se refere à criminalização da aquisição e da detenção de substâncias para consumo, o Decreto-Lei n.º 15/93 criminaliza o próprio consumo (Costa, 2001a). Por isso, este último reforça a tendência punitiva do consumidor e a intolerância perante o consumo (Costa, 2001a).

Em 1998, dá-se uma mudança significativa na política de estupefacientes de Portugal. O Governo nomeia uma comissão científica para estudar o problema da toxicod dependência (Barbosa, 2009). O relatório da Comissão recomenda efetivamente uma revisão de regime legal do consumo (Costa, 2001b). Ao contrário do que seria de esperar, o Governo aprova uma Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99), que constitui um ponto de viragem na abordagem dos fenómenos da droga e da toxicod dependência (Costa, 2001b). A Estratégia assume a redução de danos como uma componente essencial do seu programa reformador (Costa, 2001b), assente em dois princípios: o do pragmatismo e o humanista, bem como propõe a descriminalização do consumo. Ou seja, o consumo deve continuar a ser proibido e punido, sob a forma de contraordenação. Ao mesmo tempo, pela primeira vez, verifica-se um desagravamento da posição do consumidor, complementado por uma estratégia multifacetada, que vai da prevenção e do tratamento, à redução de danos e à reinserção social (Costa, 2001b). Do ponto de vista humanista, a redução de danos visa “preservar no toxicod dependente a consciência da sua própria dignidade e constituir um meio de acesso a programas de tratamento ou de minimização da respetiva exclusão social” (Cruz, 2005, p. 67). Relativamente ao pragmatismo, pretende minimizar “os efeitos do consumo nos toxicod dependentes” e salvaguardar “a sua inserção socioprofissional”, para a defesa da sociedade, “favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infectocontagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicod dependência” (Cruz, 2005, p. 67).

Assim, em Portugal, só nos anos 90 surgem medidas típicas de redução de danos, como a distribuição e a troca de seringas, a administração de metadona (Costa, 2001b) e ações de apoio médico e social a grupos específicos da população toxicod dependente (Barbosa, 2009). Em larga escala, isto deve-se ao grande aumento de doenças infecciosas entre os consumidores de drogas, sobretudo os que utilizavam a via endovenosa (por exemplo: HIV, hepatites e tuberculose) e à questão urbana e da sociologia da exclusão social como “crise das periferias” (Mata & Fernandes, 2016). Além disto, deve-se à supramencionada Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga.

Posto isto, a redução de riscos refere-se às políticas que tendem a atenuar os perigos ligados ao consumo problemático de drogas, que se traduzem em problemas de saúde pública, enquanto que a minimização de danos alude às medidas que visam diminuir os prejuízos que o consumo envolve, sobretudo na perspetiva individual do consumidor (Costa, 2001b).

Contudo, só em janeiro de 2001 foi apresentada publicamente uma proposta de diploma sobre redução de danos pelo Governo (Costa, 2001b). Surge, então, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001, que aprova os 30 objetivos de luta contra a droga e a toxicodependência, e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001, que aprova o Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004 (Barbosa, 2009). Posto isto, o projeto sobre a redução de danos foi aprovado pelo Conselho de Ministros, convertendo-se no Decreto-Lei n.º 183/2001 (Costa, 2001b), tendo como objetivo principal “a criação de programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependente, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência” (p. 3594). A maioria dos programas previstos no diploma não eram uma novidade em Portugal, nomeadamente, a distribuição e a troca de seringas, os gabinetes de apoio a toxicodependentes, os centros de acolhimento e os de abrigo, as equipas de rua e a administração de metadona (Barbosa, 2009). Porém, existem dois programas verdadeiramente inovadores: a possibilidade de prestação de informação concreta sobre a composição de drogas, particularmente drogas sintéticas, em pontos de contacto e de informação, “equipados com instrumentos destinados a testar a composição e os efeitos de drogas” (art.º 31, n.º 3 e 4) e os “programas para consumo vigiado” (Capítulo X).

Apesar disto, muito do que se prometeu, em matéria de redução de danos, ficou aquém do desejado (Barbosa, 2009). Exemplo disso são as propostas para a implementação experimental dos programas de consumo vigiado que nunca foram providenciadas de acordo com a regulamentação da lei aprovada. Aliás, em 2001, o projeto de lei apresentado pelo Bloco de Esquerda sobre as salas de consumo assistido (Projeto de Lei n.º 203/VIII, de 31 de janeiro de 2001) foi debatido e recusado.

Finalmente, a Lei n.º 30/2000 consagra o regime aplicável ao consumo de drogas, assim como a proteção sanitária e social dos consumidores (Poiares, 2001). Deste modo, converte-se “o consumo, a aquisição e a detenção” (p. 6829) de drogas de crime em contraordenação (art.º 2, n.º 1) e cria-se a “Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência”, à qual compete o processamento das contraordenações e a aplicação das sanções. A par disto, reforça-se o encaminhamento do indivíduo para o tratamento (Poiares, 2001), a fim de motivá-lo para a mudança de estilo de vida. No entanto, se os toxicodependentes permanecerem no consumo, o Estado facultar-lhes condições de higiene para o fazerem (Poiares, 2001). Isto demonstra que, finalmente, a pessoa toxicodependente foi reconhecida como um indivíduo que requer apoio e não punição (Poiares, 2001). O sucesso da descriminalização poderá ser avaliado em dois parâmetros: a evolução do consumo e a evolução em termos de saúde dos consumidores (Costa, 2009).

Segundo o Relatório Anual de 2007 do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), é um facto que a taxa de prevalência de consumo ao longo da vida, na população total (15-74 anos), subiu após a descriminalização, passando de 7,8 em 2001 para 10% em 2016/2017, de acordo com o Relatório Anual de 2018 do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Em simultâneo, verificou-se a subida da taxa de prevalência dos jovens adultos (15-24 anos): de 12,6 (2001) para 14,0 (2016/2007). No entanto, importa realçar que essa tendência de subida era já anterior à descriminalização (Costa, 2009). Além disto, a taxa de prevalência do consumo no último ano (3,4 em 2001 e 5% em 2016/2017), bem como nos últimos 30 dias (2,5 em 2001 e 4% em 2016/2017) registou um ligeiro aumento. Não obstante, a taxa de continuidade sofreu uma nítida regressão, quer para a população geral (44,2 em 2001; 2,8 em 2016/2017), quer para os jovens adultos (51,7 em 2001; 4,5 em 2016/2017).

No que se refere aos casos diagnosticados de infeção por HIV ou SIDA ligados à toxicodependência, verificou-se uma tendência decrescente constante desde 2001, sendo que em 1983 existiam 28 792 casos e em 2018 registaram-se apenas 39 casos. Podemos concluir que, a descriminalização não veio a revelar-se indutora do aumento do consumo. Pelo contrário, permitiu uma melhor ligação dos consumidores problemáticos ao sistema de saúde (Costa, 2009).

Duas décadas depois, os indicadores conhecidos atestam a eficácia desta descriminalização, quer estejamos a falar de *overdoses* quer de contágio pelo HIV/SIDA entre os toxicodependentes (Faria, 2019). De acordo com o SICAD, em 1999, Portugal registou 369 mortes por *overdose*, enquanto que em 2017 registou 38. Além disto, o diagnóstico de SIDA em toxicodependentes diminuiu de 49% (1999) no total de casos para 43% em 2017.

2. Salas de Consumo Assistido

2.1. Definição

As salas de consumo assistido estão previstas no Decreto-Lei n.º 183/2001, designadas como “programas para consumo vigiado”, tal como já foi referido anteriormente. Estas instalações surgem no âmbito da política de redução de riscos e minimização de danos, que se expandiu na Europa em 1990, devido à rápida propagação do vírus HIV/SIDA, associado ao consumo epidémico de heroína e de droga injetada na década de 80 (OEDT, 2018).

As salas de consumo de droga são locais protegidos para o consumo higiénico de drogas ilícitas previamente adquiridas, num ambiente ausente de julgamentos morais e sob a supervisão de profissionais (Schatz & Nougier, 2012). Inicialmente, foram implementadas em resposta a problemas de saúde e ordem pública ligados ao consumo a céu aberto e aos mercados de droga, em cidades que já dispunham de uma rede de serviços para os toxicodependentes, mas que continuavam a ter dificuldades em resolver estes problemas (OEDT, 2018). Assim, constituem um serviço altamente especializado no campo das políticas públicas sobre drogas (Alloni & Paiva, 2017), assente numa avaliação das necessidades existentes a esse nível e determinada pelas decisões tomadas a nível municipal ou regional (OEDT, 2018). Geralmente, as instalações de consumo assistido estão situadas em zonas afetadas por problemas de consumo público e são direcionadas para subpopulações de consumidores com poucas possibilidades de se injetarem em condições de higiene aceitáveis (OEDT, 2018). Em alguns casos, certos consumidores com maior estabilidade social também utilizam estas salas por razões diversas, por exemplo, por viverem com parceiros ou familiares que não consomem drogas (Hedrich & Hartnoll, 2015 *cit. in* OEDT, 2018).

2.2. Objetivos

Estas instalações têm como objetivo principal resolver os problemas de populações específicas e de alto risco de consumidores de drogas, especialmente aqueles que consomem em público (Hedrich, 2004), ou seja, procuram reduzir o consumo de droga em espaços públicos e os respetivos problemas associados, como a presença de agulhas usadas (OEDT, 2018). Estas populações têm necessidade de cuidados de saúde essenciais que, geralmente, não são prestados por outros serviços e apresentam problemas para as comunidades locais (Hedrich, 2004). Um outro objetivo é promover o acesso a equipamentos sociais, de saúde e de tratamento da toxicodependência (OEDT, 2018). Além disto, disponibilizam um ambiente seguro que possibilita um consumo em condições de maior higiene e instruindo os consumidores sobre práticas de consumo mais seguras, visando diminuir a morbidade e a mortalidade (OEDT, 2018). As salas de consumo têm objetivos de saúde e de ordem e segurança pública (Öner, 2014). De acordo com Hedrich (2004), os principais objetivos destas instalações são: a) atingir o máximo possível da população-alvo; b) fornecer um ambiente seguro que permita um menor risco e mais higiene no consumo de drogas; c) reduzir a mortalidade e morbidade na população-alvo; d) estabilizar e promover a saúde dos consumidores; e) reduzir o uso público de drogas e os incómodos associados; e f) e evitar o aumento da criminalidade dentro e nas proximidades das instalações.

2.3. Serviços oferecidos

De um modo geral, as salas de consumo de droga disponibilizam aos consumidores material de injeção esterilizado, serviços de aconselhamento antes, durante e após o consumo, cuidados de emergência em caso de *overdose*, bem como cuidados de saúde primários e encaminhamento para serviços adequados de assistência médico-social ou de tratamento da toxicodependência (OEDT, 2018). Uma análise de 62 instalações de consumo de droga em sete países europeus (Woods, 2014) mostrou que essas instalações prestam uma vasta gama de serviços de apoio. Além de fornecerem material de injeção limpo e aconselhamento em matéria de educação para a saúde e de encaminharem os utentes para tratamento e outros tipos de assistência, 60 a 70 % das

instalações permitem aceder a cuidados de saúde primários, prestados por enfermeiros ou médicos. Entre os serviços frequentemente fornecidos, incluem-se: colocação à disposição de café/chá e pão, refeições quentes, duches e lavagem de roupa.

O mesmo inquérito (Woods, 2014) revelou que, em média, as instalações disponibilizam sete espaços para consumo assistido de droga injetada (variando entre um e 13 espaços individuais) e quatro espaços para fumar/inalar. Mais de metade das instalações prestam este serviço diariamente, estando abertas, em média, durante oito horas por dia. O número de visitantes diários variou consideravelmente — entre 20 e 400 —, sendo que seis das 33 instalações atenderam mais de 200 utentes por dia. As instalações de tratamento da toxicod dependência foram identificadas, a par da polícia, como as principais fontes de encaminhamento. Um inquérito *online* realizado pela Rede Internacional de Salas de Consumo Assistido de Droga (*International Network of Drug Consumption Rooms* - INDCR) analisou, entre outras, as profissões representadas nas salas de consumo. A maioria das equipas incluía enfermeiros e assistentes sociais, mas os médicos estiveram representados em quase metade das equipas e o pessoal de segurança num terço das equipas das salas de consumo (Belackova et al., 2017).

2.4. Características

As salas de consumo assistido possuem várias características em comum, independentemente da sua localização (OEDT, 2018). Por exemplo, o seu acesso está normalmente restringido a utentes registados e sujeito a certas condições, por exemplo, de idade mínima (18 anos) e local de residência (Hedrich, 2004). De um modo geral, funcionam em zonas distintas das cidades como dependências de instalações preexistentes para consumidores de droga ou pessoas sem-abrigo, mas algumas são unidades autónomas (OEDT, 2018). Estão, na sua maioria, direcionadas para os consumidores de droga injetada (Öner, 2014), embora incluam cada vez mais consumidores que fumam ou inalam as drogas (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). Em termos globais, existem três modelos de salas de consumo de droga em funcionamento na Europa: instalações integradas, especializadas e móveis (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). As instalações integradas são o modelo mais comum e, simultaneamente, mais completo, pois as salas de consumo evoluíram, frequentemente,

como parte de uma rede de serviços mais ampla, sendo fisicamente integradas nas instalações de atendimento para sem-abrigos já existentes (Öner, 2014). A supervisão do consumo é fornecida numa área separada das instalações, onde o acesso é controlado e aberto apenas a um grupo limitado de pessoas, como apenas um dentre muitos outros serviços prestados (Hedrich, 2004).

As salas de consumo especializadas têm uma oferta de serviços mais limitada, diretamente relacionados com o consumo assistido, nos quais se incluem o fornecimento de materiais de injeção esterilizados, o aconselhamento sobre cuidados de saúde e práticas de consumo mais seguras, a intervenção em caso de emergências e a disponibilização de um espaço onde os consumidores podem ficar sob observação após o consumo (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). Estão localizadas em áreas de maior consumo, como estações ferroviárias, e encontram-se estrategicamente mais próximas dos restantes serviços de saúde (Alloni & Paiva, 2017). Neste modelo, pretende-se atingir aqueles que, por várias razões, não estão em contacto com os serviços tradicionais de tratamento de drogas (Hedrich, 2004). As unidades móveis existem apenas em três países europeus: Espanha (Barcelona), Alemanha (Berlim) e Dinamarca (Copenhaga), as quais permitem uma prestação de serviços flexível em termos geográficos, mas que geralmente atendem menos utentes do que as instalações fixas (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). Este modelo foi desenvolvido para abordar o consumo de drogas a céu aberto nas proximidades dos locais de venda de drogas, assim como foi formulado para responder às necessidades de consumidores de cidades grandes, locais de pouca presença dos serviços de saúde e de difícil acesso (Alloni & Paiva, 2017).

2.5. Disponibilidade no mundo

A primeira sala de consumo assistido de droga foi aberta em Berna, na Suíça, em junho de 1986 (Schäffer, Stöver & Weichert, 2014). Nos anos seguintes, foram criadas instalações do mesmo tipo na Alemanha, nos Países Baixos, em Espanha, na Noruega, no Luxemburgo, na Dinamarca, na Grécia e em França (OEDT, 2018). Segundo Schäffer, Stöver & Weichert (2014), existem, aproximadamente, 90 salas de consumo assistido em todo o mundo, incluindo fora da Europa, no Canadá (Vancouver) e na

Austrália (Sydney). O Observatório Europeu de Droga e Toxicodependência (OEDT, 2018) afirma que se encontram em funcionamento 78 instalações oficiais de consumo assistido de droga em sete países europeus que transmitem dados ao Observatório, após a abertura, em 2016, das duas primeiras instalações de consumo assistido de droga em França. De forma mais detalhada, em abril de 2018 existiam: 31 instalações em 25 cidades dos Países Baixos; 24 em 15 cidades da Alemanha; 5 em 4 cidades da Dinamarca; 13 em 7 cidades de Espanha; duas em duas cidades da Noruega; duas em duas cidades de França; uma no Luxemburgo e 12 em 8 cidades da Suíça. Recentemente, Portugal tornou-se o 4.º país europeu a dispor de uma unidade móvel para consumo vigiado. Em abril de 2019 entrou em funcionamento o programa de consumo vigiado em formato móvel, de acordo com uma notícia do Público (Santos, 2019).

2.6. Eficácia provada

A eficácia das instalações de consumo assistido de droga, no que respeita ao estabelecimento e à manutenção do contacto com populações-alvo muito marginalizadas, foi amplamente documentada (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010). Este contacto permitiu melhorar de imediato as condições de higiene e proporcionar um consumo mais seguro a populações de maior vulnerabilidade social e difícil acesso (Alloni & Paiva, 2017), para além dos benefícios mais gerais em matéria de saúde e ordem públicas (OEDT, 2018). A investigação demonstrou igualmente que a utilização de salas de consumo assistido está associada a uma diminuição dos comportamentos de risco (Alloni & Paiva, 2017), como a partilha de seringas, testemunhada pelos próprios utentes (OEDT, 2018). São assim reduzidos alguns comportamentos que aumentam o risco de transmissão do HIV e de morte por *overdose* (Stoltz, et al., 2007; Milloy & Wood, 2009). Contudo, a influência das salas de consumo assistido na redução da incidência do HIV ou do vírus da hepatite C, entre a população de consumidores de droga injetada, em geral, continua a ser pouco clara e difícil de estimar (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010; Kimber, et al., 2010), em parte porque estas instalações não cobrem toda a população-alvo e também devido a problemas metodológicos que não permitem isolar o seu efeito dos efeitos produzidos por outras intervenções (OEDT, 2018).

Alguns dados fornecidos por estudos ecológicos sugerem que, quando a cobertura é adequada, as salas de consumo de droga podem contribuir para reduzir as mortes relacionadas com a droga nas cidades (Marshall, et al., 2011). Um estudo realizado em Sydney revelou que, durante o horário de funcionamento da instalação de consumo de droga injetada, havia uma diminuição das chamadas de emergência relativas a *overdoses* (Marshall, et al., 2011). A utilização de instalações de consumo também está associada a uma maior adesão aos tratamentos de desintoxicação e da toxicod dependência, incluindo o tratamento de substituição de opiáceos (OEDT, 2018). O estudo de coorte canadiano comprovou que a instalação de Vancouver estava associada a maiores taxas de encaminhamento para centros de tratamento da toxicod dependência e a maiores taxas de adesão aos tratamentos de desintoxicação e de manutenção com metadona (Wood, et al., 2007; DeBeck, et al., 2011 *cit. in* OEDT, 2018).

Os estudos de avaliação observaram um impacto global positivo nas comunidades onde estas instalações se encontram localizadas (OEDT, 2018). De um modo geral, os centros de tratamento da toxicod dependência com instalações de consumo assistido foram bem aceites pelas comunidades e empresas locais (Thein, et al., 2005). A sua criação foi associada a uma diminuição do consumo público de droga injetada (Salmon, et al., 2007 *cit. in* OEDT, 2018) e à redução do número de seringas abandonadas no espaço público (Wood, et al., 2004 *cit. in* OEDT, 2018). Por exemplo, em Barcelona, o número de seringas abandonadas sem qualquer proteção, recolhidas nas vizinhanças dos locais de consumo, diminuiu para um quarto, de uma média mensal de mais de 13 132 em 2004, para 3 190 em 2012 (Vecino, et al., 2013).

Em Sydney, utilizou-se uma série cronológica dos incidentes de furto e roubo registados pela polícia, para examinar o efeito produzido pela instalação sobre a criminalidade violenta e contra o património relacionada com a droga, na zona onde está situada (Freeman, et al., 2005 *cit. in* OEDT, 2018), não tendo sido encontrados quaisquer indícios de que a existência da instalação tivesse feito aumentar ou diminuir os furtos e roubos registados nas imediações. Neste sentido, um estudo efetuado por Wood e outros investigadores comparou o número mensal de acusações por tráfico de droga, assaltos e roubos — crimes comumente ligados ao consumo de droga — em Vancouver's Downtown Eastside, no ano anterior à abertura da sala de consumo assistido nessa zona e no ano seguinte à abertura, e concluiu que a implementação da

instalação não estava associada a um aumento acentuado de tais crimes (Wood, et al., 2006 *cit. in* OEDT, 2018). Em suma, a implementação de salas de consumo assistido proporciona benefícios como a melhoria da segurança e da higiene do consumo de droga (Alloni & Paiva, 2017), especialmente para os utentes regulares (OEDT, 2018), um maior acesso aos serviços de saúde e assistência social e a redução do consumo de droga em público (Salmon, et al., 2007 *cit. in* OEDT, 2018), assim como das perturbações que lhe estão associadas (OEDT, 2018).

2.7. O caso português

No âmbito da Política de Redução de Riscos e Minimização de Danos, Portugal assumiu um papel pioneiro através da já referida alteração legislativa assente em dois pilares fundamentais: a descriminalização do uso de qualquer substância ilícita (Lei n.º 30/2000) e o Decreto-Lei n.º 183/2001, que regula a redução de riscos e a minimização de danos (Machado, 2018). No entanto, Portugal perdeu a dianteira nesta área, sobretudo desde que a estrutura que tutela as políticas das drogas começou a desmoronar-se, isto porque, no início de 2012, o governo extinguiu o IDT e substituiu-o pelo SICAD, pulverizando as competências que lhe estavam acometidas entre a nova direção-geral e as cinco administrações regionais de saúde (Faria, 2019). Por outro lado, a implementação da legislação na prática não se concretiza na sua plenitude, nomeadamente no que diz respeito às salas de consumo assistido, tal como já referido anteriormente. Deste modo, o modelo português de descriminalização do consumo de drogas, assim como a política de redução de danos promissora, altamente referenciado por muitos países desenvolvidos no que respeita ao tema, ficou aquém do desejado (Machado, 2018).

O relatório do OEDT (2018) menciona que em abril de 2018 foram anunciadas, em Lisboa, as localizações e a área de operação de dois equipamentos fixos e de uma unidade móvel de consumo assistido, esperando-se que a sala de consumo móvel entrasse em funcionamento antes do final do ano. As outras duas deveriam entrar em atividade no início de 2019. De facto, uma notícia no Público (Guarita, Rodrigues & Silva, 2018)¹ dá conta da localização das instalações. Deste modo, a sala de consumo

¹ <https://www.publico.pt/multimedia/interactivo/salas-de-consumo>.

móvel atuará nas freguesias de Arroios, Santa Maria Maior e Beato e terá, num espaço reduzido, as mesmas valências das estruturas fixas. Deverá circular pela cidade e parar em locais pré-definidos, conseguindo chegar a um maior número de pessoas, à semelhança das unidades móveis de Barcelona, Berlim e Copenhaga. Uma das instalações fixas, por sua vez, estará localizada na rua do Arco de Carvalhão, um local onde o consumo de drogas prevalece há décadas. A outra sala de consumo fixa ficará sediada no Lumiar, na rua n.º 10 do PUAL (Plano de Urbanização do Alto Lumiar), uma vez que esta zona da cidade tem também um longo historial de problemas com o consumo de droga. Além disto, apresentam-se as principais valências das instalações, que passam pela higiene e alimentação, informação e educação, seringas e material descartável, apoio social e medicamentos e tratamentos. Ao nível técnico, em cada sala existe um responsável técnico, que deve ser um profissional da área psicossocial; um técnico de saúde, pois a equipa de apoio deve incluir pelo menos um enfermeiro ou outro profissional de saúde, para prestar primeiros socorros em caso de emergência (como *overdose*); outros técnicos, como médicos, equipas de investigação e monitorização (pode haver parcerias com universidades), e técnicos de limpeza; voluntários, para, por exemplo, vigiar o consumo, prestar auxílio em caso de necessidade; e parcerias, isto é, poderão ser apresentadas propostas de parceria com outras instituições de saúde, em articulação com a Polícia de Segurança Pública e a Polícia Municipal. João Goulão, presidente do SICAD, afirma ainda que as salas de consumo assistido voltam a fazer sentido, por existir “um grupo muito significativo de cidadãos que têm circunstâncias degradantes de utilização de drogas”. Isto porque, de acordo com a notícia, “há 17 anos que as salas de consumo vigiado estão contempladas na legislação portuguesa, mas a descida do número de consumidores por via injetável e a falta de abertura política inviabilizaram-nas”².

Contudo, apenas em abril de 2019 entrou em funcionamento o programa de consumo vigiado em formato móvel, de acordo com uma notícia do Público (Santos, 2019), já supramencionado. A mesma notícia refere que a primeira sala de consumo vigiado de drogas em Lisboa deveria entrar em funcionamento no primeiro trimestre de 2020. Mais uma vez, a promessa não foi cumprida. Antes de abrir a primeira sala móvel de consumo de drogas de Portugal, em Lisboa, no ano de 2017, foram coletadas informações de consumidores de drogas e membros da comunidade local, para

² <https://www.publico.pt/multimedia/interactivo/salas-de-consumo>.

determinar as necessidades existentes e moldar a intervenção. Deste modo, foram aplicados questionários, em comunidades identificadas como potenciais locais de intervenção, a 72 pessoas com mais de 18 anos que relataram uso de drogas injetáveis naquele momento. Os resultados obtidos (Taylor, et al., 2019) revelaram que existe um alto nível de disposição para utilizar a sala de consumo assistido (89%), principalmente por razões de higiene (100%), privacidade e segurança (89%). Aliás, a maioria dos participantes expressaram o desejo de utilizá-la diariamente (75%).

Em 2017, uma notícia no Público³, escrita pela jornalista Clara Viana, menciona um estudo que foi realizado pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto e que sublinha que dos 576 toxicodependentes e ex-consumidores entrevistados na rua, com uma média de idades de 44,1 anos, 98% afirmaram-se favoráveis à existência, no Porto, de uma sala de consumo assistido; 90% disseram que a utilizariam se existisse e 72% propuseram que se localizasse num local próximo dos bairros de venda e consumo. Curiosamente, o mesmo estudo demonstrou que, após contacto telefónico com 482 adultos (dois terços com mais de 65 anos), cerca de 70% concordou com a criação destas instalações e destes, 42% aceitariam que a mesmas se localizassem perto da sua zona de residência.

Neste sentido, em 2018, uma outra notícia no Público, de Natália Faria, refere que João Goulão, diretor do SICAD, defende que “seria útil avançar com uma sala de consumo assistido no Porto”⁴, dado que apesar de já estarem previstas pela Lei desde 2001, não têm existido condições políticas que permitam o seu avanço. Refere ainda que houve inúmeras recaídas entre antigos consumidores e voltou a haver população significativa a injetar com ausência total de condições de higiene, privacidade e dignidade. É assim que, no mesmo ano, é apresentada uma proposta para a criação de duas salas de consumo assistido no Porto, noticiada pelo Público (Cardoso, 2018). Deste modo, o documento propõe a criação de duas salas para consumo fumado e endovenoso. Uma fixa pensada para servir a zona ocidental do Porto — num ponto entre as imediações do antigo bairro do Aleixo, bairro da Pasteleira e bairro Pinheiro Torres — e facilmente movível, para se adaptar às dinâmicas da cidade. E uma outra móvel, para

³ <https://www.publico.pt/2017/12/14/sociedade/noticia/estudo-mostra-apoio-a-criacao-de-uma-sala-de-chuto-no-porto-1795898>.

⁴ <https://www.publico.pt/2019/05/13/sociedade/noticia/portugal-tornouse-modelo-arriscase-perder-posicoes-corrida-droga-1872334>.

fazer um percurso diário em Gaia, na zona oriental do Porto (Cerco) e no centro histórico. Na mesma notícia pode ler-se que “à semelhança do que está pensado para Lisboa, quer-se um espaço que funcione como âncora: tenha cuidados de enfermagem, cafetaria, balneário, permita acesso a estruturas sociais, de saúde, de emprego”⁵.

Recentemente, no dia 6 de julho de 2020, o executivo da Câmara do Porto aprovou o programa para consumo vigiado. Numa primeira fase, que irá decorrer durante um ano, os toxicod dependentes serão assistidos numa unidade amovível, estando prevista para o início de 2022 a disponibilização de uma unidade móvel, com um veículo adaptado, que irá percorrer as zonas mais críticas da cidade (Paulo, 2020). O projeto-piloto terá a duração de três anos e será coordenado pelo Ministério da Saúde, através da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte. Contudo, a autarquia garante que na segunda fase do projeto, desde que a “avaliação técnica da fase experimental seja favorável, proceder-se-á à abertura de um procedimento concursal promovido pelo SICAD, para o funcionamento do programa” (Agência Lusa, 2020).

⁵ <https://www.publico.pt/2018/10/05/sociedade/noticia/porto-discute-propostas-deconsumo-assistido-uma-nasceu-nas-associacoes-1846224>.

CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

2. Metodologia

2.1. Proposta de intervenção

O presente projeto foi desenvolvido no sentido de explorar a emergência, o funcionamento e os resultados até agora conhecidos relativamente às salas de consumo assistido. Assim sendo, consiste na aplicação de uma entrevista semiestruturada a um conjunto de atores sociais pertencentes à área do combate à toxicod dependência, ou seja, magistrados do Ministério Público, advogados, técnicos de reinserção social, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. Segundo o SICAD, em 1999, Portugal registou 369 mortes por *overdose*, enquanto que em 2017 registou 38. Além disto, o diagnóstico de SIDA em toxicod dependentes diminuiu de 49% (1999) no total de casos para 43% em 2017. No entanto, de acordo com uma notícia do Público (2018)⁶, João Goulão, diretor do SICAD, refere que houve inúmeras recaídas entre antigos consumidores e voltou a haver população significativa a injetar com ausência total de condições de higiene, privacidade e dignidade. Por isso, a realidade da toxicod dependência continua a ser alarmante, bem como as condições a que os consumidores estão sujeitos, daí a necessidade da implementação de salas de consumo assistido em Portugal.

Em Lisboa, no ano de 2017, foram aplicados questionários, em comunidades identificadas como potenciais locais de intervenção, a 72 pessoas com mais de 18 anos que relataram uso de drogas injetáveis naquele momento. Os resultados obtidos (Taylor, et al., 2019) revelaram que existe um alto nível de disposição para utilizar a sala de consumo assistido (89%), principalmente por razões de higiene (100%), privacidade e segurança (89%). Aliás, a maioria dos participantes expressaram o desejo de utilizá-la diariamente (75%). No mesmo ano, um estudo realizado pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto sublinha que dos 576 toxicod dependentes e ex-consumidores entrevistados na rua, com uma média de idades de 44,1 anos, 98% afirmaram-se favoráveis à existência, no Porto, de uma sala de consumo assistido; 90% disseram que a utilizariam se existisse e 72% propuseram que se localizasse num local próximo dos bairros de venda e consumo. Curiosamente, o mesmo estudo demonstrou que, após contacto telefónico com 482 adultos (dois terços com mais de 65 anos), cerca de 70% concordou com a criação destas instalações e destes, 42% aceitariam que a mesmas se

⁶ <https://www.publico.pt/multimedia/interactivo/salas-de-consumo>.

localizassem perto da sua zona de residência. Posto isto, e tendo em consideração todos os aspetos apontados anteriormente, a tomada de decisão do local de implementação, assim como os participantes deste projeto, seria no Porto e em Lisboa.

Existem grupos da população toxicodependente que têm dificuldades, que não conseguem aderir a programas estruturados de tratamento. Deste modo, as salas de consumo assistido são uma primeira etapa de proximidade e de estabelecer uma relação de confiança com esta população. Ou seja, se o nosso país for capaz de criar e de implementar estas estruturas, próximas dos locais de consumo, define uma estratégia de proximidade com a população. Além disto, esta população terá a oportunidade de consumir com menos riscos, em segurança e com condições de higiene e terá a oportunidade de estar em contacto com o profissional de saúde. Partindo destes pressupostos, tornar-se-á talvez mais fácil incutir estas estruturas aos consumidores.

Em 2001, o Decreto-Lei n.º 183/2001 define como objetivo principal “a criação de programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependente, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência”. Entre outros, são apresentados os “programas para consumo vigiado”. Porém, as propostas para a implementação experimental dos programas de consumo vigiado nunca foram providenciadas de acordo com a regulamentação da lei aprovada. Aliás, em 2001, o projeto de lei apresentado pelo Bloco de Esquerda sobre as salas de consumo assistido (Projeto de Lei n.º 203/VIII, de 31 de janeiro de 2001) foi debatido e recusado.

Apesar de no nosso país existirem programas de distribuição e troca de seringas, gabinetes de apoio a toxicodependentes, centros de acolhimento e de abrigo, equipas de rua e administração de metadona, seria extremamente importante implementar salas de consumo assistido. A partir dos resultados conhecidos internacionalmente, sabemos que se verifica uma melhoria da qualidade de vida destes grupos da população que se encontram numa situação de debilidade e de exclusão social extrema e que não têm acesso aos cuidados de saúde. Estas estruturas permitiriam que esses grupos se aproximassem de outras estruturas de saúde e que fosse possível fazer rastreios, encaminhá-los para o tratamento, encaminhá-los para cuidados sociais, ter um local para dormir, ter um local para fazer uma refeição e, sobretudo, ter a intervenção ao nível da

saúde. Assim sendo, o presente projeto visa explorar, a partir do conhecimento e da experiência profissional de um vasto conjunto de atores sociais, se possível, a sua posição relativamente a este assunto, no sentido de fornecer algumas pistas importantes para uma reflexão mais informada e atenta sobre uma realidade que, como sabemos, está longe de ser consensual na realidade portuguesa.

2.2. Objetivo Geral

O presente projeto tem como objetivo principal explorar a emergência, o funcionamento e os resultados até agora conhecidos relativamente às salas de consumo assistido.

2.3. Objetivos Específicos

De um modo mais específico, pretende-se:

1. Refletir criticamente sobre a problemática da toxicodependência;
2. Problematizar as medidas de combate à toxicodependência;
3. Discutir a emergência, o funcionamento e os resultados das salas de consumo assistido;
4. Refletir sobre a experiência dos vários atores sociais da área do combate à toxicodependência;
5. Fornecer algumas pistas importantes para uma reflexão mais informada e atenta sobre uma realidade que está longe de ser consensual na realidade portuguesa.

2.4. Método

Tendo em conta os objetivos descritos, para a sua realização, este projeto baseia-se na investigação de carácter qualitativo, com recurso à técnica da entrevista em

profundidade. A escolha desta metodologia prendeu-se ao facto de esta possibilitar a recolha de informações junto dos atores sociais que trabalham diretamente no âmbito do combate à toxicodependência, sendo que estes têm um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto.

2.5. Participantes

Os participantes deste projeto serão atores sociais com experiência profissional na área da toxicodependência, isto é, magistrados do Ministério Público e Judiciais, advogados, técnicos de reinserção social, psicólogos e assistentes sociais. O projeto pretende envolver participantes de Lisboa e do Porto, dado tratar-se de zonas do país onde foram feitos questionários à população de consumidores de droga. Assim, prevê-se entrevistar um grupo de 20 profissionais das áreas do Direito, Sociologia, Psicologia, Serviço Social, de ambos os sexos e de diferentes idades, que estejam inseridos na área do combate à toxicodependência, exercendo a sua profissão há mais de um ano, pois importa que estes tenham alguma experiência profissional para cumprir os objetivos do projeto.

2.6. Instrumentos e Materiais

Neste caso, optou-se pela entrevista semiestruturada, uma vez que o entrevistador deve conduzir a entrevista com base nas questões previamente definidas, mas este método é flexível, na medida em que permite ao entrevistador abordar questões adicionais, caso este pretenda compreender melhor determinados assuntos (Boni e Quaresma, 2005). Desta forma, será possível direcionar o entrevistado para o tema, a fim de alcançar os objetivos.

Assim, foi desenhado um questionário sociodemográfico (Anexo A), a fim de recolher variáveis como o sexo, a idade, as habilitações académicas, a profissão, a situação na profissão e, por fim, a experiência profissional na área da toxicodependência. O guião de entrevista (Anexo B), desenhado pela autora do presente trabalho e seu Orientador, compreende cinco questões exploratórias, relacionadas com os objetivos do estudo, e com possibilidade de se desdobrarem em novas questões

durante a aplicação das entrevistas, sempre que os discursos dos participantes assim o justificarem.

2.7. Procedimentos

Para a realização deste projeto, deverá, primeiramente, ser garantido o cumprimento das normas de ética partilhadas pela comunidade científica internacional. Uma vez elaborado o projeto, o mesmo será submetido à apreciação da Comissão de Ética da UFP, a qual se pronunciará quanto à sua viabilidade.

De seguida, proceder-se-á ao contacto à Direção de cada instituição alvo participante do estudo, solicitando a autorização para a realização do estudo através da entrevista semiestruturada aos profissionais das instituições, e também informando acerca dos aspetos relacionados com o estudo, como os objetivos, método a utilizar e as finalidades da pesquisa. A cada participante será disponibilizado o Consentimento Informado (Anexo C). No caso de obtenção de resposta afirmativa, iremos prosseguir com a marcação do dia, hora e local da entrevista. A entrevista será realizada de forma individual, anónima e semiestruturada e será utilizado um aparelho para gravar em áudio os conteúdos, com a autorização prévia dos participantes. Inicialmente será feita uma apresentação introdutória acerca dos parâmetros da entrevista aos participantes, procurando, ao mesmo tempo, deixá-los confortáveis de modo a facilitar o processo da recolha de dados; em segundo lugar, iremos ao centro da entrevista, seguindo-se as questões do estudo em causa, e finalmente a conclusão.

3. Apresentação e Discussão dos Resultados Esperados

No que concerne aos resultados, espera-se que a presente investigação obtenha conteúdos proveitosos para a respetiva análise, de modo a alcançar os objetivos definidos inicialmente, apoiados pela revisão bibliográfica realizada no Capítulo I do projeto. Considera-se que a utilização da entrevista semiestruturada como método de investigação, permitirá uma melhor amostra da população em análise, uma vez que os participantes serão profissionais da área da toxicodependência e, tendo em conta a

flexibilidade do instrumento, possibilitará aos entrevistados fundamentarem e aprofundarem as suas respostas, e, ao investigador, explorar o assunto.

O presente projeto procura explorar a emergência, o funcionamento e os resultados até agora conhecidos relativamente às salas de consumo assistido, dado que a realidade da toxicodependência continua a ser alarmante, bem como as condições a que os consumidores estão sujeitos.

Conclusão

Com a finalização do presente projeto, é de notar que, por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoativas tornou-se um foco de atenção mundial, dada a dimensão que adquiriu e pelo seu impacto na sociedade moderna. Apesar dos inúmeros esforços desenvolvidos, quer a nível internacional, quer a nível nacional, a problemática da toxicodependência continua a constituir um dos maiores problemas a nível individual, familiar, comunitário e da sociedade em geral. Deste modo, as políticas de redução de riscos e minimização de danos tornam-se essenciais, uma vez que tendem a atenuar os perigos ligados ao consumo problemático de drogas, que se traduzem em problemas de saúde pública e prejuízos que o consumo envolve, sobretudo na perspetiva individual do consumidor.

Assim, após a revisão bibliográfica e a proposta de contribuição empírica, constata-se que, apesar da política de redução de riscos e minimização de danos portuguesa ter obtido sucesso, existe uma população significativa a injetar-se com ausência total de condições de higiene, privacidade e dignidade. Por isso, a realidade da toxicodependência continua a ser alarmante, bem como as condições a que os consumidores estão sujeitos, daí a necessidade da implementação de salas de consumo assistido em Portugal. Além disto, as salas de consumo assistido são uma primeira etapa de proximidade e de estabelecer uma relação de confiança com esta população. Neste sentido, esta população terá a oportunidade de consumir com menos riscos, em segurança e com condições de higiene e terá a oportunidade de estar em contacto com o profissional de saúde.

Com a proposta de intervenção apresentada neste projeto, procurar-se-á explorar, a partir do conhecimento e da experiência profissional de um vasto conjunto de atores sociais, as suas posições relativamente a este assunto, no sentido de fornecer algumas pistas importantes para uma reflexão mais informada e atenta sobre uma realidade que, como se sabe, está longe de ser consensual na realidade portuguesa. De facto, existem poucos estudos, a nível nacional, sobre este tema, pelo que se espera que o presente trabalho seja uma mais-valia na área da toxicodependência.

Referências Bibliográficas

Agência Lusa (2020). *Salas de consumo assistido de drogas no Porto "só por si não resolvem nada", afirma Rui Moreira. Observador*, consultado em: <https://observador.pt/2020/07/09/salas-de-consumo-assistido-de-drogas-no-porto-so-por-si-nao-resolvem-nada-afirma-rui-moreira/>.

Alloni, R., & Paiva, L. (2017). *Salas de consumo de drogas: Situando o debate no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé.

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

Belackova, V., et al. (2017). *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*. Amsterdam: International Network of Drug Consumption Rooms.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(1), 68-80.

Cardoso, M. (2018). Há duas propostas para salas de consumo assistido no Porto. *Público*, consultado em <https://www.publico.pt/2018/10/05/sociedade/noticia/porto-discute-propostas-deconsumo-assistido-uma-nasceu-nas-associacoes-1846224>.

Costa, E., (2001). Novos rumos da política sobre drogas. *Revista toxicodependências*, 7(1), 3-15.

Costa, E., (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista toxicodependências*, 7(3), 53-58.

Costa, E., (2009). Descriminalização do consumo de estupefacientes em Portugal – Análise Preliminar. *Revista toxicodependências*, 15(3), 3-8.

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

Decreto-Lei n.º 420/70 (1970, 3 de setembro). Ministério da justiça – Gabinete do Ministro. *Diário do Governo*, I – série.

Decreto-Lei n.º 792/76 (1976, 5 de novembro). Presidência do conselho de ministros. *Diário da República*, I – série.

Decreto-Lei n.º 430/83 (1983, 13 de dezembro). Ministério da Justiça. *Diário da República*, I – série.

Decreto-Lei n.º 15/93 (1993, 22 de janeiro). Ministérios da Justiça e da Saúde. *Diário da República*, I – série – A.

Decreto-Lei n.º 183/2001 (2001, 21 de junho). Presidência do conselho de ministros. *Diário da República*, I – série – A.

Faria, N. (2019). *Portugal tornou-se um modelo, mas arrisca-se a perder posições na corrida contra a droga*. *Público*, consultado em: <https://www.publico.pt/2019/05/13/sociedade/noticia/portugal-tornouse-modelo-arriscase-perder-posicoes-corrída-droga-1872334>.

Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: afectos e psicopatologia*. Livpsic Editora.

Guarita, B., Rodrigues, C. & Silva, C. C. (2018). *As salas de “chuto” estão a chegar para “abrir a porta da cidadania” e do tratamento*. *Público*, consultado em <https://www.publico.pt/multimedia/interactivo/salas-de-consumo>.

Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Rhodes, T. e Hedrich, D. (Ed.). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 10, 305-332.

Kimber, J., et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness. In: Rhodes, T. e Hedrich, D. (Ed.). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 10, 115-163.

Lei n.º 30/2000 (2000, 29 de novembro). Assembleia da República. *Diário da República*, I – série – A.

Machado, D. F. M. T. (2018). *Salas de consumo assistido no Porto: a percepção de vários atores sociais*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Marshall, B. D., et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429–1437.

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

Milloy, M. J. & Wood, E. (2009). Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104(4), 620-621.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2007). *Relatório Anual 2007 – A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Lisboa: OEDT.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. (2018). *Perspetivas sobre as Drogas. Salas de consumo assistido de droga: Panorâmica geral da oferta e provas de eficácia*. Lisboa: OEDT.

Öner, M. (2014). An overview of drug consumption rooms. *Human Rights Review*, 8, 87-135.

Paulo, I. (2020). Porto avança com sala de consumo assistido de estupefacientes. Projeto peca por tardio, diz PS e CDU. PSD quer explicações. *Expresso*, consultado em: <https://expresso.pt/sociedade/2020-07-03-Porto-avanca-com-sala-de-consumo-assistido-de-estupefacientes.-Projeto-peca-por-tardio-diz-PS-e-CDU.-PSD-quer-explicacoes?fbclid=IwAR2o2yicbrSlz9T89o4HuSfoinWf44Mj9WdkbMr3A98onUE7u-YU9l3Sgc>.

Poiars, C. (2001). Variações sobre a Droga. *Revista toxicodependências*, 7(2), 67-75.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 (1999, 26 de abril). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I – série – B.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2001 (2001, 13 de março). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I – série – B.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 (2001, 9 de abril). Presidência do Conselho de Ministros. *Diário da República*, I – série – B.

Santos, N. F. (2019). *Primeira sala de consumo vigiado de drogas em Lisboa começa a funcionar em 2020*. *Público*, consultado em: <https://www.publico.pt/2019/10/17/local/noticia/primeira-sala-consumo-vigiado-drogas-lisboa-comeca-funcionar-2020-1890424>.

Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: models, best practice and challenges*. European Harm Reduction Network.

Schatz, E. & Nougier, M. (2012). *IDPC Briefing paper - Drug consumption rooms: Evidence and practice*. International Drug Policy Consortium.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2019). *Relatório Anual 2018 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: SICAD.

Stoltz, J. A., et al. (2007). Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health (Oxford)*, 29(1), 35–39.

Taylor, H., et al. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*.

Thein, H., et al. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 275-280.

Vecino, C., et al. (2013). Safe injection rooms and police crackdowns in areas with heavy drug dealing: Evaluation by counting discarded syringes collected from the public space. *Addictions*, 25(4), 333-338.

Viana, C. (2017). *Estudo mostra apoio à criação de uma "sala de chuto" no Porto*. *Público*, consultado em: <https://www.publico.pt/2017/12/14/sociedade/noticia/estudo-mostra-apoio-a-criacao-de-uma-sala-de-chuto-no-porto-1795898>.

Woods, S. (2014). *Drug Consumption Rooms in Europe: Organisational overview*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.

ANEXOS

Anexo B – Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

1. Tendo em conta a sua experiência profissional na área do combate à toxicodependência, gostaria que contextualizasse a emergência das salas de consumo assistido, enquanto medida pensada por um conjunto de decisores em articulação com os profissionais de terreno. Como podemos fundamentar a sua emergência e quais os objetivos a que se propõem estas salas?
 2. Do que conhece em relação às salas em funcionamento, quer em termos nacionais como internacionais, qual a avaliação que faz em termos de processo (isto é, acesso às populações, local escolhido, metodologias de intervenção) e de eficácia (ou seja, entre os resultados esperados e os obtidos)?
 3. Considera que é possível criar uma sala de consumo assistido que integre as diferentes perspetivas dos atores sociais?
 4. Como vê o futuro da intervenção em matéria de prevenção e combate em matéria de toxicodependência, sobretudo tendo em linha de consideração estarmos a falar de uma realidade profundamente dinâmica (em que todos os dias parecem surgir novas substâncias) e com sistemas de inovação e funcionamento muito pouco lineares (por exemplo, em termos de oferta e distribuição)?
 5. Por fim, gostaria de deixar à sua consideração dizer algo mais que não tivesse havido oportunidade de esclarecer com as perguntas anteriores e que entenda ser útil?
-

Anexo C – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A problemática da toxicodependência

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20____

Assinatura do participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa