

Do Outro Lado da Intervenção: Identidade e práticas profissionais dos pares no
IN-Mouraria

Ana Pedroso de Lima Martins

Mestre em Serviço Social,

Supervisor:

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020

*Com amor, para todos os
“bacanos desorientados à espera de algo sem saber o quê ao certo
mas com toda a certeza que o saberão quando a cena finalmente surgir.”*

Vós sois o sal da terra.

Agradecimento

Um enorme e sincero obrigada à Professora Maria Inês Amaro pelo apoio, disponibilidade e orientação que me deu ao longo destes meses. O seu contributo para a escrita desta dissertação foi muito mais do que meramente académico: sem a sua paciência e compreensão, não teria chegado ao fim.

À equipa do IN-Mouraria, ao GAT e a todas as pessoas que entrevistei neste projeto, que não quero nomear para não quebrar a confidencialidade mas que não são menos importantes por isso: obrigada por todo o tempo que tiveram para mim, por todas as horas de conversas, com e sem gravador, pela coragem e honestidade com que partilharam as vossas histórias e com que defendem os direitos, a dignidade e a segurança dos utilizadores de drogas.

Ao meu Avô, à minha Mãe e ao Samuel, um obrigada especial pelo tão grande envolvimento nesta coisa. Desde as conversas de almoço sobre os benefícios das terapias com psicadélicos à revisão minuciosa de todas as versões desta tese, houve muito pouco que não tenham feito por mim ao longo destes meses.

Resumo

Esta dissertação analisa o trabalho dos pares na intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) junto de utilizadores de drogas (UD), a partir de um estudo de caso no IN-Mouraria, um serviço do GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos na cidade de Lisboa direcionado especificamente para UD.

No IN-Mouraria, os pares são membros da equipa de intervenção que pertencem à comunidade de UD. A proximidade/pertença à comunidade confere-lhes um ponto de partida diferente do de um técnico ou assistente social no diálogo com os UD, no qual não estão apenas como elementos de intervenção mas também como elementos do grupo junto do qual intervêm.

Este projeto permite olhar para as possibilidades do que pode ser a intervenção de pares em projetos comunitários e refletir sobre a divisão hierárquica entre técnicos e utentes, utilizando como ponto de partida os testemunhos de pessoas que pertencem a ambos os lados da intervenção.

No IN-Mouraria, os pares organizam, debatem, publicam e fazem acompanhamentos, não havendo uma distinção substancial entre a figura de “par” e a de “técnico”. No entanto, a ambiguidade desta posição é também uma potencial vulnerabilidade: (i) o trabalho é emocionalmente desgastante e envolve uma permanência em meios de consumo que pode ameaçar a sua recuperação, (ii) o seu conhecimento técnico da área muitas vezes não se traduz no seu nível de escolaridade, o que dificulta a criação de vínculos profissionais estáveis e (iii) o seu percurso com consumos é em si mesmo uma desvantagem no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Educação de Pares; Intervenção Comunitária; RRMD; Serviço Social Crítico; Toxicod dependência; Trabalho de Pares; Utilizadores de Drogas.

Abstract

This dissertation focuses on peer work in a harm reduction service and its importance in the intervention with drug users. It analyses a case study at IN-Mouraria, a community service by GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos – specifically targeted for people who use drugs (PWUD) in Lisbon.

The harm reduction team at IN-Mouraria is composed of technicians and peers – PWUD, usually in recovery, who draw from their knowledge on the reality of consumption and the problems faced by PWUD to guide their intervention. Their proximity to the community provides them with a different approach from that of a Social Service technician to establish a dialogue, in which they participate not only as elements of intervention but also as members of the community with whom they work. This project allows us to explore the possibilities of peer work in community intervention and to reflect on the hierarchical division between technicians and users, using as a starting point the testimonies of people who belong to both sides of the intervention.

At IN-Mouraria, peers organize, debate, publish and do case work, with no substantial distinction between the figure of “peer” and that of “technician”. However, the ambiguity of this position is also a potential vulnerability: work is emotionally exhausting and the close contact with drug use can threaten recovery, labor rights are usually very fragile, and their technical knowledge often is not reflected on their educational level, which coupled with their past of drug use poses a major disadvantage in the labor market.

Keywords: Community Social Work; Critical Social Work; Drug addiction; Harm Reduction; Peer Education; Peer Work.

Índice

Agradecimento	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Glossário de Siglas	xi
Introdução	1
Capítulo 1. Revisão da Literatura	3
1.1. Drogas, estigma e comportamentos aditivos: recentrar o problema	3
1.2. Da proibição à descriminalização do consumo	5
1.2. A intervenção na área das dependências e a RRMD	7
1.2. O trabalho de par em RRMD	9
Capítulo 2. Metodologia	11
1.1. Método etnográfico e trabalho de campo	11
1.2. Campo empírico, universo e amostra	12
1.3. Entrada no terreno: ‘opções’ e acasos	15
Capítulo 3. Uma Profissão em Construção	17
3.1. Caracterização sociodemográfica e percursos de vida	17
3.2. Tornar-se par: formação e preparação para a intervenção	21
3.3. Funções, práticas e identidade profissional dos pares	24
Capítulo 4. Trabalho, Liminalidade e Resistência	29
4.1. Empatia e conexão: a relação terapêutica no trabalho de pares	29
4.1. O direito à diferença: desconstruir hierarquias na produção de identidade	31
4.1. Recuperação, consumos e recaídas	34
4.1. Organização coletiva: direitos laborais e direitos dos utilizadores de drogas	36
Conclusões	39
Referências Bibliográficas	41
Anexo	49

Glossário de Siglas

APA – American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)

APDES – Associação Piaget para o Desenvolvimento

CT – Comunidade Terapêutica

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência)

ENLCD – Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PCVM – Programa de Consumo Vigiado Móvel

PUD – Pessoa que Utiliza Drogas

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPA – Substâncias Psicoativas

UD – Utilizador de Drogas

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

"Eu costumo dizer que dantes fazia parte do problema, agora quero fazer parte da solução."¹

Esta dissertação centra-se na figura dos “pares”, isto é, pessoas com percurso de consumo de substâncias aditivas que desempenham funções de acompanhamento e aconselhamento de pessoas que usam drogas (PUD), numa instituição de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD). Procura-se compreender a relação dos pares com a intervenção, a sua identidade profissional e as formas como mobilizam a sua experiência e conhecimento nas suas práticas.

Esta investigação centra-se nos pares do IN-Mouraria, um projeto do GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos direcionado para a população de PUD na cidade de Lisboa. O texto que se segue resulta de uma recolha etnográfica realizada entre setembro de 2019 e maio de 2020 junto da equipa técnica do IN-Mouraria. Ao longo destes meses, foi feita observação-participante no espaço através de voluntariado, bem como entrevistas a membros (atuais e antigos) da equipa.

O IN-Mouraria é um centro de base comunitária de respostas integradas cuja população-alvo são os PUD. O espaço é um dos centros de rastreio do GAT para rastreio do vírus da imunodeficiência humana (VIH), hepatite B, hepatite C e sífilis, com o objetivo de reduzir os riscos e danos associados ao consumo de drogas (GAT, s.a. a).

A questão a que a pesquisa procura responder foi sendo formulada ao longo da investigação e resulta do diálogo e da recolha feita junto dos pares que nela participaram: “Como é que a pertença identitária a dois lados diferentes da intervenção – à equipa técnica e à comunidade de utilizadores de drogas – influencia as práticas e o discurso dos pares?”

Foram várias as razões que conduziram a esta formulação. Em primeiro lugar, ela permite abordar o “ser-se par” não como uma qualidade que sempre existiu mas como um processo: não um “ser” mas um “tornar-se”. Assume a existência de um antes, de um passado, e procura conhecê-lo, porque não é possível definir o “ser” par se não podermos compará-lo com o “não ser”.

Em segundo lugar, porque reconhece uma separação dos indivíduos em duas categorias – aqueles que planeiam, organizam e levam a cabo a intervenção e aqueles a quem ela se destina –, não para reificar mas para dar conta de uma divisão que existe nas práticas e que gera desigualdade na relação. Estas categorias não se relacionam de uma forma hierárquica “tradicional”, em que um grupo subjuga o outro – a desigualdade surge de o poder de decisão sobre como, quando, onde e a quem é dada a ajuda estar concentrado num dos lados. Como sentem os pares esta divisão? Como navegam a passagem de um lado para o outro? O que se ganha (e o que se perde) com esta passagem? O caso dos pares permite pensar as possibilidades e os limites da horizontalidade na relação técnico-utente – e mesmo os limites

¹ Os excertos de entrevista utilizados ao longo desta dissertação não estão identificados, para manter o anonimato dos entrevistados. Para uma discussão aprofundada desta questão, ver secção 2.3.

das categorias “técnico” e “utente” –, e a forma como eles se relacionam com as questões mais amplas sobre agência, autonomia e subalternidade.

Em terceiro lugar, porque se foca nas múltiplas dimensões da realidade do trabalho dos pares. Isto implica perceber a forma como veem o seu trabalho e a sua identidade profissional, os problemas que enfrentam e as estratégias a que recorrem para os resolver, a sua relação com a equipa, os utentes e a instituição que os emprega, o que é esperado deles e como gerem essas expectativas.

O estudo de caso aqui discutido serve como ponto de partida para refletir sobre os limites e as possibilidades da intervenção comunitária, em particular junto de populações com consumos. Um dos princípios basilares do projeto do IN Mouraria é a ideia de que os “dois lados da intervenção” não têm de ser campos perfeitamente demarcados e mutuamente exclusivos. É possível construir um projeto em que pares, técnicos e utentes trabalham em pé de igualdade? O que tem a ensinar um projeto como o IN-Mouraria sobre estas questões?

Tendo estado dos “dois lados” do problema, os pares têm uma visão privilegiada sobre as práticas de redução de riscos em situações de toxicodependência. A investigação em Serviço Social deve reconhecê-la como tal e procurar integrar nas suas orientações e práticas a riqueza das suas experiências. Seria um erro limitar a investigação à discussão sobre se a inclusão de pares nas equipas de intervenção em RRMD é vantajosa. Esta investigação procura focar-se, assim, nos problemas específicos que os pares encontram na sua prática e nas estratégias que encontram para os resolver – e, de uma forma mais ampla, nas implicações que eles possam ter na forma como as equipas e a própria prática em redução de riscos são estruturadas.

A opção pela recolha etnográfica, através de uma recolha sistemática e exaustiva dos testemunhos dos pares que integram ou integraram a equipa, permite não só um foco maior nas particularidades de cada caso e explorar o ambiente e redes sociais de apoio em que a pessoa se insere mas, além disso, realizar o tipo de investigação politizada e enraizada nas suas experiências vividas que deve informar o Serviço Social enquanto disciplina e prática profissional:

“Social work needs politicised, historical research and practice that is grounded in the lived experiences of people in poverty and in the lived experiences, dilemmas and challenges of practitioners and activists; research and practise that are not afraid of being ‘counter’, committed and personal; research and practise grounded in an equilibrium of structure and agency, that tell the stories of men and women, young and adults who live in poverty as tales of pain on the one hand and of struggle and power, on the other, as tales of structure – limiting and damaging – on the one hand, and of subjectivity and agency – rich and human – on the other.” (Krumer-Nevo, 2009: 318)

Revisão da Literatura

1.1. Drogas, estigma e comportamentos aditivos: recentrar o problema

Drogas, ou substâncias psicoativas (SPA), são “quaisquer substâncias naturais ou de síntese (manipuladas ou criadas pelo homem) que, ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas, nomeadamente do estado de consciência e também alterações físicas (...) geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio do desprazer” (Patrício, 1995: 24). Como o nome indica, são substâncias que agem sobre a psique humana e afetam o seu funcionamento.

Existem evidências arqueológicas do uso de SPA há pelo menos 10.000 anos e fontes que relatam o seu uso cultural nos últimos 5.000 anos (Merlin, 2003). O seu uso nem sempre está associado a adições, dependências ou a problemas sociais. Na realidade, tendo em conta que substâncias como o açúcar, o café, o chocolate e o álcool – todas elas legais e normalizadas na nossa sociedade – são psicoativas, as pessoas com dependências são uma fração muito pequena do universo de utilizadores de SPA, ao qual a grande maioria de nós pertence ou terá pertencido nalgum momento das nossas vidas. Como se define, então, a dependência de substâncias?

A dependência é o consumo feito por necessidade e compulsão, em que o utilizador fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o seu consumo e tem uma determinação ativa para obter e consumir a substância (SICAD, 2016: 29). Não é necessário o consumo de SPA para existir uma dependência: ela pode ocorrer com qualquer comportamento que provoque uma sensação imediata de alívio, bem-estar ou alheamento. No entanto, por serem uma fonte de bem-estar, as SPA estão associadas a comportamentos aditivos e ao desenvolvimento de dependências. Vasconcelos define as “pessoas que parecem ter feito do seu uso o centro de uma forma de vida, os chamados toxicodependentes” – como “todos os consumidores regulares (...)”² que continuam o seu uso apesar dos problemas que tal consumo lhes coloca (...), consumindo-o para evitar os sintomas que se associam à abstinência” (2003: 370).

Estima-se que, presentemente, 10.4% da população entre os 15 e os 74 consuma algum tipo de droga³ em Portugal (SICAD, 2019: 19), enquanto apenas 1.1% reportam ter consumos de cocaína e 0.5% de heroína. A nível europeu, as estimativas do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) apontam para que a prevalência do consumo de drogas injetáveis seja mais elevada do que em Portugal (EMCDDA, 2019: 60).

A dependência é um processo complexo, que resulta da combinação de causas biológicas, psicológicas e socioculturais, também elas interdependentes entre si (Fernandes, 1997a). Desde a conhecida experiência do Rat Park, nos anos 80, que mostrou existir uma ligação entre o isolamento

² A definição é relativa ao uso de heroína por ser esse o seu objeto de estudo mas pode estender-se a qualquer comportamento aditivo.

³ Dados referentes a 2016-17.

social e o consumo de morfina em ratos (Alexander e Schweighofer, 1988), que se tem vindo a considerar que a dependência de substâncias é apenas uma parte do problema e que reflete, acima de tudo, um problema social, mais do que um problema individual. Segundo estes autores, o abuso e dependência de SPA está relacionado com o nível de integração social de uma sociedade. Nas sociedades com maior fragmentação social os comportamentos aditivos de todos os tipos aumentam drasticamente, justamente porque as pessoas os usam como forma de adaptação a essa fragmentação. Alexander (2010) propõe, assim, que se trate os comportamentos aditivos não como uma doença ou como uma falha moral mas como uma forma de adaptação maladaptativa, ou seja, uma resposta do indivíduo a uma situação nova que gera novos problemas, e que por isso a solução não deve ser a proibição e punição mas a prevenção, a integração social e o tratamento.⁴

Da mesma forma, o uso de drogas pode ser visto não apenas como uma consequência mas como causa de exclusão social (Fernandes, 1997b). Se, por um lado, o consumo proporciona uma deterioração das condições de vida do utilizador, por outro lado, os processos de marginalização social podem conduzir algumas pessoas ao uso de drogas (Carpentier, 2002). A exclusão social é um processo complexo e subjetivo de afastamento de todas as instâncias da vida social. Fatores como a pobreza, o desemprego, a precariedade, a pertença a minorias étnicas ou religiosas, a deficiência ou a velhice estão associados à exclusão social mas não estão forçosamente na sua origem: é possível, por exemplo, um indivíduo em situação de pobreza continuar a manter laços com a comunidade. A relação entre o consumo de drogas e exclusão social não é, assim, necessariamente causal, uma vez que a exclusão não afeta todos os consumidores de drogas (Tomas, 2001, *apud* EMCDDA, 2003: 65) nem ocorre sempre da mesma forma – os toxicod dependentes também continuam a manter laços com a comunidade, como bem mostram Luís Fernandes (1997a) e Luís Vasconcelos (2003).

Castro et al. (2011) propõem que se pense a questão da exclusão social em termos de vulnerabilidades, que condicionam ou fragilizam a relação do indivíduo com o outro e a sua participação na vida coletiva mas que não a determinam à partida:

“Nesse sentido, a pobreza, e as vulnerabilidades várias, resultam do accionamento das capacidades do sujeito num contexto de acção caracterizado por um conjunto de recursos mobilizáveis que moldam um sistema de oportunidades/constrangimentos nos quais se inserem. (...) O interesse desta abordagem (...) reside em poder conceber o processo de genealogia das necessidades como um jogo entre um sujeito com determinadas capacidades e um sistema que se apresenta com determinadas oportunidades. As necessidades derivam, então, de processos de desajustamento (de intensidade e frequência variáveis) entre capacidades e oportunidades.” (Castro et al., 2011: 327)

⁴ Alexander participou em 1995 no maior estudo internacional sobre o uso de cocaína realizado até à data, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O estudo, que nunca chegou a ser publicado oficialmente, sugere que as consequências do uso ocasional de cocaína são muito menores do que habitualmente se supõe, estando associadas a muito poucos problemas de saúde. Embora não tenha chegado a ser publicado, o próprio Bruce Alexander divulgou online o documento difundido pela WikiLeaks (Alexander, 2020), bem como o jornal britânico *The Guardian* (Goldacre, 2009).

1.2. Da proibição à descriminalização do consumo

A forma como a ciência (não apenas as ciências sociais mas também a medicina e a psiquiatria) retrataram as dependências de substâncias durante a maior parte do século XX tem vindo a ser profundamente revista nas últimas décadas. O próprio termo “toxicodependência” tem vindo a ser preterido face ao termo “adição” (Fabião, 2002: 38).

Em 2013, o manual de diagnóstico de doenças mentais da American Psychiatric Association (APA) DSM-5 veio introduzir alterações importantes na forma como as dependências e adições são tratados pela medicina, substituindo o binómio “dependência” e “abuso” pelos “transtornos por uso de substâncias,” caracterizados por “um padrão problemático de uso [de qualquer SPA], levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por meio de pelo menos dois [de onze critérios possíveis], ocorrendo durante um período de 12 meses” (APA, 2014, *apud* Ribeiro de Araújo e Laranjeira, 2016).

Ainda hoje, apesar dos dados de países como Portugal comprovarem a eficácia de abordagens centradas não na criminalização mas no tratamento e na inserção social,⁵ a maioria das políticas públicas de resposta ao problema das drogas continuam a centrar-se na proibição e criminalização do consumo.

A políticas de proibição emergiram no século XX, em resposta ao número preocupante de pessoas com problemas de dependências (como o consumo de opiáceos nos EUA por parte dos veteranos de guerra (Courtwright, 1982)). Nos anos 70, os EUA adotam um conjunto de medidas que ficou conhecido como “guerra às drogas,” centrado na dissuasão através da proibição e criminalização dos consumidores e no reforço das forças policiais e de combate ao tráfico, colocando os UD numa situação de ainda maior vulnerabilidade, tendo de recorrer ao tráfico para adquirir a substância, expondo-se a ambientes de crime e violência, e criando uma relação de medo e desconfiança com as autoridades, a polícia e os serviços sociais e de saúde. Nas décadas que se seguem, a guerra às drogas passa a ser usada como justificação para intervenções militares, policiamento de comportamentos e perseguição a grupos específicos:

“The Nixon campaign in 1968, and the Nixon White House after that, had two enemies: the antiwar left and black people. (...) We knew we couldn’t make it illegal to be either against the war or black, but by getting the public to associate the hippies with marijuana and blacks with heroin, and then criminalizing both heavily, we could disrupt those communities. We could arrest their leaders, raid their homes, break up their meetings, and vilify them night after night on the evening news. Did we know we were lying about the drugs? Of course we did.” (Baum, 2016)

A guerra às drogas vem, assim, reificar o estigma do utilizador de drogas como criminoso, indesejável e improdutivo, limitando as suas oportunidades enquanto cidadão e a sua capacidade de participação na sociedade ((Morel et al., 2001). 40 anos depois, a “Global Commission on Drug Policy” admite o seu fracasso: os gastos com a criminalização e medidas repressivas não conseguiram reduzir de forma eficaz a produção, o tráfico ou o consumo: os esforços repressivos dirigidos aos consumidores

⁵ Outras exceções que descriminalizaram o consumo incluem Canadá, Holanda, Nova Zelândia e Costa Rica (Toronto Public Health, 2018).

reduzem o impacto das medidas de saúde pública para reduzir o VIH, as mortes por overdose e outras consequências prejudiciais do uso de drogas, enquanto as despesas públicas em estratégias de redução da oferta e encarceramento em massa põem em causa o financiamento de estratégias mais eficazes, como a redução da procura e a redução de danos (The Global Commission on Drug Policy, 2011: 2).

Num estudo em que sugerem que a heroína injetada sob supervisão pode ser uma alternativa mais segura e eficaz à heroína de rua ou metadona, Strang et al. (2012) referem que grande parte dos riscos e danos associados ao consumo de heroína provém da sua ilegalidade, e relembram que o objetivo do tratamento é não apenas tratar a dependência mas os problemas de saúde e sociais a ela associados:

“Thus, it is the reduction of risk of heart disease or stroke or of lung cancer, etc. in the former cigarette smoker which constitutes an important health gain, even while the replacement nicotine supply is maintained. And similarly with the injecting heroin user, it is the quitting of involvement with use of ‘street’ heroin, disengagement from criminal activities and improvements in health and social well-being which are some of the important gains sought.” (ibid: 158)

Devido à proibição e ao discurso que a rodeia de que as drogas são, pela sua natureza, perigosas, a intervenção social que tem vindo a ser feita nesta área é maioritariamente centrada na ideia da abstinência (Barbosa, 2009). Apesar disso, nas últimas décadas, têm surgido outros tipos de abordagens, entre elas a que Portugal adota em 2001⁶ para responder ao enorme problema de consumo e tráfico de heroína que o país enfrentou nos anos 90 (com cerca de 100 mil consumidores – 1% da população (SICAD, s.a.)).

A descriminalização do consumo é a medida mais emblemática desta mudança de paradigma, que passa a tratar o consumo como um problema de saúde pública e não como um crime, mas enquadra-se num quadro de políticas públicas muito mais amplo – a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) –, que inclui igualmente respostas nas áreas da prevenção, da Redução de Riscos e Minimização de Danos, do tratamento, da reinserção social, do combate ao tráfico, da formação, informação e investigação científica e da cooperação internacional. A ENLCD prevê medidas como o programa de trocas de seringas, equipas de rua e intervenção comunitária, salas (fixas e móveis) para consumo assistido e serviços que possibilitem a análise de substâncias psicoactivas (*drug testing*).

Há duas décadas que a resposta portuguesa a nível institucional tem como princípios basilares o humanismo (no respeito pela agência dos utilizadores de drogas) e o pragmatismo (na garantia de condições mínimas de saúde e segurança perante uma prática que a repressão e proibição não conseguiram erradicar), que influenciam grandemente a forma como a intervenção social é feita, focando-se não apenas na relação da pessoa com a substância mas também na sua relação com o meio social e o ambiente em que se encontra:

⁶ Ao abrigo da Lei nº 30/2000, de 19 de outubro, e do Decreto-Lei nº 183/2001, de 17 de maio, que definem o regime jurídico aplicável ao consumo de substâncias ilícitas e descriminalizam o consumo privado, a aquisição e a posse para consumo.

“(…) considerando que a especificidade da intervenção assenta numa realidade complexa – na qual se reconhece que o consumo de SPA suscita e reflete fenómenos muito diferentes consoante a dinâmica gerada a partir da intersecção de aspetos como as substâncias, a pessoa, as redes sociais de apoio ou o enquadramento social, económico e político – deve a intervenção basear-se numa visão holística da pessoa e do meio em que se insere.” (SICAD, 2016: 19)

Como consequência destas medidas, Portugal tem registado uma redução continuada no número de óbitos por *overdose* de substância ilícitas: de 229 mortes em 2000 e 67 em 2003 (SICAD, 2004: 168) para 38 em 2017 e 49 em 2018 (SICAD, 2019: 74). A par da redução da mortalidade, os desenvolvimentos positivos nos encaminhamentos para tratamento são uma conclusão direta desta mudança de políticas públicas, resultado não apenas da melhoria nas respostas existentes mas de um aumento da confiança nos serviços sociais e de saúde por parte dos utilizadores de SPA.

Apesar dos avanços referidos, Barbosa (2009) argumenta que tem havido poucos incentivos políticos para implementação de medidas mais ousadas, como a troca de seringas em meio prisional (que só em 2007 foi adotada, e a título experimental), e as salas de consumo assistido, cuja implementação teve início em 2019 e apenas no distrito de Lisboa (CML, 2018).

1.3. A intervenção na área das dependências e a RRMD

A Redução de Riscos e Minimização de Danos aparece como um dos eixos de intervenção da ENLCD, com um “corpo teórico-prático coerente e distinto de outras modalidades de intervenção, como sejam a prevenção, o tratamento ou a reinserção” (Carapinha, 2009: 4). Este modelo de intervenção parte de uma postura humanista, pragmática, de aceitação e de não julgamento (Borges e Filho, 2004) e tem como principal objetivo a redução das consequências negativas do uso de drogas, reconhecendo a impossibilidade de erradicar o problema e procurando geri-lo de modo a minimizar as suas consequências (Fernandes, 2009), o que possibilita a atuação junto das populações que não se encontram capazes de, ou simplesmente não querem, interromper ou reduzir os seus consumos de SPA.

A noção de risco é um elemento central na atual “sociedade de risco,” que surge como uma resposta sistémica aos perigos e inseguranças introduzidos pela modernização (Beck, 2015 [1986]). Uma das formas que esta resposta tomou foi a progressiva privatização do risco, que passou a ser visto como uma responsabilidade individual. O que a intervenção em RRMD procura fazer é recentrar o problema no risco coletivo que ele acarreta. Em vez de encarar determinado comportamento como certo ou errado, procura vê-lo como seguro ou prejudicial (Feffermann e Figueiredo, 2006; Fischer et al., 2004). Tendo em consideração que a maioria das pessoas com dependências de SPA se encontra numa situação de marginalidade, afastamento e desconfiança dos serviços sociais e de saúde, reconhece a necessidade de criar formas de intervenção que vão ao seu encontro:

“(…) consiste em contactar uma população que consome substâncias psicoativas e que não se dirige aos serviços de apoio, com o intuito de a informar e motivar para a mudança no que reporta ao seu padrão de

consumo de substâncias e aos riscos/danos associados e ao desenvolvimento de ações com vista à estruturação de um projeto de vida de maior saúde e integração social.” (Carapinha et al., 2009: 27)

A intervenção em RRMD foca-se nos problemas identificados pela comunidade e pela população-alvo, o que implica encontrar respostas alternativas ao encaminhamento para tratamento – por exemplo, facilitando o acesso a materiais e espaços para um consumo seguro, acompanhamentos e apoios no acesso à saúde e a serviços sociais, *drug testing*, informação e educação para reduzir os danos do consumo.

As políticas de redução de danos implementadas têm demonstrado resultados na redução do consumo simultâneo de várias substâncias, na redução da partilha de material de consumo e na redução de práticas sexuais desprotegidas (Andrade et al., 2007; MacDonald et al., 2003). No entanto, também apresentam limitações: o pragmatismo e não julgamento da abordagem podem ser vistos como uma resignação em relação ao destino dos utilizadores de drogas, que minimizam o problema sem o solucionar (Fernandes e Ribeiro, 2002); os programas de substituição por metadona apresentam resultados ambíguos, registando-se muitos utilizadores de metadona que mantêm outros consumos (Fernandes, Pinto e Oliveira, 2006); a intervenção em proximidade pode ser vista como uma forma de controlo social, facilitando os encaminhamentos para tratamento, a detecção de práticas criminais e a higienização do espaço público (ibid). Há ainda evidências de que, apesar da distribuição de material e consciencialização para os riscos, a necessidade de consumo obriga os utilizadores a utilizarem seringas usadas, velhas, sujas ou enferrujadas (Deslandes et al., 2002).

Por não ser consensual em termos políticos e ideológicos, a implementação de estratégias de redução de riscos em Portugal tem sido demorada (Patrício, 2002; Barbosa, 2009) e as práticas profissionais continuam a optar por modelos de intervenção centrados na abstinência, persistindo no domínio político diversos preconceitos relativamente a estas medidas. Apesar destas limitações, a RRMD não deixa de ser um ramo fundamental das políticas de combate à droga, por se reconhecer que o acesso às necessidades sociais é prioritário face ao tratamento da dependência (Barbosa, 2011).

Em Portugal, os serviços de RRMD decorrem sobretudo de iniciativas privadas (Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou Organizações Não Governamentais (ONG)) e são financiados maioritariamente por fundos públicos. Estes serviços incluem equipas de rua mas também gabinetes de apoio e alguns centros de acolhimento. A nível estatal, os serviços existentes são sobretudo gabinetes de atendimento, mais distanciados da realidade dos consumidores (Andrade et al., 2007; Fernandes, Pinto e Oliveira, 2006).

Estas limitações não deixam de ser um reflexo das mudanças macroeconómicas que têm ocorrido nos últimos 30 anos – a globalização neoliberal, os avanços tecnológicos, a desregulamentação governamental e as políticas de austeridade (Standing, 2014; Soeiro, 2015) – que têm afetado profundamente o financiamento do setor de serviços sem fins lucrativos. Os cortes no financiamento têm dificultado o surgimento de novas respostas e contribuído para um aumento do trabalho não

remunerado no setor, através de trabalho voluntário, estágios não remunerados e horas extraordinárias não remuneradas (Baines, Cunningham e Shields, 2017).

1.4. O trabalho de par em RRMD

Por procurarem ir ao encontro desta população, os projetos de RRMD têm geralmente uma forte componente de intervenção comunitária (Ferro et al., 2014), em que a intervenção é vista como uma forma de potenciar a organização coletiva da população-alvo, de contribuir para que tome consciência das suas capacidades e de desenvolverem em conjunto soluções para os problemas por ela identificados (Cortès e Llobet, 2006). A figura do par surge como parte desta tomada de consciência e de construção coletiva da intervenção: uma equipa constituída por, ou que inclua, pares aproxima-se dos utentes não apenas pelo facto de este poder servir de “intérprete” ou de “ponte” mas pelo facto de a operacionalização da própria intervenção passar a ser partilhada com os membros da própria comunidade, defendendo a voz dos consumidores nas decisões que os afetam (Allman et al., 2006).

O par é alguém que se situa ao mesmo nível do outro, que se identifique com o mesmo grupo social, com base em características ou interesses comuns, e cujas funções do par consistem em três grandes domínios, que se encontram interligados – educação, apoio e advocacy (Marques, Mora e Santos, 2012: 26). Não existe uma definição única do conceito, perfil, competências e funções do par – ele deve ser definido consoante as necessidades da comunidade e os objetivos das equipas (ibid: 29).

Na prática, os PUD assumem uma variedade de papéis dentro da intervenção em RRMD, incluindo a educação de pares mas também a prestação de serviços de redução de riscos de forma direta, a promoção do aconselhamento de grupo, o apoio na investigação na área e a participação em comités consultivos (Marshall et al., 2015). Esta multiplicidade de papéis levou à opção em inglês pelos termos “*peer engagement*”, ou “*peer work*”, para descrever o trabalho dos PUDs em RRMD – em português, é comum o uso do termo “trabalho de pares”, mas também “peritos de experiência” e “educadores de pares”. Estes termos são praticamente idênticos: a educação de pares, por exemplo, define-se como uma metodologia de promoção da saúde que utiliza o “envolvimento de pessoas da mesma classe social, idade, estatuto social ou vivência cultural que se apoiam entre si, informalmente e formalmente sobre uma variedade de assuntos e preocupações específicas” (Costigan, Crofts e Reid, 2003: 38) com o objetivo de informar e gerar uma mudança nos valores, opiniões e comportamentos dos restantes membros da comunidade a que pertence (Backett-Milburn e Wilson, 2000; Svenson et al., 1998).

Por não se tratar de uma profissão formalizada, a formação dos pares não tem de seguir critérios ou requisitos específicos. No entanto, ela é fundamental para que os pares possam exercer funções que vão para lá da distribuição de materiais e alimentação (Marques, Mora e Santos, 2012: 27). A formação permite ao par “(...) conhecer e entender as questões associadas às toxicodependências [sic] nas populações com que trabalham, para serem capazes de demonstrar empatia e conhecimento dos assuntos com que as pessoas consumidoras de drogas se confrontam: drogas/substâncias que estão a ser usadas,

os seus efeitos, os padrões de uso, os sintomas típicos de ressaca, entre outros” (Frade, Vilar e Faria, 2008: 61). Por reconhecerem a sua importância, instituições ligadas à comunidade, como o GAT ou a APDES (Agência Piaget para o Desenvolvimento), oferecem formação para a intervenção de pares em RRMD em Portugal (ver Marques, Mora e Santos, 2012: 28 para a estrutura da formação levada a cabo pela APDES).

Os constrangimentos que envolvem a profissão e o estigma enfrentado pelos utilizadores de drogas levam a vários problemas na forma como os trabalhadores de pares são envolvidos, organizados e integrados nas equipas e a piores condições de trabalho para os pares (Bardwell, Kerr, Boyd e McNeil, 2018; Gillespie et al., 2018; Kennedy et al., 2019; Kolla e Strike, 2019).

Os UD representam um grupo potencialmente vulnerável a condições de trabalho precárias e desigualdade no trabalho, o que é parcialmente explicado pela sua vulnerabilidade socioeconómica e exclusão do mercado de trabalho (Boyd et al., 2018; Richardson et al., 2015), com taxas de emprego mais baixas comparativamente a outros grupos sociais (Sutton, Cebulla, Heaver e Smith, 2004).

Para além de ser um conjunto objetivo de condições de trabalho, caracterizadas pela inexistência de vínculos contratuais ou de vínculos frágeis, salários baixos e falta de benefícios sociais (Campbell e Price, 2016; Kalleberg, 2009; Kalleberg e Vallas, 2017), a precariedade é também uma condição social ou relacional, caracterizada pela incerteza e imprevisibilidade (Campbell e Price, 2016). Inúmeros estudos têm vindo a mostrar que as condições de trabalho precárias têm um impacto negativo na saúde mental e física de vários grupos (Benach e Muntaner, 2007; Lewchuk, Clarke e De Wolff, 2008), devido à desestabilização da insegurança e da privação material, levando à precariedade das próprias relações sociais e de poder (Benach et al., 2014; Clarke et al., 2007).

Apesar de ser um trabalho enquadrado dentro da filosofia de aceitação e não julgamento da RRMD, estudos recentes têm vindo a demonstrar que os pares podem não conseguir evitar a marginalização socioeconómica e desigualdades estruturais que os UD enfrentam noutros contextos laborais, existindo desigualdades salariais (Greer et al., 2018), barreiras à participação no mercado de trabalho (Guta, Flicker e Roche, 2013), e problemas de inclusão dentro das próprias equipas (Michaud et al., 2016). Por outro lado, enfrentam a pressão de um trabalho altamente exigente sem apoio suficiente por parte das entidades empregadoras (Kennedy et al., 2019; Pauly et al., 2020).

Sobre a realidade portuguesa, a investigação de Aguiar (2015) sobre o educador de pares numa instituição de RRMD, o Projeto 3R's no Porto, retrata alguns dos problemas acima mencionados, parecendo existir um distanciamento marcado entre par e técnicos (“os doutores” (Aguiar, 2015: 48)), e entre utentes e técnicos (“dos utentes no piso de baixo aos técnicos no piso de cima” (ibid: 84)), em que o par assegura sobretudo funções de monitorização do espaço e de interlocutor entre utentes e técnicos.

Metodologia

2.1. Método etnográfico e trabalho de campo

Esta dissertação tem duas componentes distintas. Por um lado, é uma etnografia profissional, que procura entender e explicar a intervenção social exercida pelos pares do IN-Mouraria; por outro, é uma etnografia sobre utilizadores de drogas, que procura entender de que formas o consumo e a adição moldam os seus percursos de vida e identidade profissional.

O método etnográfico foi escolhido por ser uma abordagem privilegiada no estudo de fenómenos sociais clandestinos ou marginalizados, em que o estabelecimento de uma relação de confiança é fundamental para se conseguir “respostas honestas” por parte das pessoas que os vivem:

“The participant-observation ethnographic techniques developed primarily by cultural anthropologists since the 1920s are better suited than exclusively quantitative methodologies for documenting the lives of people who live on the margins of a society that is hostile to them. Only by establishing long-term relationships based on trust can one begin to ask provocative personal questions, and expect thoughtful, serious answers.” (Bourgois 2001: 12-13)

Enquanto etnografia profissional, o recurso a entrevistas prolongadas é também uma forma de criar momentos de reflexividade. Através dela, “os profissionais não só transportam para os seus processos de educação formal as suas interrogações sobre o uso que fazem do conhecimento profissional, como se criam condições metodológicas para produzir conhecimento para a intervenção social e não apenas sobre o objecto intervenção social” (Caria, 2011: 287).

A recolha etnográfica, não podendo realizar inferência estatística por via de amostras aleatórias e grupos de controlo para simular um contrafactual, é por definição não replicável. Por esse motivo, o método etnográfico coloca uma enorme ênfase na necessidade de tornar explícitas as condições de produção do conhecimento científico gerado pelo seu trabalho de campo (Lima e Sarró, 2006: 20).

No método etnográfico a objetividade não se mede pela replicabilidade dos resultados, porque os resultados são fruto das relações (por definição subjetivas) que o investigador estabelece no terreno, mas pela “sinceridade metódica” (Malinowski, 1922: 4). Através da sinceridade metódica, o texto etnográfico assume simultaneamente um compromisso científico com a descrição objetiva do encontro humano e um compromisso ético com os indivíduos que participaram nesse encontro.

O trabalho de campo é a etapa do método etnográfico em que é feita a recolha dos dados. A recolha não é estranha a um assistente social: processos como a recolha de informação documental, a observação (participante ou não participante) em diferentes atividades e espaços, a recolha de notas de campo, a realização, gravação e transcrição de entrevistas fazem todas parte das suas práticas profissionais (Floersch, Longhofer e Suskewicz, 2014).

A observação-participante é uma forma de “pesquisa pela ação,” na qual se desenvolve “simultaneamente um trabalho de investigação e uma parceria colaborativa (...), encarando a construção colectiva dos processos, a par com a compreensão e a descoberta das identidades, como parte do processo de etnografia para a intervenção social” (Gonçalves, 2011: 105).

Como acima referido, a recolha empírica desta dissertação foi realizada maioritariamente através de observação, conversas e entrevistas a pares e técnicos do IN-Mouraria durante o período que decorreu entre setembro de 2019 e maio de 2020, sendo que no período entre outubro e março participei no espaço como voluntária a preparar e distribuir lanches.

Para além da observação, foram realizadas 9 entrevistas semi-estruturadas a 5 elementos da equipa (dois pares que já não integram o projeto, dois pares que integram atualmente o projeto, sendo um destes o seu coordenador, e o anterior coordenador). As entrevistas foram gravadas e seguiram um guião de perguntas previamente estabelecido, embora os entrevistados tenham tido liberdade para se desviarem dos temas abordados e para que eu própria ajustasse as questões consoante a nova informação que me foi sendo transmitida. No Anexo 1 apresenta-se uma estrutura de guião que exemplifica o tipo de perguntas e temáticas abordadas, o qual foi ajustado às especificidades das vidas e percursos de cada um e cada uma.

Para proteger o anonimato dos entrevistados, foram utilizados nomes falsos ao longo do texto e optou-se por não se identificar os autores das citações retiradas das entrevistas, por se considerar que não traria qualquer valor acrescentado à análise e poria desnecessariamente em causa o compromisso de confidencialidade para com os entrevistados. Optou-se ainda por não recolher informação sobre os utentes do IN-Mouraria, por se reconhecer que, dada a sua posição de particular vulnerabilidade e a relação de confiança já estabelecida com a equipa, poderiam sentir-se condicionados a participar na investigação para tentar corresponder às expectativas dos técnicos. Como argumentam Lima e Sarró (2006):

“(...) a visão holística («panóptica») que propunha Malinowski é incompatível com o inevitável compromisso ético que um etnógrafo assume. (...) «Estar lá» supõe ter amigos, perceber injustiças, criticar quem oprime e, inevitavelmente, ter um ponto de vista. (...) e este tomar partido não é sinónimo de pós-modernidade nem de subjectividade relativista. Mais relativista é aquele que quer ver as coisas de todos os pontos de vista, imparcialmente, do que aquele que defende que a melhor forma de lutar pela verdade é começar por criticar as injustiças nitidamente perceptíveis.” (2006: 30-31)

2.2. Campo empírico, universo e amostra

Se o trabalho comunitário deve gerar novos sujeitos sociais, novos agentes coletivos e novas formas de relação entre eles (Cortès e Llobet, 2006: 11), a ação coletiva não tem necessariamente de surgir dos profissionais de intervenção social. Exemplo disso é o GAT, uma iniciativa criada por pessoas que vivem com VIH para advocacy e defesa da sua comunidade. O grupo constituiu-se em 2001 como ONG e descreve-se como “uma estrutura de adesão individual e de cooperação entre pessoas de diferentes

comunidades e de diferentes organizações, afetadas pelo VIH e SIDA, infeções sexualmente transmissíveis, hepatites virais e tuberculose”, que “advoga mudanças legais e políticas que afetem positivamente a saúde, os direitos e a qualidade de vidas das pessoas que vivem com VIH ou em risco de se infetarem” (GAT, s.a. a). A partir do foco nas questões do VIH, os seus membros sempre lutaram pelos direitos de vários grupos particularmente afetados por elas, como é o caso dos utilizadores de drogas:

Eu acho que um dos grandes contributos do GAT foi a questão da troca de seringas. Foi das coisas mais brutais, que reduziu drasticamente os impactos da cena. (...) Todo este trabalho de informação, e todos os resultados que se vêm e todas as vezes que Portugal é apontado como exemplo lá fora, vem muito desta gente, dos anti-proibicionistas.

Em 2018 houve 91 mortes por casos de VIH associados ao consumo de drogas (SICAD, 2019: 89), uma redução substancial face aos 412 registados em 1999, num contexto em que o Programa de Troca de Seringas ocupa um papel central (no 1º Semestre de 2019 foram distribuídas 670 mil seringas e 230 mil preservativos (SNS, 2019)).

O IN-Mouraria é um serviço do GAT dirigido especificamente a PUD. É um projeto de intervenção comunitária pensado desde o início por e com pares, que tem como base um princípio de igualdade e horizontalidade entre pares, técnicos e utentes:

Tentámos fazer alguma coisa que fosse respeitadora da comunidade, aberta, com trabalho de pares, com um foco grande no VIH e Hepatite C, mas ao mesmo tempo que combatesse esta coisa de "o Doutor é que sabe", "o técnico é que não sei quê", "o utente tem de se adaptar, se não fizer não sei quê não pode entrar". Tinha de ser uma abordagem completamente diferente. Não fazia sentido ser um conjunto de "iluminados" a decidir. Reduzir ao máximo as barreiras de acesso, atrair as pessoas para o espaço, fazer coisas na área da saúde e também do ativismo, porque o GAT também tem essa parte, publicar muito, não só dados mas também algumas perspetivas mais pessoais.

O espaço abriu as portas ao público em abril de 2013 (GAT, s.a. b). Descrevendo-se como um *drop-in* (“aparecer”, em inglês), serve exatamente para isso: para as pessoas aparecerem. As atividades desenvolvidas no espaço incluem a “Disponibilização de preservativos (externos e internos) e saquetas de gel lubrificante à base de água; Aconselhamento por pares; Rastreamento rápido por pares, anónimo, confidencial e gratuito da infeção por VIH, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C, e da sífilis; Cuidados de saúde: enfermagem, consulta médica, tratamentos, apoio na medicação, referenciação; Intervenção realizada por Pares: informação, apoio, produção de material informativo, acompanhamento a serviços sociais e de saúde; Apoio social: informação e referenciação em áreas relacionadas com saúde, tratamentos, documentação, prestações sociais, questões jurídicas, emprego/formação, habitação e acesso a outros serviços; *Drop-In*: complemento alimentar, acesso a telefone e internet, distribuição de produtos de higiene e roupa; Distribuição de material para consumo fumado e injetado” (ibid).

Quando começámos este projeto não havia nenhum drop-in, não havia uma referência para o que estávamos a fazer. (...) Então foram discutidas algumas regras, do tipo: vamos evitar que as pessoas trafiquem cá dentro, que troquem dinheiro, qualquer coisa que tenha um potencial de conflito. Pode ser

dinheiro visível, pode ser fazer negociatas, usar arma branca visível no espaço. Uma dessas regras era não consumir dentro do espaço, até porque tínhamos receio que alguma coisa corresse mal ou que alguém se queixasse do próprio espaço. São regras que provavelmente são um bocadinho datadas mas tínhamos de ter uma base para começar, e que depois também podem ser negociadas.

O espaço está organizado como uma sala de convívio, com sofás e cadeiras onde é comum ver utentes sentados a conversar, um balcão onde são realizados atendimentos e um espaço onde se servem lanches entre 17h e as 19h.⁷ O espaço está decorado com cartazes com informações e slogans de redução de danos que de formas diferentes ilustram a mensagem que o projeto pretende passar: “apoiar, não punir” – a ideia de base da RRMD. O serviço disponibiliza aos utentes uma casa-de-banho, atendimentos com uma assistente social e atendimentos de saúde com médica ou enfermeira, uma zona onde os utentes podem escolher e experimentar roupa, carregadores de telemóvel e um telefone a partir do qual podem fazer e receber chamadas. Os utentes podem ainda colocar o IN-Mouraria como sua morada para receber a sua correspondência pessoal.

A equipa técnica do IN-Mouraria é multidisciplinar, composta por pares, técnicos de redução de riscos, uma assistente social, uma enfermeira e uma médica. Para além do espaço aberto ao público, a equipa tem ainda uma importante vertente de produção e diálogo com a comunidade científica, realizando estudos, publicações e participando em conferências. Os pares do GAT participam regularmente em formações dentro da área da redução de danos e do VIH/Hepatite C, mas também são eles próprios formadores de pares.

Desde há dois anos que o coordenador do projeto é um par – decisão que vem justamente da vontade de dar voz aos membros da própria comunidade para se defenderem e autodeterminarem. Esta decisão é pioneira dentro das instituições deste género e exemplificadora do tipo de trabalho que o IN-Mouraria realiza:

Não conheço em Portugal nenhum espaço como o IN-Mouraria e não conheço no mundo nenhum espaço como o IN-Mouraria em que o coordenador seja um par. Acho que o GAT tenta quebrar aqui um ciclo de que só as pessoas licenciadas, só as pessoas que têm um certo tipo de saber, que é certificado...

O universo ou população da investigação é constituído pelos UD que integraram a equipa do IN-Mouraria entre os anos 2013 e 2020. Dentro deste universo, reuniu-se um conjunto de quatro sujeitos, que mostraram disponibilidade em participar na investigação e dentro das restrições temporais e de escala da dissertação. Os sujeitos não constituem uma amostra representativa do universo, pelo que a análise dos seus testemunhos não é, por isso, extensível ao resto do universo. Para além dos pares entrevistados, como já foi referido, foi ainda realizada uma entrevista adicional ao anterior coordenador do projeto, que coordenou o espaço desde a sua abertura em 2013 até 2018.

⁷ Desde março que, em resposta à emergência de saúde pública causada pelo novo Coronavírus (COVID-19), os atendimentos e serviços prestados pelo IN-Mouraria passaram a ser feitos de forma individual e a distribuição de complementos alimentares foi interrompida.

2.3. Entrada no terreno: ‘opções’ e acasos

Quando iniciei a investigação para esta dissertação, o meu objetivo era estudar pessoas com dependências crónicas de SPA (essencialmente heroína e cocaína) que utilizassem canábis para ajudar o seu processo de recuperação. Esta pesquisa levou-me até várias pessoas que trabalhavam ou tinham realizado trabalho de par e, logo nas primeiras entrevistas que recolhi, o ser par e ser ativista pelos direitos dos utilizadores de drogas surgiram recorrentemente como temas centrais nas suas histórias. A temática da recuperação não abstinente (discutida mais aprofundadamente na secção 4.3) surgia intrinsecamente ligada aos meios em que se moviam e à sua identidade profissional e política. Para além disso, o facto de, até ao momento, se ter dado o acaso de a maioria das pessoas a quem tinha chegado serem ou terem sido pares, tornou evidente que a alteração da pergunta de partida levaria a uma recolha etnográfica muito mais relevante para o Serviço Social. Esta mudança deve ser vista como um crescimento dentro do campo de análise e do conhecimento do terreno – foi por saber mais que pude fazer essa escolha.

A aproximação ao terreno é um processo demorado, porque o investigador é um estranho que vem de fora, ou porque o grupo que se pretende estudar é particularmente fechado sobre si próprio, ou por restrições linguísticas ou culturais. No meu caso, a aproximação foi feita sem muitas obstruções – fui recebida de braços abertos pela equipa e utentes do IN-Mouraria e a maioria dos intervenientes mostrou-se disponível para colaborar comigo no que eu precisasse. A primeira destas pessoas foi o José, que me apresentou ao resto da equipa e que me deu a oportunidade de realizar voluntariado no espaço, não apenas por uma vontade da minha parte de participar e apoiar o projeto mas também como forma de conviver e contactar com os utentes, consumidores com vários perfis diferentes, potencialmente na situação que eu procurava (usos “automedicados” de canábis para fins terapêuticos).

À medida que a investigação foi avançando e eu decidi recentrar o foco da investigação nas questões ligadas ao trabalho de pares, já tinha estabelecido contactos no terreno, já tinha iniciado o voluntariado no IN-Mouraria e realizado algumas entrevistas a pessoas que trabalhavam ou tinham trabalhado como pares no projeto. Neste sentido, fiz um esforço para explicar com clareza a alteração do tema da investigação, para que percebessem as minhas motivações com clareza e não se sentissem defraudados. Esta explicação foi sendo dada às pessoas à medida que me ia encontrando com elas, o que levou a alguma confusão inicial entre membros da equipa, que foi sendo superada ao longo das conversas e entrevistas no restante tempo do trabalho de campo.

Acima de tudo, a passagem de um universo privado, focado no uso individual de uma substância psicoativa ilícita para fins terapêuticos, para um universo coletivo, focado numa prática profissional dentro de uma instituição específica, exigia uma abordagem completamente diferente e a formalização de uma relação institucional com a associação a que o IN-Mouraria pertence: o GAT.

O método etnográfico exige um compromisso de total transparência para com as pessoas que aceitam partilhar as suas narrativas privadas e a falta de clareza da parte da investigadora pode pôr em

causa a relação de confiança que é necessária para a própria existência da investigação. Por respeito a essa relação de confiança, considero importante retratar o processo de mudança de tema com o máximo de “sinceridade metódica” possível.

Uma Profissão em Construção

3.1 Caracterização sociodemográfica e percursos de vida

Como já foi referido, ao longo desta investigação foram entrevistados 4 pares, dos quais 2 são ex-membros da equipa do IN-Mouraria e 2 são atuais trabalhadores, sendo um deles o atual coordenador do projeto, e o anterior coordenador. Os pares são 2 homens (José e Manuel) e 2 mulheres (Marta e Sofia) e situam-se todos na faixa etária dos 35-55 anos.

Os primeiros consumos são feitos na adolescência. Manuel consome heroína fumada pela primeira vez aos 12 anos, José começa a beber álcool e a fumar haxixe aos 12, e cocaína snifada aos 17, Sofia começa a fumar haxixe aos 13 e heroína aos 20 e Marta tem o seu primeiro contacto com SPA durante a infância, devido a problemas de saúde, e começa a tomar Valium regularmente aos nove anos:

Aos nove anos comecei a fumar tabaco e a beber álcool de vez em quando às escondidas. Aos doze estava completamente agarrada aos Valiums e tentei fazer eu própria sem os meus pais saberem uma desintoxicação, com álcool, do Valium 10. Não foi propriamente passar de uma coisa para a outra, foi beber até arrochar para não ficar com insónias e para não me sentir nervosa. E consegui tirar o Valium 10, mas basicamente depois disso foi o descalabro a nível de álcool.

Em termos de percurso escolar, José teve um percurso relativamente curto, terminando a escolaridade entre o ensino básico e o terceiro ciclo, Manuel terminou o terceiro ciclo, tendo, já depois de trabalhar no GAT, feito um curso profissional de administrativo financeiro, e Sofia completou o ensino secundário. Marta interrompeu os estudos para ir trabalhar e, mais tarde, terminou o ensino secundário. Apesar de a interrupção dos estudos não ter sido consequência direta do consumo de drogas, o facto de terem uma fonte de rendimento independente veio facilitar o seu poder de acesso às substâncias e tornou os seus consumos mais regulares:

Não gostava de estudar, acho que a escola não foi feita para mim. A escola que há não é adequada para mim. Hoje se calhar havia outras hipóteses mas no meu tempo não havia, era aquela e era aquela. O meu pai disse-me logo "se não queres estudar, vais trabalhar". E quando a gente começa a trabalhar começa a ter dinheiro e com o dinheiro começa a poder fazer aquilo que quer e lhe apetece. Então comecei a consumir substâncias muito cedo. Canábis, principalmente, e álcool.

Ao longo dos seus percursos de consumo, as substâncias maioritariamente consumidas foram a heroína e a cocaína, apesar de terem preferências por substâncias e tipos de administração específicos – José e Marta por *speedballs* (mistura de heroína e cocaína injetadas), Sofia por heroína injetada e Manuel por *crack* (cocaína fumada), sendo que este, nos últimos anos do seu consumo, começou a usar heroína para conseguir dormir.

Os empregos que tiveram durante os seus percursos de consumo foram relativamente precários e sujeitos às exigências de alguma flexibilidade de horários e de deslocações ao Casal Ventoso para comprar o produto. Apesar de relatarem períodos (que podiam durar até vários anos) em que conseguiam

estabelecer rotinas e equilibrar os consumos com um emprego, estes períodos são alternados com períodos de maior inconstância e falta de estrutura:

Arranjava um trabalho, arranjava uma casa, até tinha conseguido parar ou abrandar, controlar o consumo naquele mês, depois estava ali um mês ou dois com a casa, lá conseguia alugar casa, ter o trabalho, pagava as despesas... O outro mês já tinha tudo pago, até tinha um dinheirinho de sobra, começava a consumir... Já fostes. Cai tudo outra vez, já não pagava a renda no outro mês, no outro mês a seguir já o senhorio me estava a pôr na rua.

Os tipos de trabalho realizados abrangem diversas áreas, desde a construção civil, serviços administrativos, vendas e entregas de produtos ao domicílio, assim como atividades ilícitas, como o furto ou a venda de drogas, e recorreram, também, a mecanismos de subsistência, como pedir dinheiro na rua ou arrumar carros. Por serem geridos em torno da necessidade de consumir, os trabalhos realizados durante os anos dedicados ao consumo não permitiram construir a partir deles “uma verdadeira identidade social” (Carvalho et al., 2007: 18), através da qual pudessem extrair um sentimento de utilidade, integração e pertença:

O último ano que eu passei a consumir foi sozinho. Eu saía, arranjava dinheiro, comprava, voltava para casa e ia consumir, saía, arranjava, consumia. Basicamente, isolei-me. Eu lembro-me de estar a consumir e chorava e dizia “Amanhã eu vou parar, preciso de mudar de vida. Estou farto disto, não aguento mais isto.” Mas a verdade é que no outro dia acordava – não acordava, porque muitas vezes não dormia – e não conseguia parar. Eu sabia que tinha um problema, eu queria parar, mas era incapaz.

Os seus percursos de recuperação e tratamento foram igualmente diversos, embora todos partilhem a ideia de que a recuperação não é o tempo que passou desde que se consumiu pela última vez mas uma prática e uma relação. A dependência não desaparece com a interrupção do consumo, ou mesmo com a mudança de hábitos ou de vida: “não é suficiente estar afastado das pessoas e dos territórios de consumo. É preciso saber ser e estar, acreditar, manter atitudes e novos comportamentos, que aos poucos se vão enraizando na pessoa e na rotina do dia-a-dia do toxicodependente [sic] em recuperação” (Vicente, 2020: 225-226). Para as pessoas para quem ela foi, em determinado momento, a relação central nas suas vidas, ela é tão complexa, exigente e permanente como uma relação amorosa ou familiar. A recuperação é simultaneamente o processo de desconstrução dessa relação e o processo de (re)construção de outras, de manutenção de alicerces e redes de apoio, de construção de uma vida independente e autónoma, de trabalho na relação consigo mesmo:

Recuperação tem a ver com aquilo que a pessoa faz realmente na sua vida. É recuperar aquilo que perdeu, aquilo que devia ter tido e não teve porque estava a consumir. Isto é que para mim é recuperar, é recuperar a sua vida, a sua dignidade, a confiança das pessoas, a amizade das pessoas, recuperar a família, recuperar o trabalho, o carro, a casa, os filhos, os cães...

A adição não é apenas uma relação com a substância mas uma relação com a prática e com o mundo social que a envolve. As suas redes sociais foram construídas maioritariamente em torno da substância e do consumo. Interromper os consumos, mesmo que a pessoa não corte relações com as pessoas com consumos ativos – um requisito comum na maioria dos programas de tratamento – implica que a

convivência com estes grupos seja menos frequente, porque a sua relação é construída em torno de uma prática que a pessoa escolheu abandonar. Se não for substituída por outras práticas e relações, ela pode deixar um vazio muito grande nas suas rotinas:

Para já, estavas habituado a um ritmo de vida bastante intenso. Estás sempre a fazer coisas para arranjar dinheiro, para comprar, esperar pelo dealer, arranjar um sítio para consumir, consumir e ir arranjar dinheiro outra vez. Depois, sentes falta das pessoas com quem falas diariamente. É um sentimento de vazio brutal. É uma abstinência de tudo aquilo que tu tinhas e agora não tens nada. Isto é tudo muito difícil de gerir. Não é quando acaba a ressaca física que acaba o problema da pessoa. Se calhar é quando acaba a ressaca física que a pessoa já está capaz de conseguir fugir para ir para lá outra vez. (risos)

A recuperação não é um percurso linear: “hoje sabe-se que, apesar da realização de inúmeros tratamentos e da manutenção de grandes períodos de abstinência, é comum observar-se a recaída de toxicodependentes [sic] em recuperação e por várias as vezes estes se submetem a tratamento” (Teixeira e Ricou, 2008: 27). Este processo de tentativa-erro está presente nos percursos de recuperação de todos os pares aqui entrevistados.

Das suas trajetórias fazem parte uma variedade de Comunidades Terapêuticas (CT) e a organização dos Narcóticos Anónimos (NA). Apesar da importância que a participação nas reuniões de NA teve para eles, hoje em dia sentem-se mais afastados dos princípios e do modelo de tratamento de NA, em particular a ideia de que recuperação implica abstinência:

Por vezes surgem alguns dogmas, as coisas são muito absolutas, e se calhar são úteis num determinado contexto, para trabalhar com as pessoas de maneira muito robusta, sem dúvidas, sem hesitações. É esta ideia de que “as pessoas que usam drogas são todas desonestas ou manipuladoras.” “É preciso confrontar.” Há todo um espectro dentro da área. As pessoas são humanas e dentro do humano cabe muita coisa.

Os próprios pares têm experiências muito diversificadas no que toca a recuperação e tratamento. É exemplo disso o caso do José, para quem o tratamento em diversas comunidades terapêuticas não funcionou e que conseguiu interromper os consumos de heroína e cocaína em casa de um amigo, mantendo outros consumos (essencialmente de álcool e cânabís). Histórias como a do José ilustram a importância da postura pragmática e de não julgamento que a equipa defende.

A sensação que eu tive dentro destas Comunidades todas onde passei, que foram algumas dez, foi sentir-me sempre preso. Não ter direito aos meus direitos, não poder fazer o que me apetece, quando o que eu queria não fazer era apenas só aquilo. E então foi-me sempre difícil o tirarem-me todos os direitos. (...) Quer dizer, foda-se, eu usava drogas, curtia tanto usar drogas, não me sentia bem porque aquilo já me estava a estragar a minha vida, mas quer dizer, aqui sinto-me mal, porra! Aqui é que eu não quero tar, prefiro tar a usar drogas. Pá, pelo menos, olha, tenho a vida toda estragada mas estou contente que estou a usar drogas. (risos)

Dos quatro pares, apenas um não contraiu infeções pelo consumo intravenoso: dois deles foram infetados com VIH e três com hepatite C. Tendo tido a maioria dos seus consumos antes da descriminalização e da ENLCD, a realidade por eles vivida era, em muitos aspetos, de maior risco.

Como mostraram os dados anteriormente referidos, a informação, o programa de troca de seringas e as iniciativas de RRMD, feitas no local e em proximidade com as populações com consumos, vieram reduzir substancialmente o número de infeções da população de UD:

Nós não tínhamos consciência da cena. Eu lembro-me de nós falarmos entre nós, comunidade das pessoas que utilizavam drogas injetáveis, tipo "Tens Hepatite C? Ah! Se fosse SIDA..." O outro é que matava, aquilo [a Hepatite C] não tinha problema nenhum. E era assim que nós encarávamos a coisa, levemente. Estares a ressacar, saberes que estavas a correr riscos e mesmo assim corrê los.

As duas mulheres entrevistadas referem ambas que o facto de serem mulheres as colocava numa posição de maior fragilidade: o ser consumidora expõe-na a uma realidade já por si violenta (os confrontos com a polícia, o tráfico, o estigma, etc.) e o facto de ser uma mulher consumidora expõe-na não só a um estigma acrescido (porque se espera que a mulher cumpra o papel social de mãe e cuidadora) como a uma maior possibilidade de serem vítimas de violência física ou sexual (EMCDDA, 2017). A OMS (2013) estima que uma em cada três mulheres já foi vítima de violência física ou sexual na sua vida e que a estatística é ainda maior em contextos de exclusão social, marginalização e estigma:

Ser mulher PUD é muito complicado. Porque para além de todo o estigma e preconceito que a própria sociedade tem, depois mesmo dentro do teu próprio grupo és vista como... mais fraca. Eu não estou metida nos meandros há 20 anos, portanto não te consigo dizer quais são os registos em concreto neste momento, mas aquilo que eu acho que se passava há 20 anos continua a passar-se agora. És mais roubada, és violada, muitas vezes tens de ajoelhar e fazer coisas que não te apetece fazer porque o teu corpo vende-se e é uma moeda de troca, ou com o dealer ou com um gajo naquela altura para te tirar a ressaca. Eu acho que as mulheres infelizmente sofrem mais e são mais vítimas.

A realidade da violência, física ou sexual, que afeta as mulheres baseia-se, em parte, nas ideias culturalmente construídas do corpo feminino como fisicamente menor e mais fraco, e por isso vulnerável a agressões, e do corpo masculino como potencialmente perigoso, maior e mais forte. Como resume Hollander: "Vulnerability to violence is a core component of femininity, but not masculinity. Relatedly, potential dangerousness is associated with masculinity, but not femininity" (2001: 84). Para contrariar esta potencial vulnerabilidade, é possível que as mulheres adotem uma postura agressiva como forma de autoproteção:

Nós, as mulheres, e tu se trabalhares nesta área vais-te aperceber disso, as mulheres são piores que os homens. Têm de se defender mais. Tens de estar sempre à defesa. Se não estás à defesa, já te estão a atacar, portanto tu tens de estar à defesa. Tens de estar sempre alerta. Os homens não, a vida de um utilizador de drogas homem é muito mais facilitada. Eu não sou muito da cena de dividir sexos, agora, a divisão existe. Claro que existe.

A presença de mulheres na equipa técnica não reflete apenas a importância de representar as populações a que se pretende chegar mas a necessidade de criar espaços onde elas se sintam seguras e à vontade. José relata que, numa altura do IN Mouraria em que foi preciso contratar mais um par, a decisão de contratar uma mulher (que para além de ter sido utilizadora de drogas tinha feito trabalho sexual) contribuiu para que o serviço conseguisse chegar a outras pessoas e a outros grupos:

O que se revela é que assim que ela começa a trabalhar no IN-Mouraria começam a vir mais mulheres ao IN-Mouraria, começam a vir mais trabalhadores do sexo ao IN-Mouraria, começam a vir mais trans ao IN-Mouraria, a malta gay também começa a ter mais à-vontade dentro do espaço do IN-Mouraria.

3.2 Tornar-se par: formação e preparação para a intervenção

Todos os elementos entrevistados neste estudo integraram a equipa inicial do IN-Mouraria. A sua aproximação ao GAT ocorreu através do contacto com outros membros da comunidade (de UD e de pessoas que vivem com VIH). Marta e José têm o seu primeiro contacto com a associação em 2005, através do fórum AIDSPortugal, um grupo de apoio online para pessoas que vivem com VIH,⁸ quando o GAT organiza as suas primeiras Jornadas e convida membros de várias organizações, entre elas o AIDSPortugal, para participar:

Eu quando tive o tratamento do fígado não dormia, estava cheia de dores, então metia-me na internet à procura de coisas sobre o tratamento. (...) É curioso, porque eu estava à procura de informações sobre hepatite C e fui parar a um chat que se chamava AIDS Portugal. Na altura a malta falava muito porque precisava de falar, porque as medicações eram muito difíceis, não havia grupos de auto-ajuda, não havia nada, basicamente. (...) Não havia nada quando eu conheci o GAT. Era um grupo de pessoas que produzia a revista [Ação e Tratamentos], mandava imprimir e fazia a distribuição a nível nacional. Não tinha empregados, não tinha nada. Todos os serviços feitos no GAT eram voluntariado. (...) No dia em que os conheci, pedi logo para ser sócia.

Marta foi voluntária do GAT durante três anos antes de se tornar funcionária. Sofia entra para o GAT para a parte administrativa, a fazer os relatórios financeiros dos projetos, e Manuel entra depois, através de Sofia, que conhece nas reuniões de NA. José foi contratado já para integrar a equipa do IN-Mouraria. Apenas o José permaneceu sem interrupções até ao momento presente – os outros três deixaram a equipa após cerca de um ano e meio e passaram para outros serviços do GAT, sendo que a Marta regressou à equipa em 2018 e se mantém atualmente em funções. O anterior coordenador permaneceu com a equipa até 2018, altura em que foi substituído pelo José, o atual coordenador.

Em termos de experiência prévia, todos referem que a passagem por diferentes formatos de tratamento e em particular pelas reuniões de Narcóticos Anónimos foi um importante momento de aprendizagem, onde praticaram formas de apoio e acompanhamento muito similares ao tipo de trabalho que vieram depois a realizar enquanto pares.

Foi em NA que conheci o trabalho de pares. NA é trabalho de pares, só que numa forma não paga e que a pessoa nem se apercebe. É um grupo de pessoas que todas passaram pelo consumo e que se ajudam mutuamente. Só mais tarde, quando entrei no GAT é que eu vi "foda-se, eu faço esta merda há tanto tempo e nem sabia que estava a fazer esta merda!"

Sofia e Marta tinham ainda tido experiências anteriores de trabalhos formais como mediadoras de pares em CT e equipas de rua de RRMD:

⁸ http://apps.siquant.pt/aidsportugal/Online_Experts@15.aspx consultado em 30/09/2020.

Há cerca de 20 anos que eu trabalho mais ou menos dentro da área do VIH, sempre como mediadora ou como par ou como monitora. Ao longo dos anos vai-se evoluindo a maneira de se descrever mas no fundo é um trabalho de par a par e ninguém inventou nada, porque antes destas coisas tu já vias este modelo reproduzido por exemplo no Patriarch e na Remar e não sei quê. É sempre aquela coisa de duas pessoas, uma a acompanhar a outra...

O processo de adaptação ao trabalho realizado no IN-Mouraria consistiu sobretudo em formações dadas por profissionais com experiência em projetos similares, entre eles membros do GAT. As formações continuam a ser feitas de forma regular pelos membros da equipa, organizadas quer pelo próprio GAT quer por outras entidades ou organizações dentro da área. Os pares com mais anos de experiência integram eles próprios os currículos de docentes de ações de formação de pares PUD.

A inexistência de uma categoria profissional de “par” obriga que o planeamento destes momentos de formação seja feito pela própria organização mas também permite uma maior flexibilidade na escolha de conteúdos que respondam a necessidades concretas da equipa. As formações abrangem um leque variado de temáticas dentro da área da RRMD, desde o consumo vigiado (atualmente realizado pelo Programa de Consumo Vigiado Móvel (PCVM) da Câmara Municipal de Lisboa e co-gerido pelo GAT e Médicos do Mundo) a formações dentro da área da saúde:

Fazemos uma média de 10 formações por ano. As coisas estão sempre a mudar. Ainda ontem era naloxona injetada, agora já é nasal... E a própria intervenção também pode mudar, até porque as formas de consumo também mudaram, as pessoas mudaram, e nós temos de nos adaptar também.

O foco na constante formação dos membros da equipa revela a importância dada a que intervenção tenha um fundamento técnico, com capacidade de refletir sobre a sua prática e que estabeleça um diálogo com o conhecimento já existente. É na partilha entre conhecimento teórico e conhecimento que decorre da experiência concreta que se sustenta uma prática informada: “um fazer qualificado só é possível com um saber aprofundado e refletido” (Amaro, 2018: 10).

Acho que uma coisa é ter noção que já fizemos muito trabalho como par, outra é sermos um par a sério, profissional, com formação, treinado para responder a uma quantidade de situações. A minha própria especialização, porque a profissão de par não é nenhuma profissão.

O IN-Mouraria pertence ainda à Rede de Rastreio Comunitária, onde os pares podem receber formação para realizar rastreios de VIH, hepatites B e C e sífilis, permitindo “o acesso à prevenção e à saúde sexual de uma forma mais eficaz e congruente com a realidade” (GAT, s.a. c), bem como a referenciação para o SNS e acompanhamento no acesso ao diagnóstico, tratamento ou profilaxia.

O conhecimento e a experiência do par são constituídos não apenas nos momentos de formação mas ao longo da sua experiência de vida. Os pares mobilizam o conhecimento de vários anos de utilização dos materiais e das substâncias, de contacto com utilizadores e traficantes, de partilha de saberes, de experiências e de histórias, de aprender a navegar no mundo da ilegalidade, de estratégias e esquemas para arranjar dinheiro, de experienciar discriminação no acesso aos serviços e na relação com as forças de autoridade. Não é apenas um saber-fazer, é também um saber-saber (Marques, Mora e

Santos, 2012: 33). Tal como o conhecimento ensinado nas faculdades aos técnicos de intervenção, ele é testado, atualizado e *peer reviewed*:

Eu costumo dizer que eu sou doutorado na escola da vida. Tenho um doutoramento. Tenho uma especialidade! Consumi drogas injetáveis durante mais de uma década, especializei-me em consumir drogas.

Mais do que substituir este conhecimento, a formação e a educação para uma redução dos danos do consumo veio conferir-lhes uma nova forma de pensar os consumos e as práticas a eles associados. Os pares são formados para saber responder a diversos tipos de consumos e o IN-Mouraria procura ter informação atualizada para redução dos danos do consumo de uma variedade de drogas. No entanto, existe a consciência de que as pessoas que injetam drogas se encontram numa posição de particular fragilidade, pelos riscos a ela associados (Strang, 2012):

Eu cheguei a comprar seringas a mil escudos, o preço de uma dose, no Casal Ventoso no dia de Natal. E é para quem quer, senão vais dar com a seringa de outro ou vais dar com a seringa com que já consumiste dez vezes. E às vezes as pessoas cometem algumas loucuras, devido à necessidade, à ressaca, ao ter de fazer as coisas com alguma urgência... Eu sentia muita dificuldade em consumir quando recaía, porque se estivesse muito tempo longe as pessoas desconfiavam logo que eu já tinha ido fazer alguma coisa. Então as "escapadinhas" teriam de ser muito rápidas. E depois já não olhas para trás, aí, e às vezes cometes alguns erros, usas seringas de outra pessoa, para não ires buscar, para não ires comprar, para não ires ali à carrinha lá em cima e perder mais cinco minutos.

A experiência dos pares com a utilização de drogas permite-lhes, pelo menos, ter consciência da diferença que o acesso à informação teria feito nos seus próprios consumos, e que o contexto de proibição e de desinformação em que aprenderam a injetar levou a que corressem riscos evitáveis. A par da ideia de aceitação e não julgamento, a redução de danos no consumo não é apresentada estritamente como um mal menor, ou seja, uma alternativa para quem não consegue, ou não quer, parar os seus consumos, mas como um direito do utilizador de drogas de se proteger e ser informado para poder fazer as suas próprias escolhas com consciência dos riscos que corre e conhecimento para os minimizar:

Uma coisa muito simples que é a desinfeção no local da injeção, a maior parte das pessoas não o faz, hoje em dia, apesar de a maior parte dos kits ter um toalhete. As pessoas usam o toalhete depois, para estancar o sangue. Se o toalhete há algo para que não serve é para estancar sangue! Para estancar sangue é uma coisa seca, não é uma coisa molhada com álcool. Eles fazem a coisa ao contrário porque não sabem, porque não há informação. Mas eu identifico-me, porque eu também era assim. Só quando comecei a trabalhar no IN Mouraria é que comecei a perceber "Epá, as coisas que eu fazia dantes que eram muita mal feitas!"

Apesar das mudanças positivas que reconhecem que ocorreram desde o final dos anos 90, os pares não deixam de criticar a criminalização da posse e da venda que continuam a pôr problemas aos utilizadores de drogas, que são forçados a comprar a substância ilegalmente, com todos os riscos que isso acarreta:

A dificuldade não é o consumo da substância, é esta proibição que envolve toda a substância e todas as consequências que vêm desta proibição. A discriminação, a violência, a polícia – porque estamos a

comprar uma coisa que não se pode vender e não se pode comprar – o preço, a pureza das drogas... A gente vai à farmácia e sabe que o Valium 10 é Valium 10, não é Aspegic ou outra coisa qualquer. Sabemos que é aquilo. Neste mercado negro nunca se sabe o que é que se está a comprar. Muitos amigos meus morreram porque compraram coisas que não podiam ser injetadas, como remédio para ratos.

Para uma pessoa com um percurso de vida marcado pela dependência de drogas, passar a integrar uma equipa de intervenção é em si mesmo uma dificuldade (Marques, Mora e Santos, 2012). É preciso ajustar-se a uma nova realidade, a uma dinâmica de equipa, receber formação, aprender novas competências. Pode ser preciso, também, dependendo do quão estabilizada estiver a sua vida no momento em que começa a trabalhar, resolver uma série de questões mais práticas, desde questões de saúde, legais, habitação, como gerir o dinheiro, etc.

Apesar do apoio que a equipa procura disponibilizar aos pares, trata-se de um trabalho que exige uma enorme disponibilidade mental ou emocional da parte do par. É possível – e provável – que a pessoa não se sinta, por qualquer razão, realizar este tipo de trabalho. No caso de isso acontecer, ela pode abandonar a equipa e passar para outro serviço do GAT, podendo continuar a realizar trabalho de pares noutra projeto da associação. É exemplo disso o caso de Manuel, que que atribui a sua saída da equipa ao final de um ano ao desgaste emocional que o trabalho lhe causava:

Depois com o tempo esse trabalho desgastou-me um pouco, porque exige muito a nível emocional. Tu perdes utentes, porque ou morrem, ou vão presos... Tive algumas situações com alguns utentes que mexeram muito comigo e eu não me soube proteger. Por mais que eu queira, por mais que eu tente ajudar, por mais que eu faça, a decisão não é minha. E esse sentimento, ao longo do tempo, foi-se tornando difícil de gerir. (...) Mas ao mesmo tempo, identifico-me. E houve ali um turbilhão. E eu pensei "Eu já não tenho capacidade para gerir. Se vou passar por isto muitas vezes, isto vai ser um problema para mim."

3.3 Funções, práticas e identidade profissional dos pares

Os pares e técnicos do IN-Mouraria estão encarregues de manter o espaço a funcionar, quer em termos de organização e logística, quer na disponibilização de material e na promoção da redução de riscos nos consumos. A equipa realiza ainda atendimentos e acompanhamentos aos utentes, em tudo o que a pessoa precise de fazer e que não se sinta confortável ou capacitada para fazer sozinha:

Nós fazemos acompanhamentos sociais de todo o género: Junta de Freguesia, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Cartão de Cidadão, Santa Casa da Misericórdia, reinserção social, Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, Finanças, Segurança Social... Se a pessoa estiver internada no hospital, vamos ver a pessoa. Se a pessoa estiver num tratamento para drogas, vamos ver a pessoa também, dentro dos possíveis, porque normalmente os tratamentos são em zonas mais longe e já é mais complicado. Se a pessoa quiser ir para internamento e quiser que sejamos nós a levá-la, também vamos. E depois a nível de saúde também é tudo, basicamente.

Os pares mobilizam a sua experiência pessoal para entender a complexidade e as contradições da relação do UD com a substância, com as práticas que a envolvem e com as redes sociais que se constroem à volta dela. Esta experiência é partilhada com os utentes, permitindo-lhes criar uma relação de maior proximidade com a pessoa, fazê-la sentir-se mais à vontade e ter uma linguagem comum através da qual ela pode expor as suas necessidades e história de vida nos seus próprios termos:

Fazia um bocado o papel de assistente social. Com uma vantagem, a meu ver, porque a pessoa comigo falava tu-cá-tu-lá, porque sabia à partida ou que eu era VIH positiva, ou que tinha hepatite C, ou que já tinha vivido na rua, ou que eu era utilizadora de drogas, porque eu falava de igual para igual.

A experiência partilhada também se estende ao mundo que envolve o consumo e o tráfico, uma vez que, apesar de o consumo não ser crime, a compra, a venda e a posse de SPA continuam a ser ilegais. As relações que são estabelecidas à volta destas práticas são fragilizadas pelo medo e pela desconfiança, pela possibilidade de um confronto com as autoridades, a possibilidade de ser preso, enganado ou roubado, e pela ameaça iminente da ressaca. Esta “insegurança estrutural” acaba por ser um outro elemento identitário que é partilhado entre pares e utentes:

Até porque nós, utilizadores de drogas, principalmente a maior parte destes que viveram isto mesmo a sério, as drogas a sério, vem de um ambiente de violência, de agressão, de confronto, de conflito, de enganar um, de enganar o outro, de mentir...

Outra dimensão importante do trabalho realizado por pares e técnicos é a questão da advocacy, do ativismo, da participação em conferências e encontros internacionais e da produção de estudos e documentos com informação sobre consumos, saúde e redução de danos. A advocacy e a investigação encontram-se muitas vezes interligadas – por exemplo, a defesa de uma maior pluralidade no que respeita aos tratamentos implica uma permanente atualização relativamente às novas abordagens que vão surgindo, como a heroína medicalizada (Strang, 2012):

Eu acho que todos os tratamentos são válidos. Mas como somos todos diferentes, o que funciona para mim pode não funcionar para ti, portanto convém que haja várias opções para se chegar a todas as pessoas. Agora, o tratamento é feito em dois braços. Tens o braço da substituição e tens o braço da abstinência. E eu acho que devia haver muito mais braços aqui. Pelo menos mais um devia haver, que é o consumo controlado. Porque, se formos ver... O que é que nós temos do braço da substituição? Eu tenho um problema de heroína, vou a um CAT, o médico do CAT vai-me dar buprenorfina. Para já, é um medicamento que tenho de comprar na farmácia, sou eu que tenho de o pagar. Depois, este medicamento não substitui a heroína, só previne a ressaca de heroína. A metadona é um bocadinho melhor, que é gratuita, mas é um bocadinho pior porque a dependência daquilo é pior que a heroína e pior que a buprenorfina. E depois, também não dá a moca que dá a heroína. Porque as pessoas quando consomem drogas é porque gostam das mocas, porra! E eles querem substituir todos os outros efeitos que as substâncias nos dão, menos a moca. A malta gosta é da moca! Portanto acho que neste braço falta, por exemplo, uma heroína medicalizada, ou morfina, uma substância qualquer que dê moca às pessoas, que as pessoas gostem de consumir aquilo e que se sintam bem, pá. Acho que isto não faz confusão nenhuma, a pessoa não produz aquela substância que a faz estar bem e precisar de algo extra, que é uma droga. E consegue ter uma vida dita normal e consegue fazer a sua vida normal.

Ter de lidar diariamente com consumidores “no ativo” coloca um desafio particular a uma pessoa que tenha tido uma relação de dependência com as substâncias em questão – no caso, heroína e cocaína – mas o desafio é diferente de pessoa para pessoa. De um modo geral, ele é maior para os pares que não têm uma vida tão estruturada e que não têm outras redes sociais e de apoio:

Se estás limpo, essa decisão tem de ter uma base muito sólida. Porque tu vais ver pessoas a consumir à tua frente, vais ver pessoas que estão sob o efeito, e se tu não tens uma base sólida... Se tu não tens uma base sólida, se a tua decisão não está ali bem estruturada, tu corres um grande, grande risco de voltares a usar drogas. Porque tu não tens capacidade para gerir os sentimentos que certas situações te trazem. A primeira vez que vi alguém consumir, vidrei. Fiquei parado. A pessoa estava sentada no chão, nós andávamos a fazer equipas de rua, foi a primeira vez que fiz equipas de rua, e a pessoa estava a consumir cocaína fumada, que é a minha droga de eleição, e eu vidrei. Mas não me apeteceu consumir! Só que já não via há tantos anos que vidrei, parei.

O ajustamento ao mundo laboral é demorado e não se pode esperar que seja feito apenas pelo par. A equipa precisa de estar preparada para responder a todas estas dificuldades, prestando um acompanhamento psicossocial que respeite as “vulnerabilidades do sujeito e a consequente necessidade de facilitar a sua estabilização biopsicossocial, bem como no que respeita à promoção do seu bem-estar na sua nova relação com o seu papel profissional particular e com o trabalho em geral” (Marques, Mora e Santos, 2012: 41). É importante estabelecer regras e dinâmicas organizacionais flexíveis, negociadas e adaptadas às necessidades específicas do par (ibid: 43) – como por exemplo, a gestão de faltas, a remuneração, pausas e a relação com consumos (Toronto Harm Reduction Task Force, 2003):

Um par não cai automaticamente de pára-quedas numa equipa e de repente é par e sabe tudo porque já usou drogas. Há coisas que têm de ser discutidas, como esta de "falo sobre quê? Quantas horas?" Quanto tempo é que a pessoa tem de estar disponível para coisas que lhe provocam dor? Por exemplo, falar de coisas que a preocupam, recaídas, agressões, ou ver amigos que têm problemas. Isso tem de ser discutido. (...)Pôr por exemplo uma linha vermelha nas coisas que não se quer discutir, porque não é por se ser par que se tem de falar sobre todos os assuntos. Há pessoas que não querem falar de suicídio, ou violência, etc. Tentar que a pessoa ponha um limite no número de horas em que está a falar sobre estas questões. Isso também é muito importante no contexto do IN-Mouraria porque algumas pessoas vivem não só no trabalho mas depois do trabalho imersas sempre no mesmo registo.

Se a recuperação exige uma vida estruturada e redes sociais de apoio, a gestão e o trabalho emocional que o par tem de fazer exigem uma estrutura de apoio ainda maior, devido ao facto de ele implicar o contacto com temas potencialmente sensíveis para a pessoa e o convívio continuado com utilizadores de drogas. Como bem relembra o Serviço Social, a disponibilidade para lidar com os problemas dos outros tem um peso grande na sua própria estabilidade e exige um trabalho constante de apoio emocional e *self care* (Vélez et al., 2016; Ruela e Albuquerque, 2015). Para os pares, este trabalho é ainda mais importante:

O que é um facto é que uma das coisas que eu me apercebi ao longo destes anos é que a maneira como eu olho para um pacote de heroína é diferente da maneira como tu olhas para o mesmo pacote de heroína. E isso chama-se craving. (...) Portanto, se eu quiser estar a trabalhar num contexto em que esteja a lidar

com esta realidade todos os dias, quer seja no craving dos pacotes, quer seja no rever-me no outro gajo que está a consumir, eu preciso de algum apoio emocional, porque senão passado 15 dias estou lá com ele a festejar.

Por reconhecer a exigência do trabalho de pares, a equipa procura realizar um trabalho contínuo de apoio e de disponibilidade perante quaisquer dificuldades que possam desestabilizar a sua vida pessoal, sejam elas relacionadas ou não com consumos, e ter flexibilidade para se ajustar às exigências das vidas de cada um e cada uma:

Se temos esta visão de que as drogas não é só o consumo mas também é uma parte social e de habitação e que provoca questões com as famílias, conseguir também abrir caminho aos colegas nessas áreas. E conseguir conversar e negociar e estar disponível para o colega que estiver a passar uma má fase. Hoje em dia também se considera que a dependência é uma questão crónica, portanto é normal que a pessoa tenha altos e baixos. A equipa tem de estar consciente disso e apoiar. "Apoiar, não punir", lá está.

Esta flexibilidade permite aos pares responsabilizarem-se pela manutenção dos seus próprios processos de recuperação, ao mesmo tempo que demonstra disponibilidade para que recorram à organização para apoio na resolução de quaisquer problemas que possam surgir. Tratando-se de uma organização relativamente pequena, com algum grau de informalidade, existe bastante abertura para que os trabalhadores tomem a iniciativa de escolher e gerir a forma de se cuidarem que for melhor para si:

Acho que o GAT nessa parte é um bocado o resultado de nós mesmos. Se eles nos vêm a fazer terapia é normal que aconselhem. Aconselham tudo o que seja bom para nós. O GAT é um bocado isso, é o acesso aos direitos, à saúde, à informação, a todas essas coisas. Eu estou aqui há 11 anos e sempre fiz terapias, sempre pude sair a meio da tarde, quando fazia em Almada saía às 14h e já não vinha, porque depois saía de lá às 17h e coiso. Eu acho que o GAT sempre apoiou, agora o GAT não cria as coisas, têm de ser as pessoas a perceberem as suas próprias realidades e a perceberem o que é que funciona para si.

Justamente pela enorme exigência emocional deste trabalho, a equipa tem bastantes dificuldades em encontrar candidatos dispostos a exercer esta função – o trabalho de pares é visto como um potencial risco de recaída para a maioria dos UD em recuperação.

Trabalho, Liminalidade e Resistência

4.1. Empatia e conexão: a relação terapêutica no trabalho de pares

O *drop-in* realiza um trabalho importante de distribuição de material e de prestação de serviços à comunidade mas é comum haver pessoas que o frequentam não para utilizar os serviços mas apenas para frequentar o espaço, pelo convívio. O apoio que a equipa presta aos utentes é comunitário, no sentido em que gera comunidade: permite às pessoas combater o isolamento, criar laços com pessoas que se encontram a passar por experiências semelhantes à sua e apoia no acesso a serviços a que a pessoa teria dificuldade em chegar sozinha:

Num sítio como este, não temos mais nada para oferecer a não ser a relação com as pessoas. Não damos subsídios, não damos alojamento, não temos um balneário... Basicamente é uma coisa mais de relação.

Aquilo que faz um bom par é idêntico ao que caracteriza um bom profissional de intervenção social: a capacidade de chegar ao outro e de o ajudar (Phaneuf, 2005; Pena, 2012). A centralidade da relação é particularmente evidente num contexto de trabalho com populações marginalizadas:

Acho que as pessoas valorizam outro tipo de coisas, a disponibilidade, se vêem alguém que é disponível, que se lembra, no dia seguinte, de trazer não sei quê. Às vezes não são só coisas materiais, mas que se lembra do nome, que tem disponibilidade para conversar, as pessoas agradecem muitíssimo, até porque têm imensas lacunas, solidão, carência, provavelmente também passam todo o dia por situações de rejeição... Incomodam aqui, são expulsos do canto quando estão a dormir, são roubados, são agredidos, são insultados. Um contexto em que as pessoas são “normais”, amáveis, disponíveis, pode ser surpreendente a conexão.

A construção da relação é importante para a forma como o utente se vê a si próprio enquanto cidadão e participante ativo na criação da comunidade. A relação com os pares é uma parte essencial desse processo, não apenas pela possibilidade de se sentirem apoiados por uma pessoa que já passou pelo mesmo mas pelo próprio facto de ver uma pessoa com um percurso de vida semelhante ao seu a realizar trabalho de intervenção e defesa da sua comunidade, reforçando a ideia de que as suas experiências e conhecimento são válidos e úteis:

Por isso é que os pares no GAT são coordenadores dos serviços. Porque realmente foram eles que sentiram na pele esta problemática, estas dificuldades e que de uma forma ou outra são as pessoas que lutam pelas suas comunidades. Acho que não há nenhum enfermeiro no mundo... Pode lutar igual. Mais do que eu, não luta pela minha comunidade.

Ao longo da minha observação, assisti a vários momentos em que os utentes do IN-Mouraria demonstraram ver o espaço como algo que também é seu – intervinham ativamente na decoração do espaço, por exemplo oferecendo objetos e bujigangas para expôr nas paredes, propunham atividades à equipa, traziam comida para distribuir entre todos nos lanches.

Se a dependência é um problema social, ligado a questões como o isolamento e a falta de redes sociais bem estabelecidas, a solução passa pela construção de comunidade e de relações em que os indivíduos possam confiar. A formalização e “cientismo excessivamente reductionista”⁹ (Martin, Sugarman e Thompson, 2003: ix) da intervenção social não apenas limitam a capacidade de atuação do assistente social como camuflam a verdadeira natureza da relação terapêutica: empatia e conexão (Prilleltensky, 2008; Fook, 2016). A centralidade que a relação assume na intervenção não é nova para o Serviço Social (Lopes, 2015) – é relativamente consensual que, “seja qual for o tipo de intervenção, se for criada a relação adequada, a pessoa poderá desenvolver a sua capacidade de mudança, reorganizando a sua personalidade de forma madura.”¹⁰ (Vélez et al., 2016: 5)

Como argumenta Amaro (2018), a investigação em Serviço Social exige a superação da dicotomia entre a esfera do conhecimento e a esfera da ação. Isto significa uma valorização dos “saberes gerados a partir da prática” (ibid: 1) que falta na concepção modernista do conhecimento, justamente pela sua tendência de polarizar a forma como se pensa sobre conhecimento, teoria e prática. O pressuposto de que o conhecimento é um corpo fixo e objetivo de ideias que apenas pode ser gerado através de métodos científicos particulares é utilizado para legitimar o poder profissional. O corpo de conhecimento que constitui o Serviço Social é construído com um tipo específico de conhecimento, gerado de formas legítimas e protegidas pela profissão (entre elas a investigação). Ao construir a teoria e a prática como entidades separadas, polarizadas e fixas numa hierarquia rígida que privilegia a teoria, a visão do académico acaba por dominar a visão do profissional – e a perspectiva do profissional acaba a dominar a do utente (Fook, 2016: 50).

Quando se retiram as hierarquias saber-ação e profissional-utente da relação de ajuda, aquilo que se mantém é a construção conjunta de um ambiente em que o utente se sinta seguro e capacitado para realizar aquilo que quer fazer com a sua vida:

Trata-se de pessoas, não se trata de tapetes, não é um gajo a quem eu estou a fazer uma caridadezinha. Acima de tudo é a pessoa que está ali, antes de qualquer trampa do que é suposto ou o que for. Para mim o que é importante ali é a pessoa. O que é que ela precisa, até onde é que eu posso ir...

Reconhecer a existência de múltiplas formas de compreender e produzir conhecimento não implica inverter a relação hierárquica entre teoria e prática, porque isso perpetuaria a sua polarização e hierarquização, mas antes criar novas formas de relacionar teoria(s) e prática(s) (ibid: 58). Por essa mesma razão, é igualmente importante reconhecer que, tal como a capacidade de criar conexão não surge com a formação académica, também não surge automaticamente pelo facto de duas pessoas terem passado por experiências de vida semelhantes:

Nós somos complexos, não é só por usar-se drogas que se sente uma empatia imediata por alguém que usou drogas. Pode ser por outras questões, por exemplo de género, ou simplesmente porque há muita empatia. (...) Porque senão fica uma equipa um bocadinho desequilibrada, se achamos que só pessoas

⁹ Tradução minha.

¹⁰ Tradução minha.

com determinado perfil podem trabalhar nesta área. (...) Eu vi pares muito próximos de algumas pessoas, também vi utentes a recusar por exemplo trabalharem com algum dos pares por alguma razão, dizer "não quero ser acompanhado por essa pessoa." Já vi alguns pares a serem brilhantes nas conferências, a falar em público, etc. e técnicos mais tímidos.

Mais uma vez, uma parte fundamental da experiência do par é não apenas a relação com os utentes mas com a intervenção em si. A relação que o par estabelece com os utentes não é apenas uma relação de ajuda, ela implica uma relação com o seu próprio passado e processo de recuperação. Para que essa relação seja saudável para ambos, o par tem de aceitar e valorizar o seu percurso de vida e a sua identidade de UD (Marques, Mora e Santos, 2012: 32). A mera aceitação serve de exemplo para os seus pares – não por ser um modelo a seguir mas porque lhes permite repensar a forma como pensam os seus próprios percursos de vida e identidades.

4.2. O direito à diferença: desconstruir hierarquias na produção de identidade

Na ideia do par enquanto “intermediário” entre técnicos e utentes, está implícito um distanciamento de ambos os grupos. Neste distanciamento subentende-se um processo de transição, em que a pessoa abandona, de certa forma, o seu grupo de origem, mas não pertence ainda ao novo grupo. Turner (1982) apelida o processo de desestruturação da identidade que a pessoa sofre durante esta transformação de “liminaridade”. Enquanto se situa no limiar entre grupos, ela encontra-se num plano de incerteza e ambivalência. A identidade do par parece estar numa situação de liminaridade permanente, em que a ambivalência da sua posição social pode ser uma fragilidade, porque põe em causa a identificação com o grupo de origem, mas também uma força, porque lhe confere uma maior mobilidade fora dos limites de ambos os grupos.

É também esta ambivalência que permite construir uma categoria identitária que desafie a tendência modernista a pensar em “pares de opostos” (Fook, 2016: 107 – em inglês “binary oppositional categories”). Quando se define uma categoria em oposição a outra, com a qual é mutuamente exclusiva, fica implícito que as características de uma não podem pertencer à outra. Ou seja, a produção da identidade é também a produção da diferença. E, porque são determinadas pelo discurso dominante, as categorias de diferença perpetuam hierarquias e categorizações dominantes (Fook, 2016: 107-108).

Por não se inserir no binómio oposicional técnico-utente, que fixa a relação de poder e a subalternidade do utente face ao técnico, ou à instituição que o técnico representa, a categoria do par tem a possibilidade de se construir fora desta hierarquia. Contudo, é também possível que passe a ser pensada como um elemento intermédio, acima do utente e abaixo do técnico, devido à sua anterior identificação e proximidade com o grupo subalterno.

Esta forma de olhar para as identidades e para a relação entre o grupo que intervém e o grupo sobre quem se intervém estendem-se igualmente à relação entre conhecimento e ação: a abordagem crítica “aponta para um caminho de grande proximidade entre investigação e acção e oferece um modelo capaz

de descodificar a complexidade inerente ao Serviço Social enquanto campo multiforme” (Amaro, 2018: 4) sem o categorizar em termos hierárquicos ou cristalizar relações de poder.

Neste caso concreto, este tipo de abordagem permite reconhecer a capacidade e o conhecimento dos pares para participar e tomar decisões sobre a sua comunidade em pé de igualdade com qualquer profissional ou investigador que trabalhe sobre estas questões e simultaneamente reconhecer as vulnerabilidades específicas que os pares, pelas suas experiências de vida, podem ter e que possam interferir com a sua capacidade de trabalhar.

Os pares, pelo facto de a sua relação com drogas constituir por si própria um conflito interior, têm uma fragilidade adicional que deve ser tida em conta e a que as equipas precisam de estar preparadas para responder:

Acho que este trabalho é mais difícil para nós do que para os outros técnicos. Não é que os outros técnicos não tenham sentimentos, não é nada disso, mas acho que nós sentimos mais porque já passámos por aquilo. Eu lido diariamente com o meu passado. A maioria das pessoas que eu conheço que já deixou de usar drogas diz que não era capaz de fazer este trabalho.

Minow (1985) explora o dilema de como reconhecer e validar a diferença sem levar a discriminações injustas no trabalho com pessoas com deficiências: é possível criar categorias de incapacidade sem estigmatizar ou discriminar contra as pessoas que se definem por essas categorias? De acordo com a autora, a criação de rótulos pode ser útil e até necessária para consciencializar o público, para nomear e validar a experiência destas pessoas, ou mesmo para pressionar avanços políticos. Ao mesmo tempo, o mesmo processo de categorização e produção da diferença pode abrir espaço para a possibilidade de tratamentos discriminatórios com base nela.

Minow propõe que se identifique o problema da diferença nas relações que a definem e não na diferença em si. O problema não é inerente à característica que identificamos como diferente, está na forma como a diferença é construída. O estigma existe porque se assume que “semelhança” é sinónimo de “igualdade” e “diferença” sinónimo de “desigualdade”. Numa formulação mais inclusiva, que entenda “diferença” e “igualdade” como podendo existir em simultâneo, a atribuição de diferença pode inclusive levar a uma maior igualdade (Fook 2016: 110-111).

Boaventura de Sousa Santos resume este dilema na conhecida frase: “Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (Sousa Santos, 2003: 56).

Para uma verdadeira igualdade entre pares e técnicos enquanto profissionais de RRMD, é necessário reconhecer as especificidades dos pares que, se não forem tidas em conta, podem prejudicar o seu trabalho e bem-estar. Este reconhecimento não se trata apenas de uma questão identitária, como a frase de Boaventura pode levar a crer, mas de uma questão de saúde e integridade dos pares e de corrigir desigualdades que os prejudicam. Mas, para reconhecer que não existe necessariamente uma igualdade

entre os grupos, é necessário criar espaços para que as pessoas do grupo subalternizado possam partilhar as suas experiências:

É muito útil falar-se dos consumos e normalizar. Por exemplo numa campanha em que se tenta mostrar que há diversidade no tipo de consumidores, acho que isso tem muito impacto e é útil. Mas também tenho visto, mesmo nesta área dos chamados consumos problemáticos, de vez em quando alguém a dizer “eu também consumi” para se pôr ao mesmo nível dos pares, que eu acho que é uma certa apropriação que também não é justa. Porque quando eu digo “o meu colega era par” não é tanto por causa da questão do consumo. O percurso de vida dele tinha sido completamente diferente. Desde problemas legais, viver com Hepatite C, o estigma, elementos da família que tinham tido um percurso igual, os problemas de saúde, o peso, a culpa... Que não é comparável a, sei lá, se eu saio à noite e tomo uma pastilha uma vez a cada seis meses. Não é nada comparável. Também não é bom querer ser-se muito empático e pôr-se as coisas ao mesmo nível porque não são.

Por outro lado, se a tentativa de mostrar a “igualdade” entre pares e técnicos, ou entre quem faz e quem recebe a intervenção, pode levar a que as vulnerabilidades do grupo subalternizado sejam invisibilizadas, também é possível que a exaltação da diferença leve à construção da identidade dos pares como um patamar intermédio entre técnicos e utentes. Na etnografia sobre o educador de pares no projeto 3R’s do Espaço Pessoa, no Porto, Aguiar (2015) descreve um projeto semelhante ao IN-Mouraria em termos de população-alvo e serviços prestados, em que a diferenciação entre par e técnicos é muito mais demarcada: os técnicos são tratados por “doutores”, fisicamente separados dos utentes e do par, com os doutores no andar de cima e o par no andar de baixo, a relegação de tarefas mais práticas ou logísticas ao par. A própria forma como o par vê o seu papel na equipa reflete esta separação: o par descreve-se como intermediário e guarda-costas (ibid: 75) dos técnicos.

Pensar os pares como uma categoria intermédia entre técnicos e utentes, com um corpo de conhecimento específico e relevante mas acima de tudo com a capacidade (que a categoria de “técnico” não tem, ou que tem em menor quantidade) de “atravessar a fronteira” que separa os técnicos dos utentes, pode levar a dois problemas fundamentais. Se, por um lado, ela corre o risco de perpetuar a oposição hierárquica entre técnicos e utentes, em que o poder e a autoridade se concentram do lado dos técnicos, por outro lado, ao partilhar com a população com quem intervém a expectativa e o hábito de que surjam conflitos e episódios violentos, o par pode acabar a pessoa da equipa que se encarrega de os resolver, pela sua proximidade a este mundo, o que aumenta a carga emocional do trabalho por ele realizado.

Acontece em alguns projetos. O par é o que limpa, é o que faz tarefas práticas, não pensa, não tem um discurso. [No IN-Mouraria] os pares propõem e ajudam a organizar atividades mais políticas, de discussão de políticas de drogas, do acesso à PreP ou a tratamentos de Hepatite C.

Quando a produção da diferença (entre pares e técnicos, entre técnicos e utentes) não é construída pelos grupos que a sofrem, ela é a antítese da agência (Jeffrey, 2011: 71). A ambivalência da categoria do par no IN-Mouraria é fundamental para o tipo de intervenção que é feita por este projeto: em conjunto com a comunidade, através dela e para ela. Mesmo quando está só aberto a distribuir material, o IN-Mouraria é um espaço ativista e político, que põe em causa, na sua prática, as ideias hegemónicas do

que um técnico ou um par podem fazer, daquilo que pode ser a relação entre equipa e utente, do tipo de trabalho que os utilizadores de drogas podem fazer:

Eu gosto muito do que faço. Acho que tenho a hipótese de fazer aquilo que toda a vida quis fazer, que era alterar um pouco este sistema, mudar as coisas, dar mais condições às pessoas. E aqui tinha hipótese, que o meu trabalho era mesmo fazer isso.

Tratar os pares como “produtores” da intervenção é um passo fundamental na autonomização da população com quem se intervém. É igualmente importante tratar os utentes como “co-produtores” dos serviços – estabelecer práticas que promovam a sua auto-confiança, resiliência e a qualidade das suas relações:

Uma das minhas funções no acompanhamento é autonomizar a pessoa. Porque eu amanhã posso partir uma perna e não quero que a pessoa deixe de ir ao hospital. Eu tenho é de criar condições a nível social e a nível de a pessoa conseguir navegar sozinha os serviços.

4.3. Recuperação, consumos e recaídas

Como já foi referido, a recuperação não é um processo linear. Tal como a recuperação, também a recaída é não linear: não é o ato de consumir que constitui a recaída, é também todo o processo de falta de manutenção e de desestruturação que antecede o consumo. Por isso mesmo, o processo de recuperação é algo que tem de ser feito continuamente e para o resto da vida:

E aqui contra mim falo, porque eu hoje estou limpa mas amanhã posso não estar. Estou tão longe ou tão perto como uma pessoa que consumiu há cinco minutos. As drogas é uma merda, é uma coisa que para o resto da vida tens consciência que gostas daquilo.

Devido à postura de não julgamento e de não imposição da organização, o GAT não exige dos seus trabalhadores que não tenham consumos. Os pares são livres para gerir essa parte das suas vidas da forma que entenderem, desde que consigam manter uma assiduidade e uma regularidade no trabalho, e com a supervisão e acompanhamento da equipa:

O acordo a que chegámos foi que era muito intrusivo sermos nós a definir (...) e o que as pessoas fazem na sua vida privada é da sua responsabilidade.

Os consumos não são vistos pelos pares como um problema em si mesmo – só o são a partir do momento em que começam a interferir com o cumprimento das suas responsabilidades. Um par com consumos regulares é um potencial fator de desestabilização para toda a equipa, podendo interferir na sua relação com os utentes, afetar o seu estatuto junto dos UD e dificultar a separação entre o contexto de trabalho e as suas necessidades pessoais (Marques, Mora e Santos, 2012: 35-37). Os próprios pares reconhecem esta interferência:

Por muito que eu gostasse de dizer que os consumos não interferem com a tua forma de trabalhar, isso é treta. Porque qualquer consumo, seja de heroína, de álcool... Se tu apanhares uma bezana de caixão à cova hoje à noite e amanhã tiveres um exame na faculdade, de certeza que o teu rendimento não é o mesmo. (...) Os utilizadores de drogas, pelas suas características, porque passam muitas noites ali

acordados, depois no dia a seguir têm dificuldade em cumprir. A questão dos horários, a questão de termos ficado para trás, isso são coisas que são reais.

A equipa, por centrar a sua intervenção na área das drogas, encontra-se numa situação privilegiada para ajudar a pessoa que se encontre em processo de recaída: conhece os recursos que existem na comunidade, consegue encaminhar a pessoa para as respostas disponíveis, compreende as suas necessidades e as particularidades da situação em que se encontra, procura fazê-lo sem julgamento e com abertura para que seja a própria pessoa a gerir o que quer fazer. Também por essa razão, a recaída de um membro da equipa é vista como um problema coletivo:

Uma pessoa que venha trabalhar comigo e que recaia, eu sinto-me culpada. Entro logo numa de: “Tu conheces o processo de recaída, devias ter estado mais atenta...” Se for surpresa para mim que a pessoa recaiu é porque eu fiz um mau trabalho. Eu tenho de estar sempre atenta a esta situação. Tenho de falar com a pessoa constantemente, tenho de tentar perceber. Isto é uma luta diária.

No entanto, nem todos os consumos são vistos como problemáticos. Todos os entrevistados reportaram ter consumos de algum tipo, que não consideram ser uma recaída mas uma forma de recuperação não abstinente: todos os quatro consomem álcool e três deles canábis. Este tipo de consumos é feito diariamente mas não é encarado como problemático pelo menor impacto que tem nas suas vidas e pela possibilidade de o fazerem sem que interfira com as suas relações e o cumprimento das suas responsabilidades. Apesar de reconhecerem a possibilidade de se tratar de uma dependência, ela só é vista como um problema no momento em que passe a ter um impacto significativo nas suas vidas:

Não estou a dizer que não haja danos com esta dependência, mas não é comparável. Não roubo, não minto, não me escondo. Não é comparável.

De uma forma semelhante, o consumo de canábis (sobretudo de haxixe, a alternativa mais barata) é feito com consciência dos seus efeitos e dos riscos que correm mas, contrariamente ao consumo de álcool, feito por motivos culturais ou recreativos, as razões que apresentam para o fazer estão diretamente relacionadas com a recuperação: pode servir para controlar o síndrome de abstinência, para reduzir a ansiedade, para ajudar a adormecer, para substituir a necessidade do ritual.

Se os pares reconhecem que o uso de canábis tanto tem benefícios como consequências negativas, quer devido à sua ilegalidade (ter de comprar a um *dealer*, desconhecer a origem do produto e não ter forma de assegurar a qualidade, não poder viajar de avião com a substância, não ter acesso a outras formas de consumo e ter de consumir a substância fumada), quer ao estigma a ela associado, a desestabilização que este consumo traz continua a ser muito pequena quando comparada com os anteriores consumos de heroína ou de cocaína. Contrariamente a estes, descrevem o consumo de canábis como uma escolha feita de forma consciente e informada, que vai sendo reajustada e repensada conforme as suas necessidades em cada momento:

Tem alguns impactos negativos, tem. Mas eu faço montes de coisas na minha vida que têm impactos negativos e assumo-os. Isto é o mal que faz para o bem que sabe. É claro que eu sei que tem alguns impactos negativos, agora o que acho é que a informação é bastante importante. Ter a informação toda disponível é muito importante porque te ajuda a reduzir o dano desse consumo. E acho que, se

reduzires o dano desse consumo, podes fazer um consumo não problemático para a tua saúde, para a dos outros...

Numa revisão dos estudos pré-clínicos realizados com animais, Wills e Parker (2016) sugerem que o sistema endocanabinóide, por ser necessário para o desenvolvimento da dependência de opiáceos, pode revelar-se útil no tratamento da síndrome de abstinência e da ansiedade de consumir. Por outro lado, a existência de estudos que concluem não haver qualquer relação entre o uso de canábis e o tratamento da dependência ou do síndrome de abstinência (Epstein e Preston, 2015) e a enorme quantidade de substâncias psicoativas que existem na planta da canábis (Hall et al., 2018) refletem a necessidade de realizar estudos clínicos que respondam melhor a estas questões.

4.4. Organização coletiva: direitos laborais e direitos dos utilizadores de drogas

Um dos problemas mais referidos pelos pares ao longo das entrevistas foi a inexistência de um estatuto profissional de par em Portugal, o que dificulta o seu reconhecimento enquanto profissionais de intervenção social, o acesso a salários justos e a uma carreira, e a existência de respostas específicas às suas necessidades profissionais.

Também por esse facto, a organização dos pares enquanto classe profissional não tem sido fácil, existindo poucos espaços para que os pares ou trabalhadores de redução de danos se juntem e discutam formas de reivindicar os seus direitos coletivos. Por outro lado, os trabalhadores não têm muito tempo para disponibilizar a estas questões:

Isto é um trabalho que é feito extra trabalho, basicamente. Isto é um bocado diferente de lutar pelos direitos de todos, é lutar pelos meus direitos. O GAT luta pelos direitos humanos, não é pelo direito individual. Apesar de acharmos importante, não é assim tão legalize perderes não sei quanto tempo do teu trabalho para organizar [os trabalhadores de pares]. Se é para ir para uma reunião um dia, deixam-te ir, mas para reuniões frequentes já é diferente.

Apesar das dificuldades encontradas, já têm sido dados os primeiros passos em direção a uma discussão coletiva sobre a profissionalização deste trabalho:

Já fizemos várias reuniões com pares de associações a nível nacional, com técnicos das associações que trabalham com pares, com o IEFP, com a CML... Ou seja, juntámos algumas entidades que achámos que eram importantes para debater o assunto.

A criação de movimentos coletivos e sindicatos é uma fonte de apoio e proteção dos trabalhadores precários, por oposição às reivindicações individuais, que expõem os trabalhadores a maior retaliação por parte dos empregadores (Lewchuk e Dassinger, 2016). A organização coletiva não se limita ao acesso a acordos de trabalho específicos: ela permite nivelar a relação de poder com as entidades empregadoras (Greer et al., 2020).

Numa análise do contexto americano, Greer et al. (2020) sugerem que o uso de drogas pode afetar o acesso dos pares a salários justos e direitos laborais, em particular se ele afetar o seu rendimento e

capacidade de cumprir responsabilidades. Segundo os pares que participaram no estudo, têm poucas expectativas relativamente a direitos laborais, considerando a sua inexistência como necessária para obter uma cultura de trabalho que tolere o uso de substâncias por parte dos seus trabalhadores.

No IN-Mouraria, embora partilhem algumas destas preocupações, em particular relativamente aos salários e à exigência do trabalho, os pares apresentam-se satisfeitos com as suas condições de trabalho, o controlo que têm sobre como o ele é organizado e a estabilidade do seu emprego, possivelmente por estarem cientes do “subfinanciamento crónico” (Salmon, Brown e Pederson, 2010) a que estão sujeitas a maioria das ONGs de RRMD que dependam de financiamentos externos e que dificulta a capacidade de oferecer salários justos e vínculos efetivos:

Acho que isto efetivamente é um trabalho muito desgastante e que os outros não têm noção. Acho que às vezes também somos um bocadinho minimizados e mal pagos, mas isso também tem a ver com os nossos comportamentos face à situação. Porque repara, se tu entras às 10h e todos os dias vens às 11h30, tu até vens... (...) Eu sempre estive à vontade para falar das coisas, sempre tive espaço para ir às minhas consultas, para fazer o meu tratamento de Hepatite C, tive uma redução de horário durante o tempo em que estive a fazer o tratamento, porque senão matava aqui alguém. (risos)

Salmon, Brown e Pederson (2010) referem que a dificuldade das organizações em garantir o financiamento e a sustentabilidade dos seus programas é um dos principais entraves à capacidade de garantir aos seus trabalhadores, e aos PUD em específico, condições laborais suficientemente sólidas, o que pode levar a que, mesmo após a sua entrada no mercado de trabalho, os trabalhadores UD não consigam sair de uma situação de pobreza ou marginalidade socioeconómica. Face às restrições de financiamento, o GAT enfrenta um dilema de difícil resolução:

Entre abrires um serviço e pagares menos ou não abrires e pagares mais, optou-se por abrir os serviços.

Também pelo motivo do subfinanciamento, a equipa do IN-Mouraria tem-se visto confrontada com a necessidade de restringir as respostas dadas à população-alvo, de modo a conseguir assegurar o acesso dos UD aos serviços que lhes são especificamente dirigidos. Apesar disso, o espaço continua a manter-se aberto e a disponibilizar rastreios gratuitos a pessoas de fora desta população.

O GAT faz acompanhamentos [às pessoas que utilizam drogas] porque elas têm alguns receios e algumas dificuldades. E porque são discriminadas e algumas não sabem navegar nos serviços. (...) Nós estávamos com problemas de dinheiro e andávamos a suportar pessoas que não tinham nada a ver e que conseguiam ir sozinhas para todo o lado. (...) Temos de ser mais específicos para poder ajudar quem mais precisa.

Aliada à dependência do financiamento externo está a questão do fornecimento de material de consumo distribuído no *drop-in*, que é feito pelo Estado. Na eventualidade de uma falha na distribuição, a falta de fundos pode significar que o espaço deixa de ter material para distribuir e pode ter consequências potencialmente perigosas para os utentes, fomentando práticas de risco e aumentando o potencial de exposição a infeções:

No início deste ano, encomendámos mil kits [de seringas para consumo intravenoso] e vieram-nos duzentos. Tivemos de andar a racionar as seringas que distribuíamos aos utentes.

Quanto à organização da comunidade pela defesa das questões relacionadas com o consumo de drogas, o próprio IN-Mouraria serve de espaço para debate, mobilização e divulgação de informação junto das pessoas que são afetadas por elas.

Os membros da equipa utilizam os diversos momentos de intervenção para discutir a importância da legalização e regulamentação das drogas, da criação de salas de consumo assistido e de programas de *drug testing*, mas também de questões mais imediatas que afetam a realidade de muitos utentes – o acesso a tratamentos, à habitação, a uma vida digna – e a forma como ambos se interligam:

Para mim a parte social nunca se pode separar da saúde, porque não faz sentido uma pessoa estar a fazer um tratamento e depois chegar a casa e não ter o que comer.

Por último, o projeto luta por uma ideia de recuperação que não se defina em torno da abstinência, não só para ajudar a reduzir os danos de quem ainda consome mas também para lembrar que a mudança estrutural que a recuperação implica, que permita uma integração efetiva dos utilizadores de drogas no mercado de trabalho e na vida pública, também pode ser feita por uma pessoa com consumos ativos:

Eu não estou em recuperação só porque não uso drogas, eu só sinto que estou em recuperação se começar a trabalhar, se começar a ter regras, se começar a integrar-me na sociedade. Agora, eu dizer que estou limpa há 30 anos e ainda estar a ser sustentada pela minha mãe e ir para o café todas as tardes... Isto para mim não é recuperação, é uma abstinência.

Uma parte significativa desta mudança estrutural não depende apenas de ações individuais: implica acabar com o estigma associado aos utilizadores de drogas, o acesso ao mercado de trabalho, com salários justos e direitos laborais, e o fim da proibição, do tráfico e do crime a ela associados (Bourgois, 2003).

É no ativismo e na mobilização da comunidade que o GAT e o IN-Mouraria respondem verdadeiramente a esta dimensão coletiva do problema, responsabilizando-se coletivamente por ele e não às pessoas que o sofrem, respeitando a agência dos UD e contrariando a ideia de que a dependência lhes retira a capacidade de pensar e de definir as suas próprias escolhas e objetivos:

Todas as drogas têm o seu dano. As drogas não são inócuas. Fazem bem a uma coisa e podem fazer mal a outra. Mas, se forem consumidas com informação, com sentido de responsabilidade, sem estarem proibidas, se estiverem reguladas, com conhecimento do que está ali e do grau de pureza, o dano é menor. (...) E, se realmente criar alguma dependência, alguma adição àquela substância, pá, só temos de estar cá para resolver o problema às pessoas.

Conclusões

Esta dissertação teve como objetivo estudar o trabalho dos pares numa instituição de redução de riscos e minimização de danos em Lisboa, partindo das experiências dos pares do IN-Mouraria. Ao longo dos meses em que a recolha etnográfica foi feita, a análise acabou por se centrar em dois temas: por um lado, na relação dos pares com os utentes, por outro, nas dificuldades e desafios deste trabalho e área de intervenção.

Na relação com os utentes e com a comunidade, a identidade do “par” é diferente da do “técnico”, apesar das suas muitas semelhanças – pertencem ambos à equipa de intervenção, mas apenas o primeiro pertence também à comunidade de utilizadores de drogas. No entanto, porque a semelhança não é sinónimo de igualdade, é necessário reconhecer a posição particularmente desprotegida dos pares enquanto categoria profissional. Trata-se de um grupo de pessoas que passaram por uma experiência de vida que lhes confere uma vulnerabilidade acrescida na sua inserção no mundo profissional, que enfrentam o estigma da adição e o perigo da recaída (que, como todos lembram, não desaparece com o número de anos de recuperação). Estas pessoas estão, como este estudo procura mostrar, conscientes deste facto, da complexidade da sua situação e inclusive das próprias negociações identitárias que o seu trabalho exige.

Para além disso, os pares, tendo sido muitos deles utentes diversos tipos de intervenção (desde Comunidades Terapêuticas, reuniões de Narcóticos Anónimos, Comissões para a Dissuasão da Toxicodpendência, gabinetes de assistentes sociais, etc.), têm uma enorme capacidade em se identificar com os problemas vividos pelos utentes e um ponto de vista privilegiado para pensar alternativas no que se refere à forma como ela é realizada, em particular na relação de poder que é estabelecida com o utente. A forma como os pares do IN-Mouraria pensam a intervenção é, assim, muito próxima da forma como a pensa o Serviço Social crítico: ela é, acima de tudo, uma relação de ajuda, na qual as oposições hierárquicas entre técnico e utente, ou entre saber técnico e prático, apenas contribuem para minar a agência do utente.

Se o Serviço Social tem algo a ensinar da sua própria negociação identitária entre profissão e disciplina, entre fazer e saber, é que a forma de a fazer é em diálogo e sem privilegiar um lado sobre o outro. A tensão identitária do par entre técnico e consumidor, entre profissional e utente, não tem de ser resolvida, porque a sua própria existência mostra como estas categorias não são mutuamente exclusivas. Por essa razão, a formalização de uma categoria profissional de pares não deverá ser feita de forma a limitar a definição do que é ser par mas de forma a alargá-la.

No entanto, a ambiguidade desta posição é também uma potencial vulnerabilidade. Se, no IN-Mouraria, os pares organizam, debatem, publicam e fazem acompanhamentos, não havendo uma distinção substancial entre a figura de “par” e a de “técnico”, esta investigação retrata um tipo de trabalho

emocionalmente desgastante, que exige uma permanência em meios de consumo e contacto com utilizadores de drogas, o que pode ser difícil de gerir pelos pares e inclusive ameaçar a sua recuperação. Por esse motivo, é essencial a manutenção de canais de apoio e supervisão, dentro e fora da equipa. Por outro lado, os pares enfrentam dificuldades acrescidas na obtenção de vínculos profissionais estáveis, quer porque o nível de conhecimento técnico da área não se traduz necessariamente no seu nível de escolaridade, quer porque o seu percurso de utilização de drogas é em si mesmo visto como problemático. O subfinanciamento de serviços de RRMD e a dependência de fundos públicos impedem a própria organização de resolver de forma autónoma estas carências.

As implicações desta investigação podem aplicar-se a três níveis distintos da intervenção:

Ao nível da equipa técnica, o peso emocional acrescido que este trabalho representa para os pares coloca em evidência uma necessidade acrescida de supervisão e acompanhamento quer do seu trabalho, quer no referente a possíveis problemas na sua vida privada, que decorram ou não dos seus percursos de vida enquanto utilizadores de drogas, quer na sua integração e ajuste às rotinas do mundo laboral.

Ao nível da intervenção em RRMD, destaca-se a importância de projetos de intervenção comunitária como o IN-Mouraria como uma forma privilegiada de chegar à população-alvo e de chegar não apenas aos utilizadores de drogas mas também a outros grupos com problemáticas que lhe estão associadas, como é o caso do trabalho sexual, a situação de sem abrigo, as populações migrantes, a violência, a doença mental, o envolvimento em atividades de tráfico ou criminais, a pobreza e a exclusão social. Isto implica um reconhecimento e formalização da profissão de par enquanto técnico de redução de riscos, um aumento do financiamento dos projetos já existentes e a abertura de canais de financiamento para a criação de novos projetos.

Ao nível da atuação política, destaca-se a necessidade de organização coletiva, quer por parte dos pares e dos técnicos de redução de danos, que permitam negociar melhores salários e condições de trabalho, quer na defesa dos direitos dos utilizadores de drogas, para combater a estigmatização, a necessidade de salas de consumo assistido, a falta de acesso ao mercado de trabalho e, sobretudo, defender o direito a ser um cidadão pleno independentemente de quais forem os seus consumos de substâncias psicoativas.

Esta investigação apresenta algumas limitações que merecem ser aprofundadas em estudos futuros. Em primeiro lugar, devido ao número reduzido de pares entrevistados, ela não permitiu retratar a diversidade de experiências dentro do universo dos pares em RRMD – seria interessante, no futuro, que se investigassem os pares de outros projetos, como por exemplo outros serviços de RRMD da cidade de Lisboa. Para além disso, algo que surgiu de passagem nas entrevistas aqui realizadas e que é merecedor de um estudo e compreensão mais aprofundados foi a questão do trabalho de par com populações que realizam trabalho sexual que, apesar da proximidade ao tema aqui abordado, enfrentam problemas e desafios específicos.

Referências Bibliográficas

- Aguiar, A. (2015) *A educação de pares como forma de aproximação humana a situações de toxicodependência: a experiência da etnografia numa instituição de redução de riscos*, Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Porto, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.
- Alexander, B. (2009) “The Globalization of Addiction”, *Addiction Research*, 8 (6): 501–26.
- Alexander, B. (2010) “A Change of Venue for Addiction: From Medicine to Social Science” (online), consultado em 11/06/2020. Disponível em: <https://www.brucekalexander.com/articles-speeches/176-change-of-venue-1>
- Alexander, B. (s.a.) “The Suppressed 1995 WHO Cocaine Study” (online), consultado em 11/06/2020. Disponível em: <https://brucekalexander.com/articles-speeches/cocaine/181-who-cocaine-study>
- Alexander, B. e A. Schweighofer (1988). “Defining 'addiction'”, *Canadian Psychology*, 29 (2): 151–62.
- Allman, D., T. Myers, J. Schellenberg, C. Strike, R. Cockerill e W. Cavalieri (2006) “Peer networking for the reduction of drug-related harm” *International Journal of Drug Policy*, 17(5): 402–410.
- Amaro, M. I. (2018) “Conhecimento, acção e investigação em Serviço Social: questões de um campo em construção” in Ferreira, J. e S. Ruiz-Calderón (coords.), *Protección de Menores y Trabajo Social*, Madrid, Dyckinson.
- American Psychiatric Association (APA) (2014) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais | DSM-5*, Porto Alegre, Artmed, citado por Ribeiro de Araújo, M. e R. Laranjeira (2016) “Evolução do conceito de dependência química” in *Dependência, compulsão e impulsividade*, São Paulo, Rubio (2ª edição).
- Andrade, P., L. Carapinha, M. Sampaio, S. Shirley, I. Rodriguez e M. Silva (2007) “Para além do espelho: a intervenção de proximidade nas toxicodependências” *Revista Toxicodependências*, 13(2): 9–24.
- Backett-Milburn, K. e S. Wilson (2000) “Understanding peer education: insights from a process evaluation”, *Health Education Research*, 15 (1): 85–96.
- Baines, D., I. Cunningham e J. Shields (2017) “Filling the gaps: Unpaid (and precarious) work in the nonprofit social services”. *Critical Social Policy*, 37(4): 625–645.
- Barbosa, J. (2009) “A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política”, *Revista Toxicodependências*, 15 (1): 33–42.
- Barbosa, J. (2011) “Enfrentar “novos riscos” e resgatar a cidadania perdida: práticas de Serviço Social no seio das políticas de redução de danos”, *Revista Toxicodependências*, 17: 71–84.
- Bardwell, G., S. Anderson, L. Richardson, L. Bird, H. Lampkin, W. Small e R. McNeill (2018) “The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations” *International Journal of Drug Policy*, 55: 40–46.
- Baum, D. (2016) “Legalize It All – How to win the war on drugs” (online), consultado em 11/06/2020. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/nixon-adviser-ehrllichman-anti-left-anti-black-war-on-drugs-2019-7>
- Beck, U. (2015 [1986]) *A Sociedade de Risco Mundial: Em busca da segurança perdida*, Lisboa, Edições 70.
- Benach, J. e C. Muntaner (2007) “Precarious employment and health: Developing a research agenda” *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(4): 276–277.

- Benach, J., A. Vives, M. Amable, C. Vanroelen, G. Tarafa, e C. Muntaner (2014) “Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health” *Annual Review of Public Health*, 35(1): 229–253.
- Borges, C. e H. Filho (2004) *Usos, abusos e dependências: Alcoolismo e Toxicodependência*, Lisboa, Climepsi Editores.
- Bourgois, P. (2003) *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*, Cambridge, Cambridge University Press (2ª edição).
- Boyd, J., L. Richardson, S. Anderson, T. Kerr, W. Small e R. McNeil (2018) “Transitions in income generation among marginalized people who use drugs: A qualitative study on recycling and vulnerability to violence” *International Journal of Drug Policy*, 59: 36–43.
- Campbell, I. e R. Price (2016) “Precarious work and precarious workers: Towards an improved conceptualisation” *The Economic and Labour Relations Review*, 27 (3): 314–332.
- Carapinha, L. et al. (2009) *Guia de Apoio para a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*, Lisboa, IDT. http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Documents/2014/guia_apoio_intervencao_RRMD.pdf
- Caria, T. (2011) “Perspectiva a intervenção social: reflexões e dados empíricos sobre o trabalho profissional e o uso do método etnográfico no terceiro sector” in Silva, P., O. Sacramento e J. Portela (Coords.), *Etnografia e Intervenção Social – Por uma Praxis Reflexiva*, Lisboa, Colibri.
- Carpentier, C. (2002) “Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators”, Working paper, Lisboa, EMCDDA.
- Carvalho, S., P. Pinto, I. Freitas e C. Agra (2007) *Manual de Boas Práticas sobre Reinserção 1º Caderno: Enquadramento Teórico*. Lisboa, IDT/NR.
- Castro, A., S. Costa, M. Santos e M. J. Lobo Antunes (2011) *Barómetro do Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa*, Dinâmia/CET. Disponível em https://observatorio-lisboa.eapn.pt/wp-content/uploads/Barometro_-_1a_Fase_-_Relatorio_Final.pdf, consultado em 11/10/2020.
- Clarke, M., W. Lewchuk, A. de Wolff e A. King (2007) “‘This just isn't sustainable’: Precarious employment, stress and workers’ health”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4): 311–326.
- CML (2018) “Salas de consumo assistido abrem em Lisboa até ao início de 2019” (online), consultado em 9/11/2019. Disponível em: <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/salas-de-consumo-assistido-abrem-em-lisboa-ate-ao-inicio-de-2019>
- Cortès, F. e M. Llobet (2006) “La acción comunitária desde el trabajo social” in X. Úcar e A. L. Berñe (cords.), *Miradas y diálogos en torno de la acción comunitária*, Barcelona, Graó, 1–26.
- Courtwright, D. T. (1982) *Dark Paradise: A History of Opiate Addiction in America*, Cambridge, Harvard University Press.
- Costigan, G., N. Crofts e G. Reid (2003) *Manual for Reducing drug related harm in Asia*, Melbourne, The Centre for Harm Reduction. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/harm/manual2003.pdf>, consultado em 26/10/2020.
- Deslandes, S. F., E. A. Mendonça, W. T. Caiaffa e D. Doneda (2002) “As concepções de riscos e de prevenção segundo a óptica dos usuários de drogas injectáveis” *Caderno de Saúde Pública*, 18(1): 141–151.
- EMCDDA (2003) *Annual Report 2003 – the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities.

- EMCDDA (2017) “Women and gender issues related to drugs” (online), consultado em 26/09/2020. Disponível em: https://www.emcdda.europa.eu/topics/women_en
- EMCDDA (2019) *Relatório Europeu sobre Drogas 2019: Tendências e evoluções*, Luxemburgo, Serviço das Publicações da União Europeia.
- Epstein, D. H. e K. L. Preston (2015) “No Evidence for Reduction of Opioid-Withdrawal Symptoms by Cannabis Smoking During a Methadone Dose Taper”, *Am J Addict*, 24(4): 323–328.
- Fabião, C. (2002) “Toxicoddependência: Duplo Diagnóstico, Alexitimia e Comportamento. Uma Revisão” *Revista Toxicoddependências*, 8 (2): 37–51.
- Feffermann, M. e R. Figueiredo (2006) “Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens”, *Boletim do Instituto de Saúde de São Paulo*, 40.
- Fernandes, L. (1997a) *Actores e territórios psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*, Tese de Doutoramento em Psicologia, Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Fernandes, L. (1997b) “Os Princípios de Exclusão na Droga” in Araújo, H., P. M. Santos e P. C. Seixas (coords) *Nós e os Outros: a Exclusão em Portugal e na Europa. Actas da Jornada Racismo, Xenofobia e outras formas de Exclusão*, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, Porto.
- Fernandes, L. (2009) “O que a droga faz à norma”, *Revista Toxicoddependências*, 15 (1): 3–18.
- Fernandes, L., M. Pinto e M. Oliveira (2006) “Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal”, *Revista Toxicoddependências*, 12 (2): 71–82.
- Fernandes, L. e C. Ribeiro (2002) “Redução de riscos, estilos de vida Junkie e controlo social”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39: 57–68.
- Ferro, L., P. Oliveira, S. Trindade e S. Peixoto (2014) “«Vive o bairro!» A intervenção comunitária como ferramenta da redução de riscos e minimização de danos na Matriz H do Bairro da Flamenga”, *Forum Sociológico*, Série II, 25.
- Fischer, B., S. Turnbull, B. Poland e E. Haydon (2004) “Drug use, risk and urban order: examining supervised injection sites (SIS’s) as governmentality”, *International Journal of Drug Policy*, 15: 357–365.
- Floersch, J., J. Longhofer e J. Suskewicz (2014) “The use of ethnography in social work research” *Qualitative Social Work*, 13 (1): 3–7.
- Frade, A., B. Vilar e E. Faria (2008) *Manual de educação inter-pares em direitos & saúde sexual e reprodutiva*, Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.
- Fook, J. (2016) *Social Work: A Critical Approach to Practice*, Sage, Londres (3ª edição).
- GAT (s.a. a) “IN-Mouraria” (online), consultado em 30/09/2020. Disponível em: https://www.gatportugal.org/servicos/inmouraria_18
- GAT (s.a. b) “Quem Somos” (online), consultado em 30/09/2020. Disponível em: https://www.gatportugal.org/sobre/quem-somos_1
- GAT (s.a. c) “CheckpointLX” (online), consultado em 30/09/2020. Disponível em: https://www.gatportugal.org/servicos/checkpointlx_4
- Gillespie, A., B. Lasu e A. Sawatzky (2018) “Peer support models for harm reduction services: a literature review for the wellington guelph drug strategy (WGDS)”, Community Engaged Scholarship Institute (online), consultado em 21/10/2020. Disponível em: <https://atrium.lib.uoguelph.ca/xmlui/handle/10214/8902>

- Global Commission on Drug Policy (2011) “War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy” (online), consultado em 26/10/2020. Disponível em: <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-war-on-drugs>
- Goldacre, B. (2009) “Cocaine study that got up the nose of the US” (online), consultado em 26/10/2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2009/jun/13/bad-science-cocaine-study>
- Gonçalves, H. (2011) “Recensão crítica do livro ‘Etnografia e Intervenção Social – Por uma Praxis Reflexiva’”, *Cidades, Comunidades e Territórios*, 22: 99–106.
- González-Vélez, M., P. Blanco-Miguel, C. Martos-Sánchez, M. Fernández Borrego e P. Álvarez-Pérez (2016) “La relación de ayuda en Trabajo Social. Propuestas para un desarrollo de calidad.” *Revista de trabajo social*, 90: 3–13. Disponível em: <http://ojs.uc.cl/index.php/RTS/article/view/1799/1847>, consultado em 20/10/2020.
- Greer, A., A. Amlani, B. Pauly, C. Burmeister, e J. Buxton (2018) “Participant, peer and PEEP: Considerations and strategies for involving people who have used illicit substances as assistants and advisors in research” *BMC Public Health*, 18 (1).
- Greer, A., V. Bungay, B. Pauly e J. Buxton (2020) “Peer’ work as precarious: A qualitative study of work conditions and experiences of people who use drugs engaged in harm reduction work” *International Journal of Drug Policy*, 85.
- Guta, A., S. Flicker e B. Roche (2013) “Governing through community allegiance: A qualitative examination of peer research in community-based participatory research”, *Critical Public Health*, 23 (4): 432–451.
- Hall, W., L. Vandam, B. Hughes, N. Singleton, J. Mounteney e P. Griffiths (2018) *Medical Use of Cannabis and Cannabinoids*, Luxemburgo, Publications Office of the European Union. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10171/20185584_TD0618186ENN_PDF.pdf
- Hollander, J. A. (2001) “Vulnerability and Dangerousness: The Construction of Gender through Conversation about Violence”, *Gender & Society*, 15: 83–109.
- Jeffrey, L. (2011) *Understanding agency: Social welfare and change*, Bristol, Policy Press.
- Kennedy, M. C., J. Boyd, S. Mayer, A. Collins, T. Kerr e R. McNeil (2019) “Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada” *Social Science & Medicine*, 225: 60–68.
- Kolla, G. e C. Strike (2019) “‘It’s too much, I’m getting really tired of it’: Overdose response and structural vulnerabilities among harm reduction workers in community settings” *International Journal of Drug Policy*, 74: 127–135.
- Krumer-Nevo, M. (2009) “Four scenes and an epilogue: autoethnography of a critical social work agenda regarding poverty”, *Qualitative Social Work*, 8 (3): 305–20.
- Lewchuk, W., M. Clarke e A. de Wolff (2008) “Working without commitments: Precarious employment and health” *Work, Employment and Society*, 22(3): 387–406.
- Lewchuk, W. e J. Dassinger (2016) “Precarious employment and precarious resistance: We are people still.” *Studies in Political Economy*, 97(2): 143–158.
- Lima, A. P. e R. Sarró (2006) “Já dizia Malinowski: sobre as condições da possibilidade da produção etnográfica” in Lima, A. P. e R. Sarró (eds.) *Terrenos Metropolitanos: Ensaio sobre produção etnográfica*, Lisboa, ICS.

- Lopes, F. L. (2015) *A relação no Serviço Social: Perspetivas sobre a sua pertinência e expressão na prática*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- MacDonald, M., M. Law, J. Kaldor, J. Hales e G. J. Dore (2003) “Effectiveness of needle and syringe programmes for preventing HIV transmission”, *International Journal of Drug Policy*, 14: 353–357.
- Malinowski, B. (1922) “Introduction: the subject, method and scope of this inquiry”, in *Argonauts of the Western Pacific*, Londres, Routledge.
- Marques, J., A. S. Mora e A. Santos (2012) *O Trabalho Primeiro: Manual para a empregabilidade de utilizadores de drogas e recomendações para a integração pela Educação de Pares*, Vila Nova de Gaia, Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES).
- Marshall, Z., M. K. Dechman, A. Minichiello, L. Alcock, e G. E. Harris (2015) “Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives” *Drug and Alcohol Dependence*, 151 (0): 1–14.
- Martin, J., J. Sugarman e J. Thompson (2003) *Psychology and the Question of Agency*, State University of New York Press, Albany.
- Merlin, M. D. (2003) “Archaeological Evidence for the Tradition of Psychoactive Plant Use in the Old World” *Economic Botany*, 57 (3): 295–323.
- Michaud, L., R. Maynard, Z. Dodd e N. Butler Burke (2016). “Recognition, exploitation, or both?: Roundtable on peer labour and harm reduction” in C. B. Smith e Z. Marshall (Eds.). *Critical approaches to harm reduction: conflict, institutionalization, (de-)politicization, and direct action*. Nova Publishers.
- Minow, M. (1985) “Learning to live with the dilemma of difference”, *Law and Contemporary Problems*, 18 (2): 157-211.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., Tonnelet, G. (2001) *Prevenção das toxicomanias* (Isabel Lúcio, Trad.) Lisboa, CLIMEPSI – Sociedade Médico-Psicológica, Lda.
- OMS (2013) “Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence” (online), consultado em 11/06/2020. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- Patrício, L. (1995) *Droga de Vida, Vidas de Droga*, Venda Nova, Bertrand Editora.
- Patrício, L. (2002) *Droga para que se saiba*, Lisboa, Livraria Figueirinhas.
- Pauly, B., B. Wallace, F. Pagan, J. Phillips, M. Wilson, H. Hobbs e J. Connolly (2020) “Impact of overdose prevention sites during a public health emergency in Victoria, Canada” *PLOS ONE*, 15(5): e0229208.
- Pena, M. J. (2012) *Relação profissional: utopia ou realidade?* Tese de doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusodidacta.
- Prilleltensky, I. (2008) “The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity” *Journal of Community Psychology*, 36 (2): 116–136.
- Richardson, L., C. Long, K. DeBeck, P. Nguyen, M. J. Milloy, E. Wood e T. H. Kerr (2015) “Socio-economic marginalization in the structural production of vulnerability to violence among people who use illicit drugs” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(7), 686–692.

- Ruela, A. e C. Albuquerque (2015) “Intervenção social e processos de *accountability*: como conciliar interesses e expectativas entre diferentes *stakeholders*”, *Intervenção Social*, 42/45: 137–155.
- Salmon, A., A. J. Browne e A. Pederson (2010) “‘Now we call it research’: Participatory health research involving marginalized women who use drugs” *Nursing Inquiry*, 17 (4): 336–345.
- SICAD (s.a.) “Políticas da droga em Portugal” (online), consultado em 26/10/2020. Disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/detalhe.aspx>
- SICAD (2004) “Relatório Anual 2003 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências” (online), consultado em 11/07/2020. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=11&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/
- SICAD (2016) “Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências dos Interventores” (online), consultado em 09/11/2019. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/31/Manual_LOTIRRMD.PT.pdf
- SICAD (2019) “Relatório Anual 2018: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências” (online), consultado em 11/09/2020. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/162/Relatorio_Anual_2018_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf
- SNS (2019) “Programa de Troca de Seringas” (online), consultado em 11/09/2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/11/programa-de-troca-de-seringas-2/>
- Soeiro, J. (2015) *A Formação do Precariado. Transformações no trabalho e mobilizações de precários em Portugal*, Tese de doutoramento, Coimbra, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Sousa Santos, B. (2003) *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- Standing, G. (2014) “The Precariat – The new dangerous class”, *Amalgam*, 6 (6–7): 115–119.
- Strang, J., T. Groshkova e N. Metrebian (2012) *New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*, Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Sutton, L., A. Cebulla, C. Heaven e N. Smith (2004) “Drug and alcohol use as barriers to employment: a review of the literature” (online), Centre for Research in Social Policy, Loughborough University. Disponível em: <https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/bitstream/2134/2687/4/CRSP499s.pdf>, consultado em 26/10/2020.
- Svenson, G. *et al.* (1998) *European guidelines for youth AIDS peer education*, Lund: Department of Community Medicine, Lund University. Disponível em: <https://projects.exeter.ac.uk/europeeruk/EUPguide.pdf>, consultado em 26/10/2020.
- Teixeira, C. e M. Ricou (2008) “Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes”, *Revista Toxicodependências*, 14 (2): 25–35.
- Toronto Harm Reduction Task Force (2003) “Peer Manual: A Guide for Peer Workers and Agencies” (online), Toronto Harm Reduction Task Force. Disponível em: <http://www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/2013/03/PeerManuall2003.pdf>, consultado em 26/10/2020.

- Toronto Public Health (2018) “Quick Facts: Drug Laws Around The World” (online), consultado em 19/10/2020. Disponível em: <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2018/05/8f74-Drug-Laws-Around-The-World.pdf>
- Turner, V. (1982) *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*, Londres, Cornell University Press (6ª edição) (Edição original, 1967).
- Vasconcelos, L.A. (2003) “Heroína e Agência: Itinerários de uso da droga na Lisboa dos Anos 90”, *Etnográfica*, 7 (2): 369-401. http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_07/N2/Vol_vii_N2_369-402.pdf
- Vicente, J. (2020) *Práticas de Serviço Social em Comunidade Terapêutica*, Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)
- Wills, K.L. e L.A. Parker (2016) “Effect of Pharmacological Modulation of the Endocannabinoid System on Opiate Withdrawal: A Review of the Preclinical Animal Literature”, *Frontiers in Pharmacology*, 7: 187.

Anexo

Guião das Entrevistas – modelo base

0. História de vida

- Em que ano e onde nasceste?
- Com quem viveste durante a infância?
- Como foi o teu percurso escolar e profissional antes do GAT?

1. Consumos

- Como e quando começaste a usar drogas?
- Que drogas usaste?
- Quantos anos usaste?
- Quando foi a tua primeira tentativa de parar?
- Que tipo de tratamentos fizeste? Resultaram? Fizeram sentido para ti?
- O que é que “recuperação” significa para ti?
- Que consumos tens atualmente?
- Qual é a regularidade dos teus consumos? Que impactos positivos e negativos achas que têm na tua vida?
- Planeias reduzir no futuro? Porquê?
- Atualmente consideras-te dependente de alguma substância?

2. GAT e IN-Mouraria

- Como te começaste a interessar por esta área?
- Quando entraste para o GAT? Para que projeto?
- O que fazes no GAT?
- Já tinhas trabalhado em outros projetos com pares (em especial pares UD)?
- Quando entraste para o IN-Mouraria?
- O que fazes no IN-Mouraria?
- Como é feita a divisão de tarefas entre a equipa?
- Como funcionam as reuniões de equipa?

3. Intervenção e trabalho de pares

- Consideras que a tua experiência com drogas é importante para fazer aquilo que fazes?
- Como é trabalhar com outros pares?
- Como é que as outras pessoas vêm o teu trabalho?
- Qual a coisa mais importante para ti quando estás a fazer intervenção com um utente?
- Quais são as coisas de que mais gostas no trabalho de pares? E as de que gostas menos?
- Como descreves a relação dos pares com os utentes? E a dos técnicos?
- Na tua opinião, é possível um par ter consumos ativos e regulares?
- Porque é importante ter pares nas equipas de redução de riscos?

4. “Dificuldades de ser par”

- Consideras ser par uma profissão de desgaste rápido?
- Como te sentes enquanto profissional?
- Sentes que estás equiparado a outras profissões desta área?
- Houve algum momento em que trabalhar no GAT te deu vontade de consumir?
- Os teus consumos mudaram desde que trabalhas no GAT?
- Como lidas com a carga emocional do teu trabalho?
- Como achas que uma entidade patronal deve agir com trabalhadores PUD? Que tipo de “ajustamentos” devem ser feitos?
- Como é ser mulher PUD? E mulher par?

- Que coisas gostavas de abordar e não foram perguntadas aqui?