

Da rua dificilmente se sai sozinho !

Ana Paula Marques e Carlos Fugas

RESUMO: O actual sistema de cuidados postos ao serviço dos toxicodpendentes pelas entidades estatais está prioritariamente vocacionado para um atendimento individual, de índole clínica e com respostas que pouco se adequam a utentes que não dispõem de qualquer rectaguarda que os apoie/enquadre na sua procura de saída da dependência das drogas ilícitas. Os denominados projectos de redução de riscos para os mais desprotegidos são mais falados e discutidos do que postos em prática ou, mais concretamente, não têm beneficiado de estímulos/incentivos que facilitem a sua experimentação e avaliação. Os projectos piloto existentes debatem-se com resistências várias que se prendem fundamentalmente com uma postura de fraca flexibilidade ainda vigente nalgumas instituições de saúde que se pautam por modelos organizacionais e de intervenção que não têm em conta a complexidade da dificuldade extrema de "sair da droga" e a enorme diversidade de casos/situações. O fundamental acto de "tratar", que não é sinónimo de "curar", fica circunscrito ao "gabinete" e àqueles que o co-habitam uma hora, uma vez por semana. À excepção deste intervalo de 60 minutos, o toxicodpendente deve gerir-se por si próprio.

No caso do toxicodpendente de rua todo este quadro adquire contornos mais preocupantes, agravando, de forma dolorosa para o próprio, a procura duma saída: a solidão, a pobreza, a rejeição social e, evidentemente a droga, são as "companheiras" que tem ao seu dispôr. Sair da rua é um acto de coragem e uma opção pela vontade de querer viver em comum com os outros. Sozinho é difícil...

ABSTRACT: The present care system targeted at drug addict population, is directed towards individual therapy or counselling, with a clinical approach and strategies, that have little to do with addicts living in the streets, poorly supported by relatives in their attempt to change. The so-called harm reduction programmes, to the most deprived, are less practiced than discussed, or don't have the means and resources that could make possible their evaluation and experimentation.

The existing pilot projects are faceded with several objections from some agencies that are not aware of the difficulty of rehabilitation and/or the variety of cases and situations. The fundamental act of "treating", that is not the same thing as "healing", is reduced to a "office", and to those, who "live" there for one hour once a week. The drug addict must decide, many times alone, what to do outside these 60 minutes.

When we talk about "street addicts" all this framework turns into a darker picture, making harder a search for a way out: the loneliness, poverty, social rejection and the drug itself, are the "companions" they have. Leaving the streets is an act of courage and an option to live together with others. Alone is hard...

RÉSUMÉ: Le présent système de soins mis à la disposition des toxicodpendants par les entités publiques est prioritairement orienté vers un accueil individuel, clinique et ayant des réponses peu adéquates face à des clients qui n'ont aucun support qui les puisse appuyer/encadrer, lors de leur recherche de sortir de la dépendance des drogues illicites. Les projets de réduction des risques, pour les moins protégés, sont plus parlés et discutés que mis en pratique, ou, plus concrètement, ils n'ont pas bénéficié des stimulus/incentives que puissent faciliter leur expérimentation et évaluation. Les projets pilote se débattent avec plusieurs résistances provoqués par une faible flexibilité, existant encore dans quelques institutions de santé, qui se régissent par des modèles d'organisation et d'intervention qui ne tiennent pas en ligne de compte la complexité et l'extrême difficulté de "sortir de la drogue" bien que l'énorme diversité de cas/situations. L'acte fondamental de "traiter", qui n'est pas synonyme de "guérir", reste circonscrit au cabinet de consultation et à ceux qui le co-habitent une heure, une fois par semaine. À l'exception de cette intervalle de 60 minutes, le toxicodpendant doit faire sa propre auto-gestion.

Dans le cas du toxicodpendant de rue tout ce cadre prend des lignes plus préoccupantes, rendant plus grave, de façon douloureuse pour lui-même, la recherche d'une sortie: la solitude, la pauvreté, la réjection sociale et, évidemment la drogue, sont les "compagnons" qu'il a à sa disposition. Sortir de la rue c'est un acte de courage et une option dirigée sur la volonté de vivre en commun avec les autres. Seul c'est difficile ...

Palavras chave: toxicodpendente de rua - intervenção comunitária - redução de riscos - parceria de intervenção - rede de respostas rápidas - papel das figuras parentais.

Enquadramento:**Gabinete de Apoio do Casal Ventoso - um projecto que nasce na continuidade de uma intervenção preventiva comunitária**

Em 1992 é iniciado um projecto transnacional de intervenção comunitária de prevenção das toxicodependências, desenvolvido ao longo de três anos no Bairro do Casal Ventoso, com o objectivo de facultar a jovens não-escolarizados uma formação pessoal e pré-profissional que lhes facilitasse uma futura opção por uma via profissionalizante. O grande desafio foi o de evitar a sua entrada nas redes de tráfico existentes no bairro, altamente aliciantes e tentadoras em termos monetários. Dadas as condicionantes e o contexto em que foi implementado os resultados foram considerados bastante positivos.

Há no entanto que referenciar que na intervenção comunitária se torna fundamental que os técnicos intervenientes trabalhem previamente as possíveis relações de ligação/poder com as estruturas locais e com os líderes por forma a permitir uma intervenção adequada, sentida como útil e vantajosa para as diferentes partes actantes. A valorização do saber fazer local, reflecte-se positivamente num sentimento de pertença em relação às actividades/projectos a desenvolver.

Foi o que aconteceu com o Gabinete de Apoio (GA) do Casal Ventoso. A necessidade da sua existência foi sentida como necessária e complementar a todo o trabalho desenvolvido pelo Centro Social do Casal Ventoso, uma Instituição Privada de Solidariedade Social, que neste bairro funciona como uma ilha no meio de um caos: crianças, adolescentes e idosos gozam de uma protecção e de estilos de vida alternativos enquanto o frequentam. O homem (1) que dirigia todo este rendilhado de intervenções tinha o poder da reivindicação conferido pela sua pertença ao bairro e pelo respeito que sempre teve de grande parte da população que lhe confiava os seus familiares. Não sendo especialista em nenhum campo das ciências da pedagogia ou da saúde, procurou rodear-se de técnicos que com ele quisessem dialogar, tentando legitimar o seu grande objectivo: frenar a progressiva marginalização de um bairro que não é só constituído por traficantes, evitando expô-lo constantemente a estudos e pesquisas que sentia raramente trazerem contrapartidas positivas ao bairro.

Assim, em Dezembro de 1993 três circunstâncias despoletam a possibilidade de desenvolver um projecto direccionado para os toxicodependentes residentes ou de passagem pelo bairro, a saber:

- A vontade do Centro Social intervir junto dos toxicodependentes que deambulam pelo bairro, através de uma *estrutura de apoio não terapêutica*, complementando a sua área de actuação preventiva iniciada anteriormente;
- A vantagem e a possibilidade de dar um reforço positivo à distribuição de seringas que já vinha a ser efectuada na periferia do bairro;
- A proposta do Gabinete do Alto Comissário para o Projecto Vida do Centro Social enquadrar um projecto de redução de riscos no bairro;
- A possibilidade do projecto ser co-financiado pelo Projecto Vida e pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

O facto de o projecto aparecer protagonizado por um líder comunitário, sem formação específica mas que tinha garantida uma rectaguarda técnica, provocou alguns entraves iniciais de ordem institucional relativamente às políticas de intervenção então vingentes. Este projecto foi sentido como um corte na óptica do atendimento tradicional neste tipo de situações: não previa o atendimento clínico de toxicodependentes e não havia um espaço de “consultas” terapêuticas, perfeitamente inviáveis neste contexto, na nossa opinião.

Grupo-alvo:**a especificidade do “toxicodependente de rua”**

Quando se fala de toxicodependentes nem sempre se tem em conta as diferenças entre sub-grupos e indivíduos. O problema da “droga” tornou-se tão global que a tendência para se esbaterem as diferenças entre os toxicodependentes parece crescer em proporção com a ideia de um “eles”, cimentada pela impressão de que à volta da droga se estruturou um “modo de vida”, aparência, linguagem, etc..

A expressão “toxicodependente de rua” não pretende ser uma categoria diagnóstica, embora procure diferenciar as circunstâncias de um sub-grupo, na medida em que a sua diluição se traduz em desvantagem. Quais parecem ser as principais características, deste sub-grupo que

pudemos identificar a partir da experiência de dois anos e meio do GA do Casal Ventoso?

1. Não procuram tratamento nas instituições especializadas e/ou desistiram de o fazer após várias tentativas falhadas;
2. Apresentam necessidades básicas de alojamento, higiene e saúde física que configuram um quadro de negligência extrema, cuja resolução parece ter um efeito motivador para a procura de um tratamento;
3. Rigidificam os conflitos com a família, ou elementos desta, reflectidos na ruptura simbolizada pela expressão "viver na rua";
4. Manifestam um sentimento de exclusão e uma desconfiança redobrada, face aos profissionais de saúde e a instituições, principalmente se estas últimas aparecem conotadas com a repressão ou com a polícia face à qual se sentem e referenciam como vítimas;
5. Reagem com instabilidade e insegurança a um ambiente em que regras claras e objectivas estejam definidas, de tal forma que as "lêem" como "demasiada exigência". Parecem preferir o que para eles(as) é a previsibilidade do mundo da droga, cheia de perigos constantes que pouco sentem, do que enfrentar a incerteza que pode representar confiar num serviço de resposta;
6. Ligam-se às redes de tráfico, ocupando posições subalternas, estruturam "pequenos negócios" no interior das actividades de venda de droga, ou engendram expedientes diversos que no todo lhes permitem, p. ex., dizer que não precisam da família para manter o vício;
7. Não protestam, não se organizam para pressionarem os poderes públicos ou seja quem for. Uns desaparecem, outros morrem, a maioria vai aguentando em silêncio. São os outros, jornalistas, autarcas, técnicos e familiares que os procuram e falam em seu nome, tornando-os visíveis.

Face a estas realidades, as respostas tradicionais dificilmente funcionam. Os projectos flexíveis e locais, que preconizamos, rareiam e quando existem lutam com dificuldades pela sobrevivência, como é o caso do GA do Casal Ventoso.

Os "toxicodependentes de rua" são uma realidade reveladora da necessidade de mudança, de uma perspectiva abrangente que os reintegre, como procura actuar o GA. Este "segmento" de toxicodependentes não vai desaparecer, embora possam extinguir-se as parcas respostas que para eles foram criadas.

Fases de desenvolvimento do projecto: as vicissitudes de um percurso.

1ª fase: negociação das corresponsabilidades.

As actividades preparatórias iniciaram-se em Janeiro de 1994. Foram alugadas instalações, em frente ao Centro Social por questões de segurança, negociadas as formas e modalidades de financiamento, contratados técnicos e preparados outros profissionais que já exerciam actividades no projecto de intervenção preventiva já referenciado no início. Foram contactadas todas as instituições que julgávamos poderem ter uma parte activa, com diferentes níveis de participação, definindo-se o seguinte esquema de apoio:

Entidade responsável: Centro Social do Casal Ventoso.

Entidades financiadoras: Projecto Vida e Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.

Apoio técnico e supervisão: Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) do Restelo.

Entidades intervenientes na rede de resposta:

AIEPS - Associação para a Informação, Educação e Promoção de Saúde.

Hospital Egas Moniz e Hospital S. Francisco Xavier.

CAT do Restelo e CAT das Taipas.

Entidades a serem sensibilizadas para eventuais articulações:

SCML - Divisão da Zona Ocidental, CML - Gabinete de Prevenção das Toxicodependências, Junta de Freguesia de Sto. Condestável, PSP da Esquadra da zona, Escola Preparatória Manuel da Maia, LNEC - Grupo de Ecologia Social, Linha Vida, Centro de Saúde de Sto. Condestável, Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, Associação Recomeçar.

Algumas destas últimas instituições, a SCML, o Gabinete da CML e o Centro de Saúde, pelas mais diversas razões de ordem interna e externa, nunca definiram o tipo de apoio concreto que poderiam oferecer, tendo participado em várias reuniões e/ou actividades mas sem nunca clarificarem a sua posição face ao projecto.

Foi também contactada a Associação Nacional de Farmácias, na altura interveniente no projecto piloto de distribuição de seringas.

Em Março/94 é realizada uma acção de formação, com a duração de uma semana, com a participação de todas as entidades supra-mencionadas, e que teve como finali-

dade pôr em discussão os pressupostos, objectivos e modelo a serem implementados pelo GA.

2ª fase: o início dos atendimentos.

Em Abril/94 o GA abre as suas portas ao atendimento dos toxicodependentes e estão claramente definidos os parâmetros pelos quais pautaria a sua intervenção:

É um projecto de redução de riscos

- É uma intervenção no âmbito da saúde pública.
- É uma intervenção global, interdisciplinar e intersectorial em que os diferentes interventores se devem corresponsabilizar segundo áreas bem definidas.
- É mais eficaz se a abordagem for de índole comunitária.
- Deve ser pragmático.
- Deve ter prioridades pré-estabelecidas.
- Não se reduz à distribuição de seringas e preservativos.
- Enfrenta fenómenos de exclusão que aumentam os riscos de contrair doenças, de as propagar, tornando mais difícil o seu controle.
- Promove e dá visibilidade à dignidade humana do toxicodependente de rua.

Tem como objectivos:

- Dar formação à equipa técnica e a um grupo de elementos que constituirão a rede de apoio do projecto.
- Numa óptica de saúde pública, intervir a nível comunitário, no sentido de implicar pessoas e estruturas do bairro nas acções a desenvolver.
- Atendimento e encaminhamento dos indivíduos que o solicitem para instituições especializadas nesta área – de acordo com as capacidades de resposta.
- Procurar re-estabelecer as redes familiares ou outras, por forma a criar condições de suporte aos toxicodependentes que queiram iniciar um processo de saída da droga.
- Articulação com estruturas locais no sentido de integrar as actividades num plano mais global de saúde pública.
- Atendimento individualizado, numa perspectiva pedagógica, que facilite a apropriação de hábitos de higiene e a adopção de atitudes e comportamentos valorativos da sua auto-imagem (banhos e roupa).
- Prevenir a transmissão de doenças contagiosas, nomeadamente através da distribuição de kits, pedidos de análises e exames complementares, etc..

- Para os que queiram iniciar um projecto terapêutico, pretende-se criar um 2º Gabinete de Apoio, fora do bairro, que proporcione um acompanhamento mais frequente nas diferentes etapas desse processo.
- Proceder ao levantamento e tratamento de dados que permitam uma avaliação periódica dos resultados do projecto, por forma a adequar progressivamente as estratégias.

Princípios e regras de funcionamento do GA:

- Os cuidados básicos de saúde estarão sempre a cargo de estruturas externas ao GA.
- O GA não é um espaço psicoterapêutico nem se substitui a nenhuma instituição de tratamento: faz triagens e encaminhamentos para o exterior, preferencialmente referenciando para estruturas contactadas para o efeito, por forma a promover uma rede rápida de resposta.
- O utente poderá sempre recorrer ao GA, salvo nos casos em que haja quebra no cumprimento das regras sobre pessoas e/ou instalações e que a seguir se discriminam:

1. Regras básicas:

- Não à violência, dentro ou à porta das instalações do GA.
- Não ao consumo ou tráfico dentro das instalações ou à porta do GA.
- Não a roubos no interior das instalações.
- Em caso de infracção às regras básicas, o utente perde o direito de acesso às instalações, por um período a definir pela equipa.

2. Outras regras:

- **Confidencialidade:** Não é desejável que o utente frequente o GA com fins de psicoterapia, sendo mais adequada uma atitude por parte dos técnicos de escuta, aconselhamento e encaminhamento. No entanto os técnicos obrigam-se a manter a regra da confidencialidade face a toda e qualquer pessoa ou estrutura exterior ao projecto.
- **Respeito** pelas instalações, pessoas e contratos definidos com a equipa; nesse sentido não é permitido, dentro das instalações ou à sua porta, comercializar qualquer tipo de objectos ou substâncias.
- **Gratuidade de todos os serviços prestados** no GA, nomeadamente os de enfermagem, quando vierem a existir.

3ª fase: o envolvimento das redes primárias e secundárias.

O grupo de rede foi criado no último trimestre de 1995, a partir do trabalho de contacto e tentativa de reconciliação entre os toxicodépendentes e suas famílias, desenvolvido pelo GA.

A ideia é substituir o conceito de "fazer **para** os pais e utentes" por "fazer **com** eles". Activar a iniciativa e a energia das famílias, poderá revestir-se, no momento da motivação, em sentimento de pertença em relação ao projecto do GA.

Os pais, outros familiares e outros toxicodépendentes, cujas famílias não estejam presentes, são envolvidos no processo de encaminhamento, na procura activa do filho, irmão, parente ou amigo, pelas vielas do bairro, aproveitando os contactos dos toxicodépendentes que assistem às reuniões. Elementos do grupo de pais podem acompanhar, depois, o(a) utente aos Centros de tratamento, interessando-se pela sua evolução.

Dentro e fora das reuniões de grupo, os familiares entreajudam-se, partilhando dificuldades, experiências, quebrando o isolamento que experimentaram antes. Alguns pais têm a experiência gratificante de tirarem os filhos da rua, para ingressarem em Centros de recuperação. O retorno à rua de alguns utentes constitui um decréscimo na motivação destes familiares. Estas ocorrências devem-se nomeadamente ao facto de não haver tratamentos infalíveis e alguns centros a relação com as famílias não ser abordada.

Os familiares que têm o sentimento e a experiência concreta de ser possível tirar um toxicodépendente da rua são a maior e a melhor ajuda, constituindo um estímulo e um suporte para os que iniciam o processo.

Os toxicodépendentes que ainda se encontram na rua participam igualmente nas reuniões. Não lhes é exigido que estejam abstinentes, embora seja obviamente proibido o consumo de drogas no local.

Nas reuniões a abordagem é de tipo pedagógico e motivacional, evitando-se qualquer tipo de relação psicoterapêutica, que aliás neste contexto nem é possível, nem desejável, de acordo com a avaliação que temos vindo a fazer.

Parte considerável dos toxicodépendentes que procuram o GA e simultaneamente vivem e permanecem longos períodos no bairro, estão ligados às redes de tráfico de diversas formas, como angariadores, vigias, preparadores de doses, etc.. Esta fixação constitui uma dificuldade

suplementar: a droga não só está perto como o "trabalho" é pago em "produto". Sair torna-se difícil até porque há sempre novos candidatos aos "lugares vagos".

Alguns encontros entre familiares e toxicodépendentes são realizados "às escondidas" dos patrões traficantes.

Mesmo assim, os toxicodépendentes intervêm activamente nas reuniões do Grupo de Rede, quer junto dos familiares, quer juntos de outros utentes, no sentido de lhes instilar esperança, aconselhar ou simplesmente dizer "eu também passei por isso!..."

O trabalho de rede institucional visa o melhor aproveitamento de recursos, em função das necessidades dos utentes.

A equipa do GA visitou diversos Centros de recuperação, mantendo actualizada uma lista de Centros, na medida do possível com "pessoas-referência".

Por vezes a intervenção do GA assume a forma de "intervenção na crise" o que implica uma mobilização mais rápida de recursos. Se os terapeutas dos Centros e/ou as suas Direcções não estão sensibilizadas, as eternas e longas listas de espera são o principal factor desmotivante e desmobilizador deste tipo de população. Nestes casos de perfeita exclusão social, seria vantajosa uma acessibilidade aos serviços de saúde que permitisse ao utente ser atendido segundo um esquema mais flexível de abordagem e de continuidade de atendimento.

Habitar na rua é um forte impeditivo de gerir actos de cuidados médicos elementares e muito menos os de índole psicoterapêutica. O tratamento ambulatorio revela-se pouco eficaz, porque não acompanhado; a motivação para diminuir consumos ou eventualmente largar a droga é diminuta porque ela circula "livremente" e é facilmente acessível; o cumprimento de regras e das "consignes" impostas pelas instituições funcionam como um "non sense" num local em que disciplina e ordem não têm lugar.

Por outro lado há que reconhecer, de uma vez por todas, que estes jovens ou adultos, são portadores de todo um conjunto de males físicos e de doenças que põem em causa os princípios elementares de uma política coerente de saúde pública pela falta de controle e da disseminação de doenças infecto-contagiosas que podem perturbar ou afectar perigosamente populações circundantes ou envolventes.

Não se trata de criar situações de excepção para estes

casos em nome da pena que eles possam suscitar, mas tão só de diminuir os riscos de agravamento de doenças ou a sua propagação a outros.

Nalguns casos o internamento imediato poderia evitar estes riscos e ajudar o toxicodependente a largar temporariamente a rua.

É importante que paralelamente os familiares sejam contactados no sentido de re-investirem num provável acompanhamento dos toxicodependentes aquando da sua alta do internamento, evitando recaídas penosas e por vezes com um mau prognóstico.

Alguns dados relativos às respostas do GA: (2)

Nº total de novas inscrições:

1994 - 130 utentes;

1995 - 229 utentes;

1996 - 277 utentes

Num total de 636 inscrições, 505 são indivíduos do sexo masculino e 131 do sexo feminino.

Consultas de enfermagem:

1994 - ainda não existia este tipo de resposta;

1995 - 78 consultas;

1996 - 698 consultas

Os tipos de tratamentos são maioritariamente de seromas, dos membros superiores e inferiores e alguns no pescoço, herpes, infecções provocadas pelas injeções e todas as infecções próprias dos seropositivos. São feitos curativos a esquistomoses resultantes de agressões entre os próprios utentes ou de alguns maus tratos infringidos por entidades policiais.

Até 18 de Setembro de 1996 houve conhecimento de 58 seropositivos.

Cuidados de higiene:

1994 - 154 banhos;

1995 - 1135 banhos;

1996 - 1342 banhos.

Encaminhamentos para estruturas de tratamento:

De Janeiro a 18 de Setembro de 1996, foram encaminhados 19 utentes: 14 ingressaram em estruturas terapêuticas ou regressaram à casa das famílias. Dos 14, 6 continuam em tratamento, 3 desconhece-se o seu paradeiro e 5 recaíram, tendo regressado ao bairro mas continuando a frequentar o GA.

Óbitos:

De 16 de Junho de 1995 a 18 de Setembro de 1996 foram comunicados 19 óbitos de toxicodependentes ao GA. Destes uma larga maioria não frequentava o GA.

Contactos com famílias:

De Janeiro de 1995 a 18 de Setembro de 1996 foram feitos 179 contactos com familiares: 160 telefónicos e 19 pessoais. De 34 famílias contactadas, 24 tinham os filhos inscritos no GA, as restantes 10 famílias não têm os filhos inscritos mas o GA contacta-os.

Até à presente data houve 22 pedidos de famílias para encontrar toxicodependentes não inscritos no GA.

Reuniões do Grupo de País:

De Dezembro de 1995 até 18 de Setembro foram realizadas 13 reuniões com 16 familiares.

Estudo exploratório:

as representações sociais e expectativas da população do bairro do Casal Ventoso e toxicodependentes em relação ao fenómeno da toxicoddependência.

O lançamento de um projecto de intervenção num bairro tão complexo como o Casal Ventoso, deve rodar-se de grandes cuidados e envolve riscos.

A equipa do Gabinete de Apoio, foi inquirir tanto toxicodependentes como população sobre opiniões, expectativas e necessidades relativas ao fenómeno "droga" no bairro e fora dele. Procurou-se *ouvir* as partes mais interessadas, sabendo que intervir junto de toxicodependentes, excluindo-os ou não tendo em conta a população nada e crescida no bairro, poderia ser gerador de forte resistência, senão mesmo de conflito.

A amostra não representativa, abrangeu 50 toxicodependentes e igual número de residentes, estes sendo frequentadores do Centro Social do Casal Ventoso ou simplesmente transeuntes que foram abordados nas ruas do bairro.

Os dados que a seguir se apresentam foram coligidos em Setembro e distribuídos em Novembro de 1994, a várias entidades públicas e privadas que têm colaborado ou mostrado interesse pelo projecto. (3)

Os residentes, embora considerem os toxicodependentes inúteis para a sociedade (21,42% das respostas), também os consideram como doentes (29,36%) e com possibili-

dades de recuperação (22,22%).

Relativamente aos sentimentos que inspiram os toxicodependentes, as respostas mais significativas referem-se a “compaixão” (47,12%) e “medo” (18,39%). Por outro lado, apontam como “discriminatório” (30,47%) e agressivo (27,61%) o comportamento da generalidade das pessoas em relação ao toxicodependente.

Sobre como resolver o problema da droga no bairro, as respostas são de índole repressiva, aglutinando-se à volta de “mais polícia” (35,71%), acabar com/prender os traficantes (21,42%) e esquadra no bairro (7,14%).

A maioria dos inquiridos (66%) concorda com o programa de troca de seringas e também confirma a utilidade das respostas dadas pelo Gabinete de Apoio.

No que diz respeito aos toxicodependentes, apenas 15,63% dos questionados vivem com os pais. Se agruparmos as respostas, “vive com amigos”, “outros toxicodependentes” e “outros” (dos quais 65,22% vivem sózinhos), temos 53,13% dos entrevistados, isto é, não correspondem ao estereotipo do toxicodependente a viver tardiamente em casa dos pais.

Um número significativo de respondentes, 54%, mantém o contacto com familiares. Destes, as mães são as mais solicitadas (35,14%), seguindo-se os irmãos (21,62%) e só depois os pais (8,11%). Aqui encontramos o habitual padrão de maior afastamento dos pais, possivelmente de forma ainda mais acentuada. A experiência da intervenção parece confirmar, a maior relutância dos pais no retomar do investimento nos filhos, após brutal ruptura, ocasionada em muitos casos por conflitos mais marcantes entre pais e filhos.

Todos os inquiridos têm consciência dos riscos relacionados com o consumo de drogas, mas apenas 44,44% usam individualmente seringas e só 23,15% se protegem com o uso do preservativo. Quanto ao que vêem nos outros toxicodependentes, 56% consideram que aqueles não se previnem, devido principalmente à partilha de seringas e à falta de higiene.

Face à pergunta “É discriminado nos serviços de saúde?”, 34% confirmam, 42% negam e 24% respondem “talvez”. As manifestações destas práticas são mais difusas e têm a ver com “medo de contágios”, “má vontade”, “diferença e marginalização no atendimento”.

Sobre o comportamento das autoridades policiais, 37,68% dos inquiridos encaram-no como agressivo e

maltratante, 14,49% referem violência física, contra os 18,84% e 2,9% que consideram “normal” e compreensiva, respectivamente a actuação da polícia.

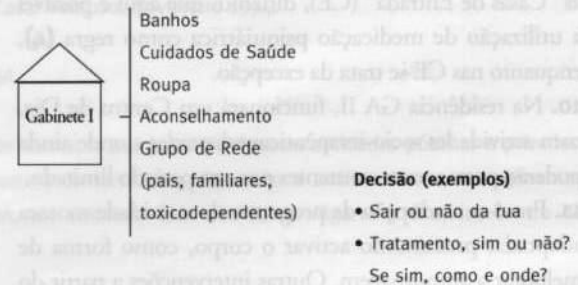
A maioria dos inquiridos experimentou algum tipo de tratamento (60%), embora destes 33,9% o tenham interrompido há mais de um ano. Temos assim um conjunto de pessoas, que não estão enquadradas por qualquer forma de acompanhamento, embora o possam desejar, porque o “encaminhamento para reabilitação” é a resposta mais significativa no capítulo das necessidades imediatas dos inquiridos, seguido pelos cuidados de saúde, banhos/higiene básica, alojamento e contactos com as famílias.

As respostas criadas pelo Gabinete de Apoio, parecem corresponder às necessidades apontadas pelos respondentes, embora questões como o emprego, o diálogo e a alimentação sejam também apontadas.

Novas questões como análises ao sangue, aumento da capacidade de resposta do Gabinete de forma a poder englobar mais utentes que não o procuram através de equipas de rua, não fazem esquecer o problema do alojamento, cuja resolução poderá resultar no aumento da motivação para o tratamento (como é o objectivo principal do projecto do Gabinete de Apoio II apresentado desde 1994 pelo Centro Social do Casal Ventoso).

A experiência tem demonstrado que, frequentemente, a transição de uma vivência de rua, extremamente desregrada e cheia de desconfiança, para um Centro de Tratamento pode provocar um choque no utente, que o conduza a um abandono precoce e conseqüente desmotivação.

Confirma-se, assim, a necessidade de um Gabinete II, Centro de Motivação em regime de internamento que possa, gradualmente, aumentar a segurança, o optimismo (esperança) e o envolvimento da família em todo o processo. Reproduzimos aqui um esquema, que poderá ilustrar o desenvolvimento do projecto actual:





10 lugares

Decisão (exemplos)

- Projecto Terapêutico de internamento ou ambulatório
- Escolha da Comunidade Terapêutica ou Centro
- Onde, com quem e como viverá após a estadia, no caso de optar por seguimento em ambulatório

Projecto de Residência

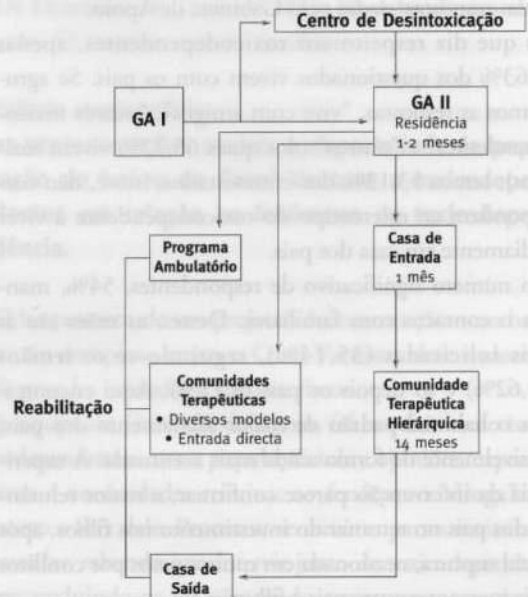
1. O objectivo primordial do Gabinete de Apoio é criar condições de mudança que permitam tirar toxicodependentes da rua, no bairro do Casal Ventoso.
2. Em nenhuma circunstância se pretende que os toxicodependentes se fixem no bairro.
3. Se é possível motivar pessoas para abandonarem a rua, é muito mais difícil criar condições objectivas que o possibilitem.
4. A decisão sobre o que fazer a seguir, tipo de tratamento, voltar ou não à família, etc., pode ser tomada ainda a viver na rua?
5. Parece necessário um espaço intermédio capaz de dar mais segurança e consistência à elaboração de um projecto terapêutico, em condições de alojamento protegido.
6. A residência assume-se como um centro de motivação. Os utentes não poderão ausentar-se do local sózinhos, pelo que se trata de um programa onde não é permitido o consumo de drogas.
7. Relativamente à desintoxicação física, ela deverá ser feita em centro ou clínica especializada, se possível em regime de internamento seguido de ingresso imediato no GA II.
8. Como alternativa, o utente poderia ingressar em programa de manutenção ou desintoxicação com metadona, durante a sua permanência no GA II.
9. Como factor diferenciador desta estrutura em relação às "Casas de Entrada" (CE), diríamos que aqui é possível a utilização de medicação psiquiátrica como regra (4), enquanto nas CE se trata da excepção.
10. Na residência GA II, funcionará um Centro de Dia, com actividades socio-terapêuticas adaptadas e onde ainda poderão permanecer ex-utentes por um período limitado.
11. Prevê-se a adopção de programa de actividade motora adaptada, procurando activar o corpo, como forma de melhorar a auto-imagem. Outras intervenções a partir do

corpo serão previstas, como aeróbica, introdução à bio-energia adaptada, etc.

12. Os utentes serão acompanhados de uma forma individualizada, pela equipa profissional do GA II, tanto no que diz respeito ao levantamento dos problemas do passado e história de vida, como na elaboração de um projecto de futuro, "o que fazer a seguir".

13. A participação activa das famílias, visa o contínuo aumento da esperança, reforçado pelas acções empreendidas. Assim, as famílias poderão fazer contactos com instituições, acompanhar os filhos em consultas hospitalares e outras.

14. Teríamos assim o seguinte esquema para o GA I e II:

**Algumas conclusões:**

- Apesar das vicissitudes e constrangimentos, mais externos do que internos, no desenvolvimento do projecto, tem-se verificado uma adesão crescente dos utentes ao GA, bem como um maior envolvimento dos familiares, facto que tem contribuído para uma adequação das respostas às necessidades dos utentes.
- Paralelamente, a intervenção do GA tornou mais visíveis os problemas decorrentes do fenómeno dos "toxicodependentes de rua" num bairro que tem aparecido essencialmente conotado com o tráfico.

- Este projecto de parceria com uma instituição local, implicando a intervenção de profissionais e das famílias (elementos não residentes), tem provocado uma maior abertura do bairro ao exterior e diminuído alguns medos. Este trabalho com o Centro Social do Casal Ventoso potencializou a nossa intervenção técnica e em nada a contaminou ou foi prejudicial.
- Na nossa opinião, respostas locais, flexíveis e adaptadas às necessidades específicas dos "toxicodependentes de rua" devem inserir-se e articular-se com os dispositivos públicos e privados de tratamento e reinserção. (5)
- Aceitamos o toxicodependente enquanto tal, incentivando-o a reduzir consumos ou a procurar apoio tera-

pêutico: opções que são da sua exclusiva vontade e responsabilidade. Aos que não desejam/conseguem abandonar a dependência facultamos-lhes os apoios/respostas possíveis para que (sobre)vivam com algumas melhorias na sua existência, estimulando-os a procurarem tratamento adequado face aos efeitos colaterais da sua dependência e permanência na rua. ■

Ana Paula Marques

Carlos Fugas

Psicólogos Clínicos

Gabinete de Apoio do Centro Social do Casal Ventoso

R. do Casal Ventoso de Baixo. Tel. 397 79 27

RESUMO: A propagação de vírus HIV por via intravenosa e o empobrecimento contribuíram para a abertura e as práticas de assistência. A redução dos riscos ligados à permanência de indivíduos de rua em locais como as "Stop-in" e o programa de distribuição de metadona ("Programa de Manutenção da Dependência") ajudaram a proporcionar um melhor "auto-controlo" na utilização de drogas, a maior disponibilidade de produtos de substituição (metadona, buprenorfina) permitiu uma melhor manutenção. De "mergulho na droga" à manutenção, e da manutenção à terapia, há dois intervalos nos quais se jogam a complexidade do tempo vivido e os processos de exclusão e reclusão. No entanto, a partir das relações estabelecidas com as instituições através destas instituições de proximidade, pode desenvolver-se um trabalho sobre as problemáticas individuais e um acesso à dimensão transcendental.

ABSTRACT: The spreading of the HIV virus by intravenous way and the impoverishment of the urban environment contributed to modify the spaces and the practices of clinical assistance. Reducing the risks to the permanency of the individuals in the street and the opening of responses such as the stop-in houses and the program of methadone distribution ("Program of Maintenance of Dependence") helped to provide a better "self-control" of drug use. The availability of substitution products (buprenorphine, methadone) allowed a better maintenance. From "drowning in drugs" to maintenance, and from maintenance to therapy, there are two intervals in which the complexity of the lived time and the processes of exclusion and reclusion are played out. However, from the relationships established with these institutions of proximity, it is possible to develop a work on individual problems and an access to the transcendental dimension.

NOTAS:

- (1) José Luís Coelho, Presidente do Centro Social do Casal Ventoso.
- (2) Os dados relativos a 1994 referem-se a 9 meses, de Abril a Dezembro. Os dados de 1995 contemplam 12 meses. Os dados de 1996 abrangem cerca de 9 meses, de Janeiro a 18 de Setembro.
- (3) Estudo Exploratório das Representações Sociais e Expectativas da População do Bairro do Casal Ventoso e Toxicodependentes em relação ao fenómeno da toxicodependência, Centro Social do Casal Ventoso, Novembro 1994.
- (4) Embora a medicação seja prescrita em Centro, no exterior do GA.
- (5) Estes dispositivos existem mas debatem-se com dificuldades de aceitação por parte de algumas entidades públicas e privadas. Referenciamos aqui 3 outros projectos, com os quais temos mantido contacto para discussão e análise dos constrangimentos externos que se reflectem neste tipo de intervenção: Stop-SIDA, em Coimbra, Quarteira II, no Algarve e Drop-in, Centro de Acolhimento, em Lisboa.

