



Universidades Lusíada

Valério, Miguel Ângelo Ferreira Morais

Impacto da criação de salas de consumo vigiado no sentimento de insegurança das populações : exploração teórica inicial

<http://hdl.handle.net/11067/4276>

<https://doi.org/10.34628/7f3g-9359>

Metadados

Data de Publicação	2009
Palavras Chave	Toxicodependentes - Serviços para - Portugal, Luta contra a droga - Portugal, Violência - Portugal
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 35 (2009)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-26T07:42:22Z com informação proveniente do Repositório

**IMPACTO DA CRIAÇÃO DE SALAS DE CONSUMO
VIGIADO NO SENTIMENTO DE INSEGURANÇA
DAS POPULAÇÕES:
*EXPLORAÇÃO TEÓRICA INICIAL***

Miguel Ângelo Ferreira Morais Valério
Instituto Superior Politécnico de Gaia

Introdução

Este trabalho, foi realizado no âmbito da unidade curricular de Políticas Sociais do curso de Mestrado em Política Social e Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto e tem como temática principal o potencial impacto da criação de salas de consumo vigiado no sentimento de insegurança das populações.

O Decreto-Lei 183/2001 de 21 de Junho apresenta as condições necessárias para a criação de salas de consumo vigiado. Estas salas, também conhecidas como salas de consumo assistido ou, na gíria, como salas de chuto, apresentam-se como sendo locais onde os toxicodependentes poderão efectuar os seus consumos em maiores condições de segurança.

Contudo, e embora a legislação portuguesa preveja estas respostas desde 2001 ainda não foi implementada nenhuma em Portugal. Não obstante, tem-se originado muito debate público e político sobre esta temática, numa diversidade de variações. Falamos do local onde implementar estas respostas, da moralidade do Estado em criar locais para comportamento considerados como incorrectos, entre outros.

O objectivo inicial deste trabalho passava pela realização duma revisão teórica sobre o potencial impacto da criação de salas de consumo vigiado no sentimento de insegurança das populações dos locais onde essas respostas sociais fossem criadas. Contudo, verificamos que ainda não existem repercussões sobre esta relação na literatura científica.

Aliás, a própria existência de estudos sobre as duas temáticas independentes ainda não são uma realidade muito presente nessa mesma literatura, o que nos obrigou a reestruturar a ordenação deste trabalho de forma a apresentarmos uma exploração teórica sobre as duas temáticas abordadas: salas de consumo vigiado e sentimento de insegurança.

Assim, apresentamos um primeiro capítulo onde realizamos um enquadramento desta estrutura nas políticas de redução de danos, apresentamos o tipo de serviço legalmente previsto para Portugal, e os resultados conhecidos da implementação das salas de consumo vigiado noutros países.

Num segundo capítulo, procedemos a uma revisão teórica sobre o sentimento de insegurança, apresentando as diferentes perspectivas de explicação. Sendo que consideramos que essas perspectivas encontram-se intimamente re-

lacionadas entre si, propomos no final deste segundo capítulo um modelo teórico integrativo e explicativo do sentimento de insegurança.

Esta estruturação, permite-nos concluir sobre os possíveis impactos que a criação de salas de consumo vigiado terão no sentimento de insegurança das populações residentes nos locais onde a legislação portuguesa prevê a criação destas estruturas.

Salas de Consumo Vigiado

Os locais criados especificamente para o consumo de drogas ilícitas têm sido designadas, entre outras, como “salas de injeção”, “locais de injeção supervisionada”, “centros de injeção medicamente supervisionados”, “salas de consumo assistido” ou “salas de consumo vigiado”, sendo estas duas últimas as mais utilizadas em Portugal. Neste trabalho, utilizaremos a designação de “salas de consumo vigiado”, pelo facto de ser esta a designação proposta pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) no plano “Horizontes 2008” (IDT, s.d.).

As primeiras salas de consumo vigiado (SCV) surgiram na década de 1970 na Holanda, no âmbito dum quadro legal algo inconsistente (O’Shea, 2007) originando, ao longo dos anos, alguns recuos na consolidação das mesmas. Contudo, devido ao aumento do número de utilizadores de drogas injectáveis (UDI’s) que se concentravam em espaços públicos, estas salas começaram a proliferar na década de 1990. Na década anterior, na Suíça, e com objectivos idênticos, foram também criadas SCV, tendo a primeira surgido em 1986. Ainda com o objectivo de diminuir o consumo a “céu aberto”, surgiu em 1994, em Frankfurt a primeira SCV da Alemanha (Dolan et al., 2000).

Na actualidade, são diversos os países onde as SCV estão a ser implementadas (Canadá, Austrália, Espanha, Noruega, entre outros) ou, pelo menos, a fazer parte do debate político dos países, como é o caso de Portugal.

A criação deste tipo de respostas não deixa, contudo, de ser alvo de um conjunto diverso de críticas aos seus princípios e pressupostos de funcionamento, às quais não são estranhas as posições assumidas nas Convenções das Nações Unidas de 1961, 1971 e 1988 que estimulam e incitam os países signatários a utilizar drogas apenas para fins médicos e científicos (Bullington, 2004; O’Shea, 2007). Não obstante, o aumento de patologias infecto-contagiosas (como o HIV/SIDA ou diferentes tipos de Hepatite) tem contrabalançado o debate na criação das SCV, entrando assim nas propostas de metodologias de redução de danos de diversos países (Green, Hankins, Palmer, Boivin, & Platt, 2003).

Neste pressuposto, importa agora esclarecer o que se entende por políticas de redução de danos.

Enquadramento das SCV nas Políticas de Redução de Danos

Embora existam referências à redução de danos desde a década de 1920, este paradigma apenas ganhou evidência na última década do século XX (Ritter & Cameron, 2006) podendo ser definida (International Association of Harm Reduction) como sendo o “conjunto de políticas que visem a redução de danos de saúde, sociais e económicos associados ao uso de substâncias psicoactivas” (s.d.). Contudo, esta definição deste conceito apresenta-se como sendo de estruturação complexa tendo em conta a ambiguidade que pode estar presente nesta nomenclatura, visto que todas as intervenções na área da toxicodependência visam (não só, mas também) a redução dos danos sociais, económicos e de saúde associados ao consumo de drogas (Bullington, 2004; Bullington, Böllinger, & Shelley, 2004).

Assim, e de forma a ser possível uma conceptualização concreta deste conceito, e que ao mesmo tempo permita distinguir o mesmo de outras tipologias de intervenção nas toxicodependências, importa estruturar um conjunto de princípios subjacentes a esta intervenção de redução de danos.

Lenton & Single (1998) propõem três características fundamentais para a definição duma estratégia de redução de danos. Estes autores, consideram que a ênfase da intervenção deve estar na redução dos danos como sendo o objectivo principal (e não a redução do uso), que estas intervenções visem indivíduos que continuam a usar drogas e que possam apresentar, por si mesmas, resultados comprováveis dessa diminuição dos danos. No mesmo sentido, Ritter & Cameron (2006), associam a estas características a necessidade de aceitar-se que as drogas são um aspecto da sociedade que nunca conseguirá ser eliminado, enquadrando a intervenção num quadro de saúde pública assente nos princípios do humanismo e do pragmatismo.

Aliás, a presença dum modelo de saúde pública é defendida como sendo fundamental para este tipo de intervenção, devendo os profissionais aceitar que os problemas relacionados com o consumo de drogas deve enquadrar-se no sistema de saúde e não no de justiça criminal (Bullington, 2004).

Consequentemente, é nesta lógica que assenta a criação e o surgimento das SCV, que são apresentadas como políticas que visam retirar os consumidores de locais abandonados, permitindo realizar os consumos das substâncias em condições que minimize as consequências do mesmo na saúde dos indivíduos (Rhodes et al., 2006; Wolf, Linssen, & Graaf, 2003), apresentando como possíveis riscos do consumo público (ou a “céu aberto”) e consequentes (receios de) interrupções na injeção das substâncias, a transmissão de HIV, danos vasculares e infecções bacteriológicas (Rhodes et al., 2006).

A criação destas respostas, sugerem os autores, permitiria ainda, para além da redução dos riscos acima referenciados, diminuir as situações inconve-

nientes e incómodas para com a população não consumidora que tem que lidar lado-a-lado com estes comportamentos de consumo (Rhodes et al., 2006). A estes argumentos, contrapõem-se as ideias de uma intervenção nas toxicodependências que deve assentar num paradigma livre de drogas, onde a intervenção não se faça através da promoção de comportamentos não legais (Bullington, 2004).

As Salas de Consumo Vigiado em Portugal

Embora não existam SCV em Portugal, a sua existência está prevista legalmente desde 2001, com a aprovação do Decreto-Lei 183/2001 de 21 de Junho¹. Este Decreto-Lei pressupõe a criação dum conjunto diferente de respostas² e “o seu enquadramento normativo e integração num sistema global e coerente, clarificando os termos e as bases em que os agentes podem desenvolver a sua actividade, subordinados a avaliação e controlo sistemáticos e tendo como objectivos nucleares a protecção da saúde pública e da saúde individual, em estreita correlação com a clara intenção de sensibilização e encaminhamento para o tratamento.” (Presidência do Conselho de Ministros, 2001)

As normas para a criação das SCV (ou Programas para consumo vigiado, no texto da lei), seguem os pressupostos/normativos presentes noutros países, apresentando como objectivos (art. 65.^o) a promoção da assepsia no consumo intravenoso, diminuindo os riscos inerentes ao consumo, promovendo um serviço mais próximo dos consumidores de forma a possibilitar o trabalho de sensibilização e encaminhamento para tratamento.

O funcionamento das SCV pressupõe (art. 67.^o) a distribuição de seringas, agulhas, filtros, água destilada, ácido cítrico, toalhetes, entre outros de forma manual, não podendo ser frequentado, simultaneamente, por mais de 10 pessoas (caso se trate de instalações fixas) ou 2 pessoas (em caso de instalações móveis), sendo o acto de consumo da responsabilidade do próprio consumidor, que deverá (art. 68.^o) ter mais de 18 anos de idade e uma situação (avaliada pelos profissionais) de dependência profunda.

¹ O debate sobre a criação das SCV tem gerado, à semelhança do que tem acontecido em todos os locais onde têm surgido propostas de criação das SCV, debates públicos e políticos sobre as reais consequências das mesmas em Portugal, embora como verificarmos posteriormente, a literatura científica aponte no sentido das vantagens da sua criação. Contudo, o debate associado a esta temática não assenta apenas em critérios passíveis de ser avaliados cientificamente, mas também em pressupostos de cariz político e ideológico (ver, por exemplo Rádio Televisão Portuguesa, 2007)

² Gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; Centros de acolhimento; Centros de abrigo; Pontos de contacto e de informação; Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; Programas de substituição em baixo limiar de exigência; Programas de troca de seringas; Equipas de rua e Programas para consumo vigiado.

Segundo os preceitos legais, a SCV deverá ter uma equipa técnica com pelo menos um enfermeiro ou outro pessoal técnico de saúde devidamente capacitado para prestar primeiros socorros, tendo como responsável técnico um profissional da área psicossocial (art. 69.^o). Estas respostas deverão funcionar (art. 70.^o) em “zonas de grande concentração de consumidores por via endovenosa, não podendo ser instalados em espaços ou centros residenciais consolidados [e] tanto quanto possível, evitar a exposição a não utentes” (pp. 360-1).

Resultados da Criação de Salas de Consumo Vigiado

Como verificamos no capítulo anterior, os principais objectivos da criação de SCV passam pela promoção de condições mais higiénicas para os actos de consumo de drogas, diminuindo os riscos desses comportamentos para a saúde dos consumidores, alterando ainda os padrões de consumo e diminuindo os constrangimentos que tal actos (quando praticados publicamente) causam aos restantes elementos da população.

Embora os resultados do último relatório anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2007) aponte para uma melhoria dos dados ao nível das transmissões de HIV e hepatite B e para uma estagnação no caso da hepatite C, verifica-se que ainda se situam a níveis elevados “o que sublinha a necessidade de garantir a cobertura e a eficácia das práticas de prevenção locais” (p. 80), sendo importante assim, verificar os resultados obtidos nas SCV, visto ser este um dos princípios e pressupostos basilares da sua intervenção.

De seguida, apresentamos uma revisão dos resultados de diversos estudos realizados no âmbito das SCV. Verifica-se desde logo, uma escassez de estudos sobre esta temática, provavelmente influenciada pela juventude deste tipo de respostas sociais, sendo que a maior parte dos artigos publicados reflecte o tipo de intervenção realizada, a apresentação das metodologias, as normas de utilização (Kimber, Dolan, Beek, Hedrich, & Zurhold, 2003).

Este factor, associado a algumas especificidades concretas de cada legislação (Anoro, Hundaín, & Santisteban, 2003; I. v. Beek, 2003; Broadhead, Borch, Hulst, & Farrell, 2003; Dolan et al., 2000; Fischer, Rehm, Kim, & Robins, 2002; Wood et al., 2005), condiciona a possibilidade de generalização dos resultados³.

Os estudos existentes centram-se essencialmente na análise do impacto das SCV no consumo público de drogas, nos auto-cuidados de saúde, na parti-

³ Embora estas alterações de país para país nos modelos de funcionamento e regras das SCV sejam uma realidade, à semelhança do que a legislação portuguesa prevê, a maior parte das SCV existentes, foram criadas (I. v. Beek, 2003) em locais onde o consumo é realizado de forma pública e aberta (open drug scenes), associado a um também visível tráfico de estupefacientes.

lha de seringas, ao nível das overdoses registadas e fatalidade das mesmas, no recurso a outros tipos de intervenção.

Verifica-se ainda a existência de estudos algo isolados sobre a influência destas respostas no crime e sobre a opinião pública em relação às mesmas.

Impacto na Consumo Público de Drogas

Os dados existentes indicam que a existência de SCV induz uma diminuição nas situações de consumo público de drogas e conseqüente diminuição do incómodo que estas situações representam para as populações onde essas situações se verificam.

Uma das SCV sobre a qual têm sido realizados mais estudos (Vancouver) apresenta dados positivos. Num estudo prospectivo publicado em 2004 (Wood et al.) os autores encontraram reduções significativas nos consumos públicos de substâncias por via endovenosa, por parte dos clientes desta resposta social.

Estes dados agora apresentados, foram posteriormente comprovados por outros estudos dos mesmos autores (Petrar et al., 2007; Wood et al., 2005; Wood, Tyndall, Qui et al., 2006). No caso do estudo mais recente (Petrar et al., 2007) 71% da população inquirida (n=1082) referiu uma redução de consumos em público.

Estes dados apresentam-se em consonância com os estudos realizados em Hamburgo (Zurhold, Degkwitz, Verthein, & Haasen, 2003) que, embora com resultados inferiores (40%) apresentam um aumento da redução de acordo com o aumento da assiduidade nas salas.

Impacto nos Auto-Cuidados de Saúde

Também no que respeita a uma maior consciencialização para os riscos dos comportamentos de consumo, parece existir uma influência da frequência das SCV. No estudo realizado em Hamburgo, já anteriormente referido, são vários os resultados que apontam neste sentido (Zurhold et al., 2003). 37% da amostra total (n=517) refere terem mais cuidado com a higiene e a limpeza pessoal, sendo que a frequência da preocupação referida correlaciona positivamente com a frequência da assiduidade ao serviço, apresentando-se estes dados em consonância com os referidos por Kimber et al. (2003).

Também outros estudos vêm confirmar os dados aqui obtidos, apresentando mais de 20% dos indivíduos que frequentam uma SCV em Hannover, alterações nos seus comportamentos higiénicos devido a terem uma maior consciencialização da importância dos mesmos (Stoever, 2002), sendo encontrada também melhorias num outro estudo realizado junto dos clientes da SCV de Vancouver (McKnight et al., 2007)

Impacto na Partilha de Seringas

Esta redução do número de consumos realizados em público e consequente aumento dos consumos realizados nas SCV e as melhorias nos auto-cuidados de saúde, parece estar directamente associado com a diminuição da utilização partilhada de seringas, até pela maior disponibilidade da mesma nestes locais, sendo que os diferentes estudos realizados em Vancouver (Kerr, Tyndall, Li, Montaner, & Wood, 2005; Wood et al., 2004) apontam todos neste sentido

Overdoses e Mortes relacionadas com o consumo de Drogas

Um aspecto onde a impacto das SCV parece ser deveras importante é no âmbito das overdoses e das mortes relacionadas com o consumo de drogas, apresentando a literatura internacional resultados que demonstram a importância que este tipo de respostas pode ter quer na diminuição das primeiras, quer (quando acontecem) no auxílio rápido e eficaz de forma a impedir situações de falecimento (Kimber et al., 2003).

Num estudo realizado junto de 13 SCV na Alemanha, Holanda e Suíça (Kimber, Dolan, & Wodak, 2005) verifica-se que durante os anos de 1998 e 2000 ocorreram uma média de 70,5 overdoses por ano, sendo que nenhuma resultou numa situação de morte. No mesmo sentido, ou seja sem mortes relacionadas com overdoses, apresenta-se um outro estudo realizado junto da população frequentadora da SCV de Vancouver (Kerr, Tyndall, Lai, Montaner, & Wood, 2006).

Os dados existentes sobre o número de overdoses ocorridas apontam para uma diminuição face à sua percentagem na população consumidora não frequentadora das SCV (Kimber et al., 2005).

As SCV como Pontes para Outros Serviços

Dos poucos estudos que avaliam esta variável (Kimber et al., 2005; Kimber et al., 2008; Stoeber, 2002), verifica-se que estes serviços podem ter influência nos encaminhamentos para outros serviços de saúde, nomeadamente para programas de tratamento livres de drogas. Não obstante, e como refere Kimber et al. (2005, p. 8) “a utilidade das SCV enquanto fontes de encaminhamento depende necessariamente da capacidade dos sistemas locais satisfazerem as necessidades dos clientes”⁴.

⁴ Estes dados remetem-nos desta forma, para a necessidade destas estruturas, ao serem criadas, não se apresentarem como um fim em si mesmo, mas como mais uma estrutura de

Crime

Como refere Stoeber (2002) uma das críticas iniciais a estes serviços passavam pelo receio da concentração de toxicodependentes nestes locais e consequente aumento do crime directamente ou indirectamente associado à toxicodependência. Contudo, os estudos realizados nesta área (Freeman et al., 2005; Wood, Tyndall, Lai, Montaner, & Kerr, 2006) e onde são comparadas taxas de incidência criminal antes e após a abertura das SCV, não apresentam diferenças estatisticamente significativas que suportem esse receio inicial.

Outros Estudos

Como referimos anteriormente neste trabalho, existe ainda um conjunto de estudos isolados onde se analisam as relações entre as SCV e diversas variáveis.

Um estudo realizado em Ontário, Canadá (Cruz, Patra, Fischer, Rehm, & Kalousek, 2007), sobre a opinião pública face a existência de SCV, apresenta dados que vêm em consonância com os que são apresentados por (Kimber et al., 2003), revelando que 60% da população inquirida (n=885) concordam com a disponibilidade de SCV para dependentes de heroína.

Um outro estudo que importará aqui abordar pela carga política que tem no debate público (Kerr et al., 2007), refere-se à análise sobre a possibilidade das SCV serem uma fonte de promoção do consumo de substâncias por via endovenosa. No referido estudo, realizado em Vancouver, os dados apontam para que tal situação não seja uma realidade, visto que num total da amostra (n=1065) o número médio de anos deste tipo de consumo era de 15,9 anos, e que apenas um indivíduo referiu que o primeiro contacto com substâncias por esta via ter sido na SCV.

O Sentimento de Insegurança

O conceito de sentimento de insegurança já não é apenas a de “uma reacção emocional caracterizada por uma sensação de perigo e de ansiedade [...] devido a ameaças de danos existentes no meio envolvente e que de alguma forma estão associadas ao crime” (Garofalo, s.d., cit. por Magro, 2001, p. 99) e vai muito além do problema concreto da criminalidade, assumindo actualmente

apoio à população toxicodependente, que deverá ser devidamente enquadrada num mais lato programa de intervenção que articule intervenções na área da redução de danos, mas também na área da prevenção, do tratamento e da reinserção.

elevada relevância por motivos relacionados com o aumento do crime, a atenção dada à vítima (Boutellier, 2001), a sua utilização política e no âmbito das políticas de protecção por parte dos governos internacionais (Sá, 2000), ao discurso social (Machado, 2004), e a um sentimento de perda de controlo, no caso de ser vitimado(a) e correspondentes consequências (Cusson, 2006).

Desta forma, o conceito de sentimento de insegurança remete-nos para uma representação social do contexto onde os indivíduos [enquanto pessoas singulares ou pertencentes a um grupo ou uma comunidade] estão inseridos (Frias, 2004).

A importância do estudo do sentimento de insegurança, revela-se também na necessidade de conhecer uma situação que põe em causa o bem-estar da população, visto que populações com maior nível de sentimento de insegurança promovem comportamentos protectores que muitas vezes resultam num isolamento social, que por seu lado também promove o aumento deste sentimento. (Amerio & Roccato, 2005; Briceño-León & Zubillaga, 2002; Jackson, 2006), desenvolvendo um ciclo vicioso que aprisiona a população ao seu próprio sentimento de insegurança, diminuindo consideravelmente a sua qualidade de vida, o seu bem-estar e a sua satisfação com o suporte social existente.

Já anteriormente referimos (Valério & Mendes, 2007) a existência de três grandes modelos teóricos explicativos do sentimento de insegurança e, também aí, tivemos a oportunidade de “sugerir que estas diferentes perspectivas poderão fazer parte de um modelo geral de explicação do sentimento de insegurança.” (p. 28).

Modelos Explicativos do Sentimento de Insegurança

À semelhança do que verificamos com o estudo das SCV, também a preocupação com o suporte teórico do sentimento de insegurança é recente (Beek, 2004)⁵. No artigo anteriormente realizado, e após a análise de todos os modelos teóricos existentes⁶, apontamos para a sua possível conjugação em apenas três: perspectiva criminal, perspectiva das incivildades e perspectiva de desorganização social.

Apresentamos de seguida um resumo destas três perspectivas, de forma a possibilitar, posteriormente, a apresentação dum modelo integrativo explicativo do sentimento de insegurança.

⁵ Embora, contudo, o estudo do sentimento de insegurança na criminologia seja uma temática bastante presente na literatura internacional.

⁶ Na análise realizada, encontramos dezassete (17) diferentes nomenclaturas, sendo que em diferentes casos, a única alteração é a da nomenclatura do modelo teórico e, em outros, verifica-se a agregação ou desagregação de modelos abordados por outros autores.

Perspectiva Criminal

A perspectiva criminal (que inclui os trabalhos de (Beek, 2004; Bissler, 2003; Farrall, Bannister, Ditton, & Gilchrist, 2000; Katz, Webb, & Armstrong, 2003; McCrea, Shyy, Western, & Stimson, 2005) assenta a sua base num conjunto de variáveis relacionadas directamente com o indivíduo e a forma como o mesmo percebe individualmente a perigosidade para com a sua pessoa de uma determinada situação. Aqui estão presentes variáveis como a vulnerabilidade, a vitimação directa e vicariante e as suas próprias características sócio-demográficas.

Para estes autores, o sentimento de insegurança surge associado a um sentimento de vulnerabilidade nos indivíduos que se vejam como vulneráveis, naqueles que foram vítimas de crime e naqueles que estão mais próximos de vítimas de crime (vitimação vicariante). Isto é, para a perspectiva criminal, é a percepção de risco, associado aos recursos (pessoais e sociais) existentes que lhe permitam defender-se (McCrea et al., 2005), que origina o sentimento de insegurança.

Neste caso, quanto maior for o sentimento de vulnerabilidade dum indivíduo, maior será o seu sentimento de insegurança. Realça-se o facto da não obrigatoriedade da ocorrência de crime para que o sentimento aumente, bastando para tal o conhecimento da situação e a identificação com a pessoa que foi vítima (Esteves, 1999; Evans & Fletcher, 2000; Frias, 2004; Katz et al., 2003).

Perspectiva das Incivilidades

Vimos acima que o sentimento de insegurança pode não estar directamente relacionado com o risco de vitimação de um indivíduo. Na tentativa de explicar a existência do sentimento de insegurança nesses locais, os autores associados a esta perspectiva, adaptaram o modelo teórico de Wilson e Kelling (1982, 1989) que sugerem que em determinadas situações “arranjar *janelas quebradas*⁷ faz mais para reduzir o crime que o convencional policiamento orientado para os incidentes” (1989, p. 46).

O que se pressupõe (Bissler, 2003; McCrea et al., 2005) é que a existência das designadas perturbações sociais (existência de indivíduos sem-abrigo, toxicodépendentes, ruído sonoro ou crianças mal-comportadas) e perturbações físicas (actos de vandalismo, carros e casas abandonadas, graffitis, seringas ou lixo) cria

⁷ “Broken Windows” no original inglês. Este termo dá nome ao modelo teórico desenvolvido pelos autores (Wilson & Kelling, 1982), sendo um modelo explicativo não do sentimento de insegurança, mas do crime em geral.

um sentimento de inexistência de controlos sociais informais. Assim, o sentimento de insegurança surge com o entendimento das incivildades⁸ (as perturbações sociais e físicas) como sendo um sinal claro e antecipado de perigo, não sendo portanto necessária a verdadeira ocorrência de actos criminais. (Bissler, 2003).

Também aqui verificamos a existência do ciclo vicioso acima referenciado, visto que as medidas preventivas tomadas pelos indivíduos originam uma diminuição da coesão e estabilidade do local onde habitam, provocando consequentemente um sentimento de insegurança ainda maior (Katz et al., 2003; Robinson, Lawton, Taylor, & Perkins, 2003).

Perspectiva da Desorganização Social

Ao contrário da perspectiva anterior, que centra a sua análise nos aspectos de interpretação individual das comunidades, a perspectiva da desorganização social assenta os seus pressupostos na forma como um determinado indivíduo entende a estrutura da comunidade onde mora, e a existência (ou inexistências) de redes sociais informais.

O sentimento de insegurança é aqui explicado pela inexistência (ou a sua existência em baixo nível) de processos sociais num determinado local, como a reciprocidade entre vizinhos, o sentido de comunidade e o controlo social informal (e consequentes práticas criminais), estando assim, assente nas percepções das dinâmicas das comunidades (Katz et al., 2003).

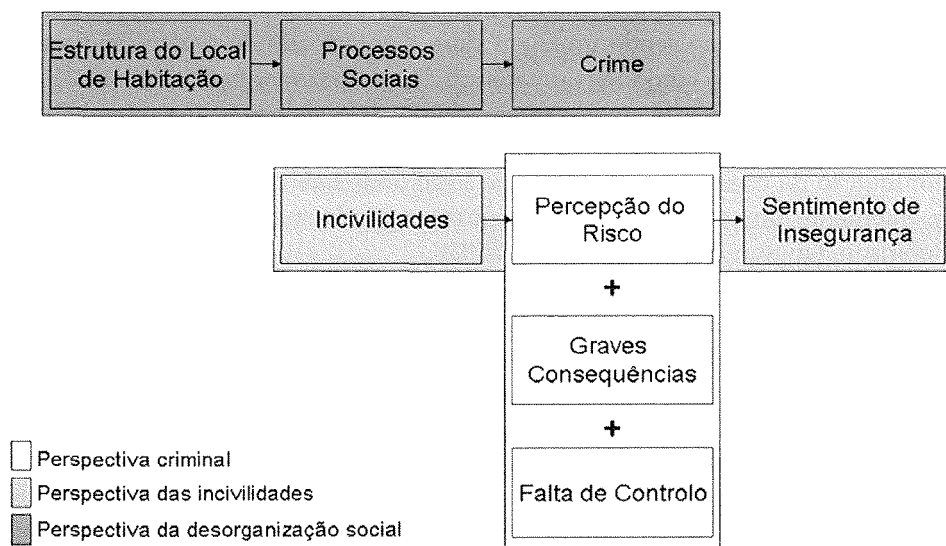
Um outro pressuposto importante nesta perspectiva, passa pelo facto da convivência com pessoas de diferentes *backgrounds* culturais originar um aumento no sentimento de insegurança, tendo em conta a dificuldade de compreensão e interpretação dos valores, atitudes e comportamentos desses indivíduos e consequente aumento da incerteza e da falta de confiança (Beek, 2004; Katz et al., 2003).

Conjugação das Perspectivas

De acordo com McCrea (2005), e como podemos verificar pela apresentação das diferentes perspectivas (quadro 1), todas elas apresentam pontos comuns e que, obrigatoriamente as relaciona, e que se pode observar graficamente no quadro seguinte.

⁸ Embora esta seja a tradução existente na literatura nacional, pensamos que seria preferível uma adaptação mais directa (ofensas ao bem-estar) do termo original (welfare offences), pelo facto de se tornar mais claro a sua própria definição.

Quadro 1 – Representação Gráfica das Perspectivas



Adaptado de: McCrea et al., 2005, p.11

Embora o quadro acima apresentado represente as principais relações existentes entre as perspectivas do sentimento de insegurança, consideramos que não evidência de forma clara todas as relações existentes entre as diferentes perspectivas.

Assim, e como forma de ultrapassar essa lacuna, apresentamos de seguida um novo modelo de interpretação das diferentes perspectivas teóricas do sentimento de insegurança, com a identificação das inter-relações que consideramos existir e que apresentam como fundamentais para uma explicação coerente e clara do mesmo.

Modelo Integrativo do Sentimento de Insegurança

Como referíamos e como podemos verificar no quadro seguinte (quadro 2), existem um conjunto de influências que não estavam presentes no quadro anterior e que consideramos fundamentais para uma clara e correcta interpretação do sentimento de insegurança. Este novo quadro assente nas perspectivas anteriormente abordadas, pressupõe a possibilidade de pensarmos o sentimento de insegurança numa forma integrativa.

componentes explicativas, encontram-se intimamente relacionadas entre si, exercendo influências mútuas que condicionam a manutenção e/ou a alteração do grau do sentimento de insegurança existente.

Conclusão

As principais conclusões possíveis de ser retiradas deste trabalho passam pela verificação da existência de resultados positivos com a implementação das salas de consumo vigiado. Estes resultados repercutem-se na melhoria dos auto-cuidados de saúde (representando uma maior consciencialização dos toxicodependentes) e que são visíveis pela diminuição do consumo público de substâncias, a diminuição da partilha de seringas e, uma diminuição do número de overdoses e mortes relacionadas com o consumo de substâncias.

Releva-se também o facto do número de mortes como resultado de overdoses que ocorreram em salas de consumo vigiado ser bastante diminuto quando comparado com a realidade do mesmo local, mas em toxicodependentes que não frequentam essas respostas sociais. Estes serviços apresentam-se ainda como sendo um local onde é realizado um trabalho de motivação e encaminhamento para tratamento que tem obtido algum sucesso.

Verificou-se ainda o não aumento do consumo e da criminalidade, directa ou indirectamente associada à toxicodependência nos locais onde as salas de consumo vigiado foram criadas, locais esses que, na sua maioria, são zonas de elevado consumo de substâncias, o que permite alguma generalização de dados para Portugal, visto que o Decreto-Lei 183/2001 de 21 de Junho (que cria a possibilidade de implementação destas salas em Portugal) impede a sua criação noutros locais que não sejam zonas de grande concentração de consumidores e impedindo que o sejam em centros residenciais consolidados.

Parece-nos evidente que os locais previstos para a implementação destas respostas sociais sejam os bairros sociais dos grandes centros urbanos. Contudo, torna-se necessário bastante precaução na generalização destes dados para Portugal, visto ser necessário definir claramente, caso a criação destas estruturas avance, as estratégias e modos de intervenção profissional, sendo certo que os mesmos podem levar a outros resultados, evidenciando assim a necessidade da realização de estudos locais sobre a implementação destes serviços.

Neste sentido, e de forma a possibilitar com mais coerência e rigor, a comparação entre estudos realizados neste âmbito, torna-se necessário a realização de investigações articuladas, onde sejam utilizados instrumentos validados internacionalmente.

A exploração teórica aqui realizada tinha como objectivo subjacente a criação de hipóteses para uma possível tese de mestrado a realizar no âmbito do

curso de Mestrado em Política Social e Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, que visa uma avaliação pró-activa e de contributo científico para o debate político sobre a criação destas estruturas, sob a temática do impacto das mesmas no sentimento de insegurança da população e, consequentemente, no bem-estar e qualidade de vida dessa mesma população.

Como já foi referido, não existe na literatura científica estudos que avaliem o impacto que a criação das salas de consumo vigiado poderá ter na alteração do sentimento de insegurança das populações dos locais onde esses serviços possam vir a ser implementados. Torna-se necessário assim, proceder agora a uma articulação entre os diferentes dados obtidos sobre as salas de consumo vigiado e sobre os modelos teóricos do sentimento de insegurança e, evidentemente, do modelo integrativo por nós proposto.

Parece-nos claro que nos locais onde as salas de consumo vigiado foram implementadas, e desde que em locais onde exista grande concentração de consumidores, poderá significar uma diminuição do sentimento de insegurança da população desses locais, visto que:

- não tem tido impacto na criminalidade registada nesses locais nem no aumento da frequência das zonas habitacionais por toxicodependentes (o que de acordo com os modelos teóricos significaria uma manutenção do sentimento de insegurança);
- estes serviços têm significado uma diminuição do consumo público de drogas e de ganhos de saúde pública (o que, sendo consideradas como perturbações físicas e sociais conduziria a uma diminuição do sentimento de insegurança).

Assim, e na lógica do modelo teórico integrativo por nós apresentado, esta diminuição do sentimento de insegurança poderia significar uma alteração da estrutura do local de habitação e dos próprios processos sociais, conduzindo a uma menor percepção de risco e de sentimento de falta de controlo. Nesta sequência, e tendo como pressuposto os dados obtidos, tal significaria a criação do ciclo vicioso do sentimento de insegurança que implicaria uma maior diminuição do mesmo.

Seria também importante avaliar qual a opinião da população dos locais onde as salas de consumo vigiado possam vir a ser implementadas (sendo que a literatura apresenta opiniões positivas), acreditando que essa opinião possa ser preditora do sentimento de insegurança, ou seja:

- uma opinião positiva sobre a criação destes equipamentos levará a uma diminuição do sentimento de insegurança aquando da sua implementação;
- uma opinião negativa sobre a criação destes equipamentos originará um aumento do sentimento de insegurança aquando do seu surgimento.

Obviamente, existem aqui um conjunto de variáveis que teriam de ser controladas. Desde logo, a avaliação do real conhecimento do tipo de serviço prestado pelas salas de consumo vigiado e do impacto das mesmas no quotidiano desses locais.

Criamos assim uma hipótese de estudo que pressupõe a diminuição do sentimento de insegurança com a criação das salas de consumo vigiado, se estiver assegurado que os resultados obtidos em Portugal sejam semelhantes aos que têm sido atingidos em locais onde estes equipamentos já estão em funcionamento e desde que exista uma opinião positiva face a estas salas por parte da população, visto que o sentimento de insegurança uma reacção emocional individual, sendo certa a necessidade de avaliar.

Sendo, obviamente, impossível essa certeza, consideramos que será um contributo importante avaliar todo este impacto e o tipo de serviços suplementares que a população residente nos locais onde as salas de consumo vigiado possam ser implementadas e importante criar, como forma de ultrapassar as perturbações sociais e físicas existentes nos locais.

Bibliografia

- AMERIO, P., & ROCCATO, M. (2005). A Predictive Model for Psychological Reactions to Crime in Italy: An Analysis of Fear of Crime and Concern about Crime as a Social Problem. *Journal of Community & Applied Social Psychology*(15), pp. 17-28.
- ANORO, M., HUNDAÍN, E., & SANTISTEBAN, O. (2003). Barcelona's Safer Injection Facility – EVA: A Harm Reduction Program Lacking Official Support. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 689-711.
- Association, I. H. R. (s.d.). What is Harm Reduction? Consultado na World Wide Web a 9 de Julho de 2008, em: <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>
- BEEK. (2004). Fear of Crime: Feeling (un)safe and (in)secure in the Risk Society. Tese de Mestrado não publicada, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven.
- BEEK, I. V. (2003). The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: A Clinical Model. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 625-638.
- BISSLER, D. L. (2003). Fear of Crime and Social Networks: A Community Study of two Local Public Housing Complexes. Tese de Doutoramento não publicada, North Carolina State University, Raleigh.
- BOUTELLIER, H. (2001). The Convergence of Social Policy and Criminal Justice. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 9(4), pp. 360-381.
- BRICEÑO-LEÓN, R., & ZUBILLAGA, V. (2002). Violence and Globalization in Latin America. *Current Sociology*, 50(1), pp. 19-37.
- BROADHEAD, R., BORCH, C., HULST, Y., & FARRELL, J. (2003). Safer Injection Facilities in New York City: A Utilization Survey of Injection Drug Users. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 733-750.
- BULLINGTON, B. (2004). Drug Policy Reform and Its Detractors: The United States as the Elephant in the Closet. *Journal of Drug Issues*, 34(3), 687-721.
- BULLINGTON, B., BÖLLINGER, L., & SHELLEY, T. (2004). Trends in European Drug Policies: A New Beginning or More of the Same. *Journal of Drug Issues*, 34(3), 481-490.

- CRUZ, M., PATRA, J., FISCHER, B., REHM, J., & KALOUSEK, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18, 54-61.
- CUSSON, M. (2006). *Criminologia*. Lisboa: Casa das Letras.
- DOLAN, K., KIMBER, J., FRY, C., FITZGERALD, J., McDONALD, D., & TRAUTMANN, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 10, 337-346.
- ESTEVES, A. (1999). *A Criminalidade na Cidade de Lisboa: Uma Geografia de Insegurança*. Lisboa: Edições Colibri.
- EVANS, D. J., & FLETCHER, M. (2000). Fear of Crime: Testing Alternative Hypotheses. *Applied Geography*(20), pp. 395-411.
- FARRALL, S., BANNISTER, J., DITTON, J., & GILCHRIST, E. (2000). Social Psychology and the Fear of Crime: Re-Examining a Speculative Model. *British Journal of Criminology*, 40(3), pp. 399-413.
- FISCHER, B., REHM, J., KIM, G., & ROBINS, A. (2002). Safer Injection Facilities for Injection Drug Users in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 93(5), 336-338.
- FREEMAN, K., JONES, C., WEATHERBURN, D., RUTTER, S., SPOONER, C., & DONNELLY, N. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24, 173-184.
- FRIAS, G. (2004). *A Construção Social do Sentimento de Insegurança em Portugal na Actualidade*. Trabalho Apresentado na VIII Congresso Luso-Afro Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra.
- GREEN, T., HANKINS, C., PALMER, D., BOIVIN, J.-F., & PLATT, R. (2003). Ascertaining the Need for a Supervised Injecting Facility: The Burden of Public Injecting in Montreal, Canada. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 713-731.
- JACKSON, J. (2006). Introducing Fear of Crime to Risk Research. *Risk Analysis*, 26(1), pp. 253-264.
- KATZ, C. M., WEBB, V. J., & ARMSTRONG, T. A. (2003). Fear of Gangs: A Test of Alternative Theoretical Models. *Justice Quarterly*, 20(1), pp.95-130.
- KERR, T., TYNDALL, M., LAI, C., MONTANER, J., & WOOD, E. (2006). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 17, 436-441.
- KERR, T., TYNDALL, M., LI, K., MONTANER, J., & WOOD, E. (2005). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *the Lancet*, 366, 316-318.
- KERR, T., TYNDALL, M., ZHANG, R., LAI, C., MONTANER, J., & WOOD, E. (2007). Circumstances of First Injection Among Illicit Drug Users Accessing a Medically Supervised Safer Injection Facility. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1228-1230.
- KIMBER, J., DOLAN, K., BEEK, I., HEDRICH, D., & ZURHOLD, H. (2003). Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22, 227-233.
- KIMBER, J., DOLAN, K., & WODAK, A. (2005). Survey of drug consumption rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 24, 21-24.
- KIMBER, J., MATTICK, R., KALDOR, J., BEEK, I., GILMOUR, S., & RANCE, J. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 1-11.
- LENTON, S., & SINGLE, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17, 213-220.
- MACHADO, C. (2004). *Crime e Insegurança: Discursos do Medo, Imagens do Outro*. Lisboa: Editorial Notícias.
- MAGRO, C. S. (2001). Vitimação, Percepção de Invulnerabilidade e Medo do Crime. *Subjude* (22/23), pp. 99-105.
- McCREA, R., SHY, T.-K., WESTERN, J., & STIMSON, R. J. (2005). Fear of crime in Brisbane: Individual, social and neighbourhood factors in perspective. *Journal of Sociology*, 41(1), pp. 7-27.

- McKNIGHT, I., MAAS, B., WOOD, E., TYNDALL, M., SMALL, W., LAI, C., et al. (2007). Factors Associated with Public Injecting Among Users of Vancouver's Supervised Injection Facility. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 319-325.
- Presidência do Conselho de Ministros (2001). Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho. *Diário da República*, 142, 3594-3601.
- O'SHEA, M. (2007). Introduction safer injecting facilities in Republic of Ireland: "Chipping away" at policy change. *Drug: education, prevention and policy*, 14(1), 75-88.
- PETRAR, S., KERR, T., TYNDALL, M., ZHANG, R., MONTANER, J., & WOOD, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addictive Behaviors*, 32(9), 1088-1093.
- Rádio Televisão Portuguesa. (2007). Salas de Chuto. On Prós & Contras. Lisboa: Autor.
- RHODES, T., KIMBER, J., SMALL, W., FITZGERALD, J., KERR, T., HICKMAN, M., et al. (2006). Public injecting and the need for "safer environment interventions" in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, 101, 1384-1393.
- RITTER, A., & CAMERON, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 611-624.
- ROBINSON, J. B., LAWTON, B. A., TAYLOR, R. B., & PERKINS, D. D. (2003). Multilevel Longitudinal Impacts of Incivilities: Fear of Crime, Expected Safety, and Block Satisfaction. *Journal of Quantitative Criminology*, 19(3), pp. 237-274.
- SÁ, T. V. (2000). Segurança e o seu Sentimento na Cidade. Trabalho Apresentado na IV Congresso Português de Sociologia, Coimbra.
- STOEVER, H. (2002). Consumption Rooms – A Middle Ground Between Health and Public Order Concerns. *Journal of Drug Issues*, 32(2), 597-606.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (s.d.). Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências – Horizonte 2008. Consultado na World Wide Web a 14 de Julho de 2008, em: http://www.idt.pt/media/publicacoes/plano_estrategico/plano_acciao.pdf
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2007). A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa: Relatório Anual 2007. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- VALÉRIO, M. Â., & MENDES, R. (2007). O Sentimento de Insegurança nas Forças de Segurança. *Politécnica*, 14, 25-35.
- WILSON, J. Q., & KELLING, G. L. (1982). Broken Windows. *The Atlantic Monthly*, pp. 29-38.
- WILSON, J. Q., & KELLING, G. L. (1989). Making Neighborhoods Safe. *Atlantic Monthly*, pp. 46-52.
- WOLF, J., LINSSEN, L., & GRAAF, I. (2003). Drug Consumption Facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 469-661.
- WOOD, E., KERR, T., SMALL, W., LI, K., MARSH, D., MONTANER, J., et al. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734.
- WOOD, E., TYNDALL, M., LAI, C., MONTANER, J., & KERR, T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1(1), 13.
- WOOD, E., TYNDALL, M., LI, K., LLOYD-SMITH, E., SMALL, W., MONTANER, J., et al. (2005). Do Supervised Injecting Facilities Attract Higher-Risk Injection Drug Users. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(2), 126-130.
- WOOD, E., TYNDALL, M., QUI, Z., ZHANG, R., MONTANER, J., & KERR, T. (2006). Service Uptake and Characteristics of Injection Drug Users Utilizing North America's First Medically Supervised Safer Injecting Facility. *American Journal of Public Health*, 96(5), 770-773.
- ZURHOLD, H., DEGKWITZ, P., VERTHEIN, U., & HAASEN, C. (2003). Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and the Reduction of Public Nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33(3), 663-688.