



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*O IMPACTO DA DESCRIMINALIZAÇÃO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PARA AS  
INTERVENÇÕES DE REDUÇÃO DE RISCOS E  
MINIMIZAÇÃO DE DANOS: ESTUDO DE CASO DO  
PROJETO KOSMICARE/BOOM FESTIVAL*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

*Mónica Sofia Teixeira Valbom*

Porto, 29 de Janeiro de 2015



CATÓLICA PORTO  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*O IMPACTO DA DESCRIMINALIZAÇÃO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PARA AS  
INTERVENÇÕES DE REDUÇÃO DE RISCOS E  
MINIMIZAÇÃO DE DANOS: ESTUDO DE CASO DO  
PROJETO KOSMICARE/BOOM FESTIVAL*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Psicologia

-Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

*Mónica Sofia Teixeira Valbom*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Mestre *Maria Carmo Carvalho*

Porto, 29 de Janeiro de 2015

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, por me terem proporcionado todo este percurso.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade em participar pois sem eles isto não seria possível.

Ao meu primo Jorge Valbom, por ter sido um pilar ao longo destes anos e por me ter levado ao Boom Festival pela primeira vez, e ter despertado a minha curiosidade sobre o tema.

À Professora Maria do Carmo, que sem dúvida, será sempre uma inspiração pela dedicação e paixão em tudo que faz.

À Ana Gonçalves, Mónica Soares e Luís Assunção, por terem estado presente ao longo do meu percurso académico e pelo companheirismo sempre demonstrado.

À Ana Guimarães, Ânia Tavares e Carolina Guimarães, pelos últimos dois anos, em que descobri as minhas “almas gémeas desviadas”.

Aos meus amigos Mirandelenses, por serem os melhores “para sempre”.

## **Resumo**

O objetivo do presente estudo é compreender o Impacto da Descriminalização do consumo de substâncias psicoativas (SPA) na prática de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), em Portugal

No desenvolvimento deste trabalho recorreremos a uma metodologia de investigação qualitativa assente em questionários realizados a agentes de segurança e técnicos de saúde, com intervenção direta nas práticas de consumo e tráfico de SPA. A análise de dados foi feita com recurso ao *software Nvivo10*®.

Uma conclusão central que emerge deste trabalho é o facto de, na sua maioria, os agentes de segurança desconhecerem qual a legislação em vigor, no que concerne às políticas das drogas em Portugal, bem como, não compreenderem o impacto da descriminalização do consumo de SPA, em Portugal. No entanto, este é apenas um primeiro contributo para a exploração desta temática, que necessita de aprofundamento adicional em muitas das suas dimensões. Entendemos que uma disseminação mais eficaz do conhecimento sobre a lei e suas implicações junto dos agentes envolvidos na sua implementação contribui de forma significativa para a melhoria da eficácia das medidas contempladas pela lei, no interesse e no benefício dos indivíduos utilizadores em Portugal.

### Palavras-chave

Descriminalização, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Intervenção em Crise, Kosmicare

## **Abstract**

The aim of this study is to understand the Impact of Decriminalization of psychoactive substance use in the practice of harm reduction and risk minimization in Portugal

In the development of this investigation we used a qualitative research methodology based on questionnaires conducted to security agents as well as health agents which have had direct contact with either consumption and/or traffic of psychoactive substances. The research methodology relies on a qualitative process using the.Nvivo10®.

A blunter conclusion of this work is that, on average, the security agents are unaware of the current legislation premises regarding psychoactive substances consumption. Also, it's to be said that they didn't understand the impact that the decriminalization has had in Portugal. However this is only the first step to explore this theme, which will require, a deeper and more complex analysis in all its' planes. We believe that creating ways to promote knowledge of the law around the agents which are also implicated, will result in a significant change and bettering on the application and enforcement of said law, which, it's in the benefit and on the psychoactive substance user best interest, in Portugal.

### Key-words

Decriminalization, Harm Reduction, Crisis intervention, Kosmicare

## INTRODUÇÃO

Passaram 50 anos desde a primeira Convenção das Nações Unidas sobre Drogas que marca o início da “guerra às drogas”. Contudo as taxas de uso permanecem elevadas em todo mundo (Rosmarin & Eastwood, 2012). Parece-nos importante que a guerra às drogas termine. O poder superior e a sociedade devem ser realistas - ao eliminar a oferta não se elimina a procura- e portanto se deve aprender a gerir a situação de maneira a que estes consumos tragam o menor número possível de risco. (Poiares, 2001).

Durante anos, em Portugal, não houve qualquer alteração nas políticas aplicáveis ao uso de SPA (substâncias psicoativas). Segundo Costa (2009) na atualidade é reconhecido o fracasso de grande parte das medidas de controlo das drogas, executadas em Portugal na segunda metade dos anos 70 e na década de 80. Para o autor a ineficácia dessas medidas resultou em parte de terem sido maioritariamente replicadas a partir do exemplo de outros países, ao invés de se ter construído uma estratégia de intervenção refletida e global, adaptada à realidade nacional.

Ainda que hoje o panorama nacional seja o da descriminalização, mantém-se muito limitada a implementação de medidas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em ambientes recreativos, não obstante ser reconhecida a sua importância, e a tendência de aumento de uso de SPA ilícitas entre populações cada vez mais jovens (Cruz & Machado, 2010).

Esta pareceu-nos uma reflexão pertinente por três motivos: (1) a necessidade de compreender os fatores sociais e políticos que conduziram à descriminalização; (2) o impacto da lei 30/2000 na prática de RRMD, e (3) a necessidade de disseminação de boas práticas em intervenção em crise, associadas a ambientes recreativos. Tomamos o projeto de intervenção em crise em ambientes recreativos Kosmicare | Boom Festival como caso que nos serve de pretexto para análise destes três processos. Pareceu-nos pertinente compreender as perceções dos técnicos intervenientes em diversos domínios relacionados com o uso, sobre as políticas das SPA em Portugal.

## PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. As Políticas de Drogas em Portugal

#### 1.1. Da criminalização à descriminalização – O que mudou?

Ao explorarmos o uso de SPA remetemo-nos, inevitavelmente, para a pré-história, onde esta prática já tinha inúmeras finalidades, que ainda hoje são reconhecíveis: o homem procura encontrar, em certas substâncias provenientes da natureza, meios que considera legítimos para o alívio e cura do sofrimento físico; para a obtenção de prazer; para revigoramento das energias; para o trabalho e para a guerra; ou para o desencadeamento de estados de êxtase mítico/religiosos (Poiars, 1998; Escotado, 1999a).

No final do Séc. XIX estes usos começaram a ser identificados como um risco para a norma social (Escotado,1989). A China foi o primeiro país a manifestar preocupação em relação ao consumo de ópio reagindo unilateralmente contra a Inglaterra, uma vez que o ópio era importado pela mesma através da Índia. Esta luta ficou historicamente conhecida como a Guerra do Ópio, em 1909. Nesse ano, realizou-se, em Xangai, por iniciativa dos E.U.A. a primeira conferência internacional relacionada com o consumo de SPA. Duas posições antagonizaram-se: E.U.A. e China a favor do proibicionismo, e outros países com uma posição mais liberal, pretendendo salvaguardar interesses comerciais (Sommer, 2004; Avilés, 2014). Seguiu-se, em 1912, a Convenção de Haya que marcou o início da liderança dos EUA nesta luta, da qual surgiu a única legislação internacional sobre o conceito drogas. Em 1919, esta legislação foi incorporada no tratado de Paz de Versalhes. (Escotado, 1999b; Sommer, 2004; Quintas, 2011;Avilés 2014). E em 1920, o Tratado de Genebra, veio comutar o paradigma do toxicodpendente/ criminoso para o consumidor/doente. O tratamento passou a ser visto como uma possibilidade e não apenas a punição, caminhando-se para uma certa descriminalização. Os estados signatários comprometeram-se a criar condições que fizessem face ao problema *droga*, a problematização social e a medicalização do doente (Escotado, 1989; Sommer, 2004; Avilés 2014).

Por todo o mundo o consumo de drogas tem vindo a percorrer um caminho social controverso, com radicalizações e oscilações entre duas vias principais – a criminalização e a legalização (Sommer, 2004; Quintas, 2011, Avilés, 2014). Em Portugal, no início dos anos 80, o cenário das drogas sofreu alterações com o surgimento da venda de heroína (Fernandes, 1997), que trouxe consigo padrões disruptivos de consumo. Neste sentido, surge o Decreto-Lei n.º 430/83 que procurou alcançar um duplo objetivo: por um lado, admitiu-se que os crimes de

tráfico eram um dos expoentes máximos da delinquência, justificando-se o agravamento das sanções a si aplicáveis; por outro lado, considerou-se repreensível socialmente e passível de ser sancionado o consumo dessas substâncias, assumindo, ainda assim, que o toxicod dependente deve ser encarado como um ser humano que necessita de assistência médica.

No ano de 1993, a 22 de janeiro, surge o Decreto-Lei n.º 15/93 que visa a proibição do tráfico de estupefacientes bem como medidas para controlar e fiscalizar precursores, produtos químicos e solventes no sentido de reduzir o fabrico clandestino de estupefacientes e de psicotrópicos. Estas medidas repressivas e condenadoras do consumo não só não impediram a continuidade dos problemas relacionados com a droga, como também os agravaram: persistiam os consumos problemáticos de heroína, a proliferação do VIH/SIDA e ainda cresceu a oferta de cocaína e de novas drogas sintéticas (Quintas, 2011).

De acordo com Poiares (1998), a criminalização mantinha-se pelo receio de se alterar o quadro legal existente e por se apelar ao poder da lei como fator dissuasor do consumo. Para além disso, alegava-se que, na ausência de conhecimento suficiente para optar pela despenalização, se devia permanecer na via penalizadora (Poiares, 1998). Contudo, o tempo fantasioso em que se admitia que ao eliminar a oferta se erradicava a procura, começava a ficar distante (Poiares, 2001).

Neste contexto, resultando de uma Resolução de Conselho de Ministros 46/99 de 26 de Maio, é realizada uma complementação da lei vigente com o Decreto-Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro, que inclui a descriminalização do consumo. Para Santos (2004), aconteceu, afinal, com o consumo de drogas, o que historicamente foi acontecendo em relação a tantas outras condutas, que foram duramente penalizadas e deixaram de sê-lo, sem que a ordem social tivesse sido posta em causa (Adultério, cheques garantia ou pré-datados, etc.).

Nesta nova moldura penal, o legislador teve como base o princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana (Santos, 2004). O artigo 29 utiliza a palavra “descriminalização”, que se aplica à compra, posse e consumo de todas as drogas para uso pessoal, definida por uma média individual com quantidade suficiente para o uso por indivíduo de 10 dias (Greenwald, 2009). A modificação legislativa: i) transforma a natureza do ilícito de crime para contraordenação (descriminalização); ii) retira da alçada dos Tribunais a competência de julgar os atos que configurem o ilícito (desjudicialização), criando uma nova instância administrativa extrajudiciária responsável pela sua apreciação - as “Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência” (CDT) (Quintas, 2006). O toxicod dependente passa a ser visto como um doente e não como um criminoso, que pode incorrer numa pena detentiva, mas que se submete,



voluntariamente, a tratamento (Santos, 2004). Despenaliza-se o consumo, mas dá-se o sinal claro da sua censurabilidade (Fernandes, 2009).

Esta mudança despoletou diversos discursos que demonstraram uma enorme apreensão face a esta nova política, alertando que uma provável consequência a este sistema seria o aumento do consumo de drogas em Portugal. Também se dizia que o país se tornaria um destino paradisíaco para estes consumos (Domostawski, 2011). As forças de segurança adotaram uma atitude negativa, apresentando razões de diferentes ordens. Muitos polícias, especialmente os de gerações mais antigas, que sempre trabalharam na “linha da frente”, consideravam a droga como “um mal”; estavam menos disponíveis para aceitar a alteração de paradigma que a nova política requeria do que aqueles que estavam menos “endurecidos” pelo confronto diário com consumidores problemáticos. Outros agentes previram a perda de potenciais informadores. Também estavam preocupados com o impacto que a nova política teria nos recursos financeiros e humanos (Domostawski, 2011).

Um estudo recente sobre *as práticas policiais de atuação no âmbito das drogas* confirma que o aparecimento do conceito de “descriminalização” causou desânimo entre os agentes de segurança; e que no decurso da sua implementação também surgiu algum desinteresse motivado pelo facto de o nível de atuação policial ter sido reduzido, e se ter notado a ineficácia da lei sobre o abandono do consumo de SPA (Teixeira, 2014). Ainda segundo Teixeira (2014), os agentes de segurança apontam como principal motivação da prática policial o acesso ao consumidor na medida em que este pode apresentar envolvimento no tráfico. – é notório que o foco é no combate ao tráfico, e não no suporte às debilidades geradas pela condição de consumidor.

A evidência demonstra que nenhum dos desfechos negativos previstos pelos opositores a esta política se confirmou, muito pelo contrário. O uso diminuiu em muitas categorias principais e os problemas sociais relacionados com o consumo também se têm demonstrado menores (Rosmarin & Eastwood, 2012). São evidências que parecem confirmar que a Guerra às Drogas permanece há demasiado tempo, que o proibicionismo aumenta os níveis de criminalidade, e que o consumo de drogas deve ser tratado como um problema médico e social, ao invés de um problema penal (Boaz & Lynch, 2009).

O início da implementação da RRMD<sup>1</sup> como medida política surge mais tarde, com o Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de Junho, na sequência de uma reestruturação das estruturas de

---

<sup>1</sup> A recomendação dos peritos da Comissão de Estratégia Nacional, presidida pelo Prof. Alexandre Quintanilha, elaborou as recomendações em que se baseou depois a nova lei, apontava a RRMD como uma medida necessária e fundamental.

combate às drogas. Com esta medida ficou consagrada a deslocação do epicentro do problema das drogas desde a esfera jurídica para os territórios da saúde. (Santos,2004). Este decreto surgiu na sequência de diversas ações prévias de RRMD, mais isoladas e pontuais. Durante esse período conseguimos identificar fases distintas na evolução da prática de RRMD. A evolução parece ter sido desde uma fase de «clandestinidade», para a legitimação política (Barbosa,2009). Existiram inicialmente algumas iniciativas voluntárias, como o projeto STOP-SIDA, a intervenção no Bairro do casal Ventoso em Lisboa, ou o programa «Contrato de Cidade» na cidade do Porto (Barbosa,2009). Em 1992, disponibilizaram-se seringas para evitar contágio de doenças infecto-contagiosas, prescreveram-se drogas de substituição com metadona nas Farmácias para o programa de substituição com metadona nas farmácias, entre outras iniciativas. Já muito tempo antes, em 1977, no Porto, tinha sido ensaiada uma experiência piloto, trazida dos Estados Unidos, que consistia na prescrição de Metadona a alguns utentes do então chamado Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (Santos, 2004).

## 1.2 A rede nacional de Redução de Riscos e Minimização de Danos

A RRMD constitui-se como um modelo próprio de intervenção face à problemática do uso de SPA, assente nos pressupostos do pragmatismo, humanismo e da proximidade, que pretende substituir um comportamento que pode ser prejudicial, por um outro que reduz drasticamente os fatores negativos associados ao uso (Carapinha, 2009). A RR abrange intervenções, programas e políticas que procuram reduzir danos causados pelos consumos de drogas, ao nível da saúde, e ao nível social e económico. Esta abordagem nem exclui nem presume como objetivo a abstinência, embora as intervenções orientadas para a abstinência se possam também enquadrar a linha da redução de danos, combinando assim as duas intervenções de maneira a reduzir os danos causados (EMCDDA, 2010). São exemplos da prática de RRMD os programas de troca de seringas, o tratamento por substituição de opiáceos, os serviços de acompanhamento, e a oferta de salas de consumos. Todas estas estratégias têm em comum, a promoção de políticas públicas que permitam a proteção da saúde das populações em risco (WHO 2009, cit in EMCDDA,2010).

A primeira definição conhecida de redução de riscos (RR) recorre ao conceito de “pragmatismo de compaixão” (Marllat, 1998 cit. in Marlatt, & Tatarsky 2010). Partia do reconhecimento de que muitos consumidores não têm como objetivo a abstinência, o que motiva a sua não procura de ajuda (Rotgers, 1996 cit. in Marlatt & Tatarsky, 2010). Assim, a RR como paradigma, começou por reconhecer que as pessoas consomem e vão continuar a

consumir; reconhece que os consumos colocam os utilizadores e as suas comunidades numa situação de risco; e assume uma visão baseada na compaixão, empatia e compreensão sobre os consumos destes indivíduos, o que permite uma colaboração entre os mesmos e os técnicos que facilita intervenções mais eficientes (Marlatt & Tatarsky, 2010).

Como prática, a RR surgiu pela primeira vez na Holanda em 1970, e na Inglaterra em 1980, fruto do rápido crescimento do consumo de drogas nesses países e do insucesso das práticas de intervenção tradicionais baseadas na abstinência (Marlatt & Tatarsky, 2010). Em Portugal, a principal expressão (mais disseminada) desta estratégia têm sido os programas de troca de seringas. Neste método, o *kit* desempenha um papel de enorme relevo em termos de saúde pública uma vez que ajuda a prevenir a infeção por VIH e outras doenças transmitidas por via sanguínea. É uma estratégia que conta com a ação central dos trabalhadores de rua, cuja missão é também dar a conhecer aos consumidores as possibilidades de tratamento que têm ao seu dispor. Os heroinómanos são também informados dos programas de substituição por metadona nos quais podem participar de forma gratuita nos centros especializados para tal. As unidades móveis deslocam-se às zonas onde os consumidores são localizados ou então a zonas detetadas como propensas ao consumo (e.g. grandes eventos com jovens ou festivais de música). Os técnicos destas equipas também se deslocam a zonas universitárias, distribuindo panfletos e inaladores descartáveis. Podem ainda também ir a outros locais fornecer informação acerca dos riscos associados a esta prática, assim como acerca dos diferentes tratamentos (Domostawski, 2011; Barbosa, 2009).

Uma avaliação sobre a intervenção das equipas de rua protocoladas com o ex-IDT confirmou a mais-valia destes projetos de proximidade, constatando-se que durante um ano de intervenção se verificaram ganhos para a saúde dos indivíduos contactados, provocando a alteração das práticas de risco associadas ao consumo de SPA, fomentando a adoção de comportamentos sexuais seguros e promovendo a inserção em projetos terapêuticos. (Andrade, Carapinha, Sampaio, Shively, Rodrigues & Silva, 2007). Como nos explicam Fernandes & Ribeiro (2002), em Portugal a autonomia que este tipo de programas obteve, no meio das estratégias de intervenção na toxicodependência, constituiu um processo lento, feito de avanços e recuos, polémico e resultado de diversas resoluções de conselhos de ministros, atualmente aceites de forma oficial no nosso país. Não obstante, segundo Barbosa (2009), as políticas de RRMD nem sempre foram implementadas no terreno com medidas mensuráveis, diversificadas e adaptadas aos diferentes tipos de consumo e às práticas de risco dos vários grupos. Parece evidente que as práticas profissionais continuam mais vocacionadas para o tratamento e para os programas livres de drogas, a par de se manterem, no domínio político, alguns preconceitos

sobre a aplicação destas medidas de saúde pública. É talvez por este motivo que os ambientes recreativos se têm mantido afastados do alcance destas medidas (Silva, 2005). Tal parece estranho se atendermos à grande adequação dos princípios desta prática - pragmatismo, multidisciplinidade, acessibilidade, intervenção seletiva e focalizada, defendida pelos direitos humanos (Fernandes & Pinto, 2008) – à intervenção de proximidade que tanto poderia beneficiar as populações frequentadoras destes ambientes.

## **2. A emergência da RRMD em ambientes recreativos**

O consumo de drogas em ambientes recreativos é um tema que embora não seja novidade, é alvo de grande atenção por diversas entidades, como autoridades, técnicos, media e a sociedade em geral. Esta elevada atenção provém do facto de assistirmos a uma massificação destas novas drogas provenientes da banalização do consumo das mesmas (Viana & Miguel, 2002; EMCDDA,2012). Desde 1990 que diversos relatórios europeus têm apontado o aumento do consumo de cigarros, álcool, cannabis e outras SPA em ambientes recreativos, e junto da população juvenil (EMCDDA,2012).

Diversos fatores permitem, de facto, pensar que os padrões de consumo de drogas ilícitas estão a sofrer mudanças em Portugal e que, no futuro, o comércio de SPA será cada vez mais complexo, menos compartimentado, possivelmente menos marginal, e que os consumidores irão poder escolher a substância a consumir em função do estado de espírito que desejem alcançar (Calado, 2006). No seguimento desta ideia, surge o conceito *normalização* dos consumos de SPA proposto por Parker, Aldrige e Measham (1998) que esclarece como as SPA têm vindo a fazer parte de uma prática cada vez mais normativa e aceite em ambientes recreativos, tornando os usos em consumos «não problemáticos» (Cruz e Machado, 2010). Sobre esta evolução do fenómeno do uso de drogas tem sido referida a necessidade de uma explicação que se aproxime da *normalização*, uma vez que no presente vemos o consumo de SPA surgir associado a ambientes socialmente privilegiados, e a pares não-desviantes. (Carvalho & Trigueiros, 2010).

Parker, Aldrige e Measham (2002) definem a normalização do consumo a partir da presença de cinco dimensões principais: (i) o aumento do acesso e disponibilidade às SPA; (ii) o aumento da taxa de experimentação; (iii) o aumento da taxa de uso recente de SPA; (iv) o desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao uso de SPA em ambientes recreativos, particularmente no que concerne aos não usuários; e (v) o ajustamento cultural ao consumo de SPA. Atendendo a que os ambientes recreativos exercem um forte protagonismo na vida juvenil, eles acabam por legitimar comportamentos contemplados como necessários para a

obtenção de diversão e busca de prazer (Cruz & Machado, 2010; Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011). Como nos esclarece Silva (2005), a cultura musical juvenil tem-se alterado ao longo dos anos. Os ambientes recreativos em que tem prevalecido a música de dança, servem de palco aos consumos de drogas e a experiências vivenciadas por faixas etárias mais jovens e não só.

Conclui-se que é fundamental a adoção de intervenções pragmáticas que privilegiem a proximidade com os utilizadores e a presença nos territórios em que estas manifestações do fenómeno acontecem, atendendo a que muitas das vezes os utilizadores se encontram afastados dos centros de tratamentos convencionais (Calado, 2007; Carvalho, 2007; Silva, 2005). Contudo ainda hoje parecem prevalecer algumas resistências ideológicas à diversificação de determinados programas de RRMD, que vão de encontro às necessidades dos consumidores e tendo em conta os contextos e *settings* onde decorrem os consumos, nomeadamente em ambientes recreativos e em espaços de lazer noturno (Barbosa, 2009).

### **3. A pertinência da intervenção em crise – o caso Kosmicare | Boom Festival**

Uma das necessidades de intervenção que pode surgir nos ambientes recreativos e que constitui um desafio à RRMD é o aparecimento de crises relacionadas com o uso de SPA nesses ambientes. De uma maneira geral, qualquer crise pode ser enfrentada de forma adaptativa, ou desadaptativa, consoante a forma como a pessoa lida com o evento precipitante (Kanel, 2002). Por isso, é que uma das justificações da intervenção se prende com o facto de que a crise deve ser apresentada como uma oportunidade para a pessoa se confrontar com questões pessoais ou problemas que possam surgir no decurso da experiência. Este princípio traduz-se na noção de que uma experiência difícil não é necessariamente uma má experiência (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias, Carvalho, Rodrigues e Rodrigues, 2015).

Várias reações podem ocorrer quando um individuo está a passar por uma experiência psicadélica difícil (Puente, 2009). Segundo Grof (1994), uma resolução inadequada da mesma pode resultar numa angústia permanente ou ainda em psicopatologia e deve ser por isso que esta intervenção em crise deve ser entendida como um processo normativo. Apesar de ser esperado um bom prognóstico da evolução das situações de crise neste contexto, este tipo de intervenção é fundamental, sobretudo porque se apoia no princípio da promoção da saúde e prevenção dos riscos, e na proximidade com o grupo-alvo. A necessidade para a intervenção de RRMD em ambientes recreativos tem vindo a ser reforçada na literatura (EMCDDA, 2012), existindo já um conjunto de trabalhos sobre a avaliação e o impacto desta abordagem em ambientes recreativos (Pinto de Sousa, 2012; Rodrigues, 2012; Fugas, 2012; Rodrigues 2013).

Este tipo de resposta é pertinente para o indivíduo, independentemente do tipo de SPA, na medida em que desde a primeira experiência de uso é relevante o conhecimento das potenciais consequências deste (Carapinha, 2009; Costa, 2001).

Desde 2002 que o *Boom Festival*, festival bianual de música eletrónica em Portugal, fornece serviços de emergência, através de uma área do festival designada Kosmicare<sup>2</sup>. Este projeto tem como objetivo prevenir o desenvolvimento de doença mental grave associada ao uso de substâncias psicoativas através de uma metodologia assente na intervenção em crise e na RRMD (Carvalho *et al* 2015). A possibilidade de implementação deste projeto é uma consequência direta da política de descriminalização do uso de SPA, implementada em Portugal desde 2001, e do alargamento do leque de ofertas nos tipos de intervenção ao nível da dissuasão e da redução de danos (Quintas, 2011; Greenwald, 2009).

Outras publicações descrevem exaustivamente o modelo de funcionamento do Kosmicare e os resultados da sua intervenção (Pinto de Sousa, 2012; Rodrigues, 2012; Fugas, 2012; Rodrigues 2013). Resumidamente diríamos apenas que se trata de um projeto que conta com uma equipa maioritariamente voluntária, multidisciplinar e internacional, que integra profissionais treinados em diversas abordagens terapêuticas e que opera continuamente durante o festival. (Carvalho, et al., 2015). A intervenção elabora a triagem das situações, trabalhando em proximidade com a equipa médica no sentido de avaliar o risco físico e garantir a segurança física. Procede, depois, à recolha de informação (substância (s), quantidades, etc.), garantindo a vigilância e o apoio psicológico a todas as situações que se enquadram na definição de crise. (Carvalho, et al., 2015). Deste modo, estamos perante uma intervenção que atua de modo próximo com a realidade atual do fenómeno do uso de drogas, junto dos seus utilizadores, dos novos padrões de uso, e dos contextos por estes frequentados, procurando contribuir para a satisfação da necessidade de intervenção nestas populações e contextos, junto dos quais existe maior probabilidade de encontrar perfis de utilizadores não problemáticos (EMCDDA, 2012; Carvalho & Trigueiros, 2010; Cruz & Machado, 2010).

Com o nosso estudo quisemos, em certa medida, contribuir também para aumentar o conhecimento dos técnicos que atuam junto deste grande evento<sup>3</sup>, disseminando informação sobre este recurso, ainda grandemente desconhecido por parte de muitos profissionais no terreno. Quisemos conhecer as suas perceções e atitudes sobre a RRMD em

---

<sup>2</sup> Desde 2010 que o Kosmicare é implementado no Boom Festival graças a uma parceria entre os organizadores do Festival, a Faculdade de Educação e Psicologia da Católica Porto, e o SICAD.

<sup>3</sup> O Boom Festival tem a duração de 8 dias e reúne várias dezenas de milhares de pessoas de 140 países diferentes.

geral, e sobre esta estratégia em particular, enquanto possibilidades oferecidas pela lei vigente em Portugal. Consideramos este objetivo de grande relevo uma vez que, através dos seus discursos nos propomos compreender vantagens e desvantagens do panorama nacional e tirar conclusões sobre o que, a seu ver, pode ser alterado. Para além de nos propormos avaliar conhecimentos e perceções, entendemos também contribuir para disseminar a prática da RRMD e da intervenção em crise em ambientes recreativos, prática que, em Portugal, ainda é escassa e se tem evidenciado, segundo a literatura, imprescindível.

## PARTE II- METODOLOGIA

Partindo do estado da arte e motivados pela vontade de compreender e avaliar os conhecimentos e percepções que diversos agentes de intervenção apresentam sobre as políticas aplicáveis ao uso de SPA, propusemo-nos desenvolver um estudo empírico com o objetivo de caracterizar os conhecimentos, percepções e avaliações dos agentes de intervenção sobre a política da descriminalização do consumo, e sobre a prática de RRMD; contribuir para a disseminação de conhecimentos sobre boas práticas de intervenção no consumo de SPA ilícitas; e contribuir para a avaliação externa do projeto Kosmicare através dos conhecimentos e percepções dos diferentes técnicos (Ver Figura 1). Entendemos *percepção* como um construto próximo do construto de “atitudes”. De acordo com Eagly e Chaiken (1993) cit. in Lima (2004) *atitude* é um conjunto hipotético referente à “tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica” (p.1).

As atitudes expressam-se sempre através de respostas avaliativas, de três formas: cognitivas, afetivas e comportamentais (Lima, 2004). No presente estudo, importa-nos perceber o primeiro caso, em que os indivíduos, através das suas respostas, manifestam pensamentos, ideias, opiniões, crenças que ligam o objeto alvo da atitude aos seus atributos, exprimindo uma avaliação mais ou menos favorável face ao tema. As crenças decorrem da informação que os indivíduos possuem acerca de um determinado objeto (Lima, 2004). O conceito de atitude é cada vez mais reconhecido como uma tendência psicológica avaliativa, que envolve uma tomada de posição em relação a um determinado objeto (Eagly e Chaiken, 1993 cit. in Lima, 2004). Como nos esclarece Lima (2004), as atitudes acerca das políticas de SPA expressam-se de imediato pois é muito difícil manter uma posição neutra relativamente a um tema tão debatido socialmente.

No que concerne ao conhecimento, segundo Sternberg (2000) o conhecimento declarativo funciona como um corpo organizado de informações factuais, ou seja, a informação real que os sujeitos possuem sobre objetos, ideias e eventos. Para o autor expressamos conhecimento através de conceitos - a unidade fundamental do conhecimento simbólico, ou seja, a ideia sobre algo, sendo que um único conceito pode ser captado por uma única palavra, que está relacionada com outros conceitos. Assim, os conceitos podem ser organizados na forma de *esquemas* que são estruturas mentais para representar o conhecimento, e que podem ocorrer em *redes semânticas*, ou seja, inter-relacionados numa estrutura organizada, abrangendo uma sequência de conceitos (Sternberg,2000).



A investigação qualitativa demonstrou ser a abordagem mais adequada para o estudo destes objetivos, atendendo ao seu enfoque na experiência subjetiva como fonte de conhecimento, ao seu interesse no estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro, e ao seu interesse em perceber como os indivíduos experienciam e interpretam o mundo social (Almeida & Freire, 2003). A sua utilização é pertinente uma vez que a investigação qualitativa é uma metodologia interdisciplinar e transdisciplinar, que se encontra comprometida com a compreensão interpretativa da experiência humana (Denzin & Lincoln, 2005). Estes pressupostos adequavam-se particularmente ao nosso interesse em estudar profissionais de intervenção no fenómeno provenientes de duas áreas distintas - a segurança e a saúde.

## **2.1 Participantes**

O estudo foi constituído por N=19 participantes divididos em dois grupos: Agentes de Segurança (GNR e PSP) e Agentes de Saúde (Enfermeiros, Médicos e Técnicos de RRMD). O critério de inclusão foi a disponibilidade para integrar o estudo e a condição de serem intervenientes diretos no fenómeno em causa - os Agentes de Saúde como técnicos na prática de intervenção de RRMD, e os Agentes de Segurança como figuras de autoridade que operacionalizam a lei vigente junto da sociedade. Ambos foram considerados, para efeitos deste estudo, “peritos experienciais” (Ritchie,2003). A amostra foi reunida intencionalmente, assegurando a diversidade das características dos participantes por vista à sua exploração aquando da análise dos resultados, o que nos pareceu importante atendendo ao nosso objetivo de compreender diferentes perceções e conhecimentos, junto de distintos tipos de intervenientes (Ritchie, Lewis & Elam, 2003). Assim, a recolha de dados, apesar de não ter ocorrido junto de um número elevado de participantes, envolveu indivíduos com uma função distinta e especializada tendo em conta o fenómeno estudado (Ritchie,2003). O quadro 1. apresenta a descrição detalhada das características dos participantes no estudo.

**Quadro 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Código	Idade	Género	Ocupação	Grau Académico	Localidade
1	(18-28)	F	Técnico RRMD	Licenciatura	Grande Porto
2	(29-39)	M	PSP	Secundário	Grande Porto
3	(18-28)	F	Técnico RRMD	Mestrado	Grande Porto
4	(18-28)	F	Enfermeiro	Licenciatura	Grande Porto
5	+50	M	PSP	Licenciatura	Castelo Branco
6	(29-39)	F	Enfermeiro	Licenciatura	Grande Porto
7	(29-39)	M	Enfermeiro	Mestrado	Grande Porto
8	(18-28)	M	PSP	Secundário	Grande Porto
9	+50	F	PSP	Licenciatura	Castelo Branco
10	(29-39)	M	Técnico RRMD	Licenciatura	Grande Porto
11	(18-28)	M	GNR	Licenciatura	Castelo Branco
12	(29-39)	M	GNR	Licenciatura	Castelo Branco
13	+50	M	Médico	Licenciatura	Castelo Branco
14	(29-39)	F	Outro	Licenciatura	Castelo Branco
15	(18-28)	M	Enfermeiro	Licenciatura	Grande Porto
16	(40-50)	M	PSP	Licenciatura	Grande Porto
17	(29-39)	M	Outro	Licenciatura	Grande Porto
18	(18-28)	F	Enfermeiro	Licenciatura	Grande Porto
19	(18-28)	M	PSP	Secundário	Grande Porto

## 2.2 Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um questionário *online* (Ver anexo1) – “ Políticas do consumo de drogas em Portugal”.

A recolha de dados através de um questionário *online* revelou-se a forma mais adequada para aceder aos diferentes intervenientes do Boom Festival, bem como aos restantes técnicos requeridos, atendendo aos constrangimentos geográficos de uma recolha por contacto direto. A internet possibilita superar a distância entre os indivíduos, criando um enorme potencial para a recolha de dados, uma vez que aumenta a possibilidade de o investigador chegar a um maior número de participantes de uma forma rápida, a par de facilitar o armazenamento da informação (Markham, 2011). Estes são alguns dos argumentos que têm vindo a ser identificados como ganhos de flexibilidade para o investigador e para a pesquisa. (Markham, 2003).

Este questionário foi desenvolvido no sistema do Google Drive, através da criação de uma conta de *e-mail* exclusiva para o efeito <sup>4</sup>. O questionário foi criado na opção Formulário,

<sup>4</sup> [drugpolicyportugal@gmail.com](mailto:drugpolicyportugal@gmail.com)

que permite a visualização dos resultados e das respostas. Este questionário era constituído por cinco secções onde eram explicados os objetivos e o âmbito do estudo bem como o consentimento informado. Especificamente, o instrumento incluía as seguintes dimensões: (A) Dados sociodemográficos; (B) Conhecimentos sobre as políticas de consumo de drogas em Portugal. (C) Conhecimentos sobre as práticas de RRMD em Portugal; (D) Conhecimentos sobre a prática da intervenção em crise em ambientes recreativos que tem lugar no Boom Festival – O projeto *Kosmicare*. (E) Sugestões e comentários. A estrutura incluía itens abertos e fechados, bem como itens de seleção (escolha múltipla). A algumas destas questões foi atribuído o carácter de resposta obrigatória, não sendo possível avançar no questionário sem a formulação da resposta (e.g. consentimento informado).

## **2,3 Procedimentos**

### **2.3.1. Recolha de dados**

A recolha de dados foi conduzida entre Maio e Junho de 2014, através do envio do questionário via *e-mail*. Foram enviados aproximadamente 100 *e-mails*, com 6 insistências, com o objetivo de aumentar a probabilidade de receber um maior número de respostas. Apesar de a expectativa inicial antecipar uma maior taxa de retorno consideramos que a amostra recolhida foi suficiente para as necessidades da investigação, atendendo sobretudo ao perfil dos respondentes, encarados aqui como “peritos experienciais” (Ritchie,2003).

Devido ao não retorno de respostas por parte da nossa amostra inicial decidimos alargar o nosso universo para técnicos externos ao Boom Festival. Deste modo começamos a unir esforços para contactar entidades da PSP, PJ, INEM e técnicos de equipas de intervenção de RRMD. Com esta alternativa corremos o risco de os participantes não conhecerem o projeto *Kosmicare*. Contudo aumentamos a probabilidade de obter informações sobre o conhecimento da RRMD e das perceções sobre a sua relação com a lei.

### **2.3.2. Tratamento dos dados**

Em coerência com a opção de uma abordagem qualitativa, utilizamos como técnica de análise de dados para este estudo, a Análise de Conteúdo. A definição amplamente conhecida de Bardin (1997, p. 42) diz-nos que consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ receção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Permite então categorizar a informação textual qualitativa em tópicos semelhantes, para identificar padrões consistentes e relações entre variáveis e temas (Bardin,

1977). Este tipo de tratamento dos dados possibilita que se aceda às representações dos indivíduos acerca da realidade, o que facilita a compreensão dos significados que os atores sociais produzem e transmitem nos seus discursos (Silva, Gobbi & Simão, 2005).

A análise dos dados foi desenvolvida com recurso ao *software* Nvivo10®. Começamos por introduzir no *software* todos os dados de atributo (e.g., idade, género, nacionalidade, ocupação, etc...) e de conteúdo (questões abertas referentes aos conhecimentos e perceções) do questionário, importados da base de dados do Google Drive. Esta técnica revelou-se muito flexível, providenciando uma forma sistemática de sintetizar uma grande quantidade e variedade de informação (Bardin, 1977). No nosso caso elaborámos a análise da informação contida no discurso escrito dos participantes, explorando os seus conhecimentos e perceções acerca da legislação portuguesa face aos consumos de substâncias, bem como o seu conhecimento sobre o projeto de intervenção em crise Kosmicare/Boom festival.

A análise de conteúdo obedeceu a quatro etapas fundamentais: (i) organização da análise; (ii) codificação; (iii) categorização e (iv) inferência (Bardin, 2002). No recorte dos dados foi utilizada a unidade de registo. Da leitura inicial dos dados emergiram 3 categorias de primeira geração: (A) *Conhecimentos acerca das Políticas de SPA em Portugal* (todas as unidades de registo relativas aos conhecimentos dos participantes acerca das políticas de descriminalização dos consumos de SPA ilícitas em Portugal.), (B) *Perceções acerca das Políticas de SPA's* (todas as unidades de registo em que os participantes se refiram ao impacto da lei 30/2000 na sua atividade profissional) e (C) *Projeto Kosmicare* (todas as unidades de registo que remetam para os conhecimentos e perceções acerca do projeto *Kosmicare*). Este Sistema de Categorias pode ser consultado integralmente no Anexo 2.

### PARTE III- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Privilegiamos uma apresentação dos resultados organizada em função da resposta às questões de investigação, identificando os dados emergentes da análise organizados em função das principais categorias, que mais contribuíram para encontrar essas respostas. Procurámos discutir os dados incluindo o contraste dos mesmos com a literatura existente, tendo em vista a descoberta de semelhanças e divergências, o que permitiu uma reflexão mais aprofundada do fenómeno e a comparação de perceções e atitudes dos intervenientes sobre o tema em estudo.

#### Que conhecimento detêm os intervenientes sobre a política de consumo de SPA em Portugal?

Para responder a esta questão começamos por explorar a informação contida nos dados de atributo. Percebemos que no que concerne ao conhecimento sobre a política aplicada ao consumo em Portugal, o conhecimento dos participantes é maioritariamente correto (11/19). Procuramos perceber tendências dentro das distintas atividades profissionais. Percebemos que o conhecimento entre técnicos de saúde (6/9) era superior ao dos agentes de segurança (4/8). O conhecimento sobre a data de entrada em vigor da lei foi mais limitado (7/19), informação conhecida sobretudo pelos técnicos de saúde (5/9).

**Tabela2. Conhecimento dos participantes sobre a política de consumo de SPA em Portugal**

	Agentes de Segurança	Agentes de Saúde	Outro
Proibição	1	2	1
Despenalização	2	0	0
Liberalização	1	1	0
Descriminalização	4	6	1
Não sei	0	0	0
Outro	0	0	0

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

Através da categoria DESCRIMINALIZAÇÃO percebemos que o conhecimento dos antecedentes que rodearam o aparecimento da lei só existia entre técnicos de saúde. “*Há mais de 10 anos foi descriminalizado o consumo de drogas leves em Portugal, legitimando a posse das mesmas para consumo*”. (P.1)

Quanto aos princípios da lei 30/2000, tanto os agentes de segurança como os técnicos de saúde demonstram conhecer as diretrizes da descriminalização: “*A descriminalização do*

*consumo de drogas ilícitas implica que qualquer indivíduo que consuma uma substância ilícita no nosso país não será sancionado criminalmente, isto é não terá de responder judicialmente por um crime, não existindo qualquer moldura penal associada a esta prática. Não obstante, apesar de não se enquadrar como um crime, isto não significa que um sujeito de consuma drogas esteja isento de qualquer intervenção”. (P.3)*

No que diz respeito à visão que detêm do consumidor de SPA com a entrada na lei, ambos os grupos compreendem o facto de o consumidor ter passado a ser olhado como um doente e não um criminoso: *“A lei veio alterar a abordagem realizada aos consumidores, deixando de ser o consumo condenatório e sancionado como a prática de crime, sendo exigido em contrapartida a obrigatoriedade de tratamento”. (P.18)*

### **Qual a perceção dos diferentes técnicos sobre a entrada em vigor da lei 30/2000?**

Aqui quisemos explorar o impacto da lei 30/2000 na atividade profissional. Através dos dados de atributo foi perceptível que 11/19 participantes consideram que houve impacto, 6/19 consideram que não houve nenhum impacto e 2/19 não sabem responder. Verificamos, ainda, que tal como no estudo de Teixeira (2014), os agentes de segurança demonstraram ter havido transformações nos procedimentos policiais.

Na categoria CONSUMO DE SPA salienta-se o facto de os técnicos de saúde defenderem que uma consequência evidente da descriminalização foi a diminuição do consumo de SPA ilícitas: *“Na minha opinião, os consumos de droga diminuíram sobretudo pelo facto do consumidor ser orientado para respostas não-penais que servem para intervir/modificar o seu consumo. Esta lógica preventiva instiga a diminuição de consumos, que não seria tão facilmente alcançada por via de uma política repressiva”. (P.3)*

Esta perspetiva contrasta com a opinião dos agentes de segurança que consideraram, na sua maioria, que os consumos de SPA ilícitas aumentaram após a entrada em vigor da lei 30/2000 (5/8). Revelam, adicionalmente, que a origem deste aumento é devida ao facto de *“a prática das comissões de dissuasão a toxicodependentes não funciona. O facto de ser uma punição contraordenacional também faz com que muito poucos sejam punidos, não justificando face ao trabalho de expediente”. (P.7)* É de realçar que a opinião dos agentes de segurança vai de encontro aos dados de Teixeira (2014), que também concluía pelos agentes admitindo que a lei não trouxe benefícios em relação aos consumos.

**Tabela3. Conhecimento dos participantes sobre o percurso de consumo SPA após Lei 30/2000**

	Agentes de segurança	Agentes de Saúde	Outro
1.Aumentaram	5	2	1
2.Diminuíram	0	5	0
3.Não sei	3	2	1

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

A partir da exploração da categoria CONSEQUÊNCIAS da entrada em vigor da lei 30/2000 foi possível perceber que os técnicos de saúde, dão relevância ao facto de, não obstante a descriminalização, o consumidor continuar a ser criminalizado. Estes profissionais revelam que o tratamento não tem sido feito como previsto na lei, o que origina uma maior necessidade de intervenção: *“Os consumidores de cannabis continuam a ser penalizados injustamente, muitas vezes devido ao facto de produzirem para consumo próprio.”* (P.3); *“A Lei 30/2000 foi vista como um exemplo de práticas na luta contra o consumo de drogas a nível europeu e até mundial. Todavia, especialmente desde 2010, a crise económica obrigou ao corte radical no acompanhamento e tratamento destes consumidores, o que automaticamente boicota a própria Lei. Quando o objetivo de descriminalizar é encarar os consumidores como “doentes” e não como criminosos, supôs-se que devam existir estruturas adequadas para redução e minimização de riscos, prevenção e tratamento”.* (P.1)

Já os agentes de segurança realçam o facto ter havido redução da atividade policial, considerando que a lei promove o consumo de SPA. Mais uma vez, um estudo recente conclui que os agentes policiais demonstraram desinteresse e desmotivação perante a entrada da lei, uma vez que houve redução de atuação policial (Teixeira, 2014). *“A descriminalização do consumo passou para segundo plano da atuação policial sendo mais valorizada as questões do tráfico”.* (P.16); *“Entendo que a lei ao permitir o acesso a determinada quantidade de droga, mesmo que seja uma quantidade reduzida, facilita o consumo e o acesso de uma forma mais facilitada”* (P.12)

**Tabela4. Perceção dos participantes sobre consequências da descriminalização de SPA**

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Abordagem desejável	1	0	0
2.Consumidor como doente	0	1	0
3.Criminalização dos utilizadores	0	3	0
4.Facilita tráfico	0	1	0
5.Intervencionismo excessivo	0	1	0
6.Necessidade de intervenção	0	2	0
7.Promove acesso a tratamento	0	1	0
8.Promove consumo	3	0	2
9.Redução da atividade policial	3	0	0

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

### **Quais as alterações que fariam às políticas de descriminalização?**

Na categoria ALTERAÇÕES, que concerne às principais alterações sinalizadas a esta política, os agentes de segurança referem que devia haver um endurecimento das medidas e que os procedimentos deviam ser renovados: “QUANTO À Posse de droga até 10 doses, Não deviam possuir”. (P.2); “A necessidade de compreender o alcance destas medidas e implementar novos procedimentos na atividade policial”. (P.3). De acordo com Teixeira (2014), os polícias consideram que a posse devia deixar de existir, uma vez que os consumidores se aproveitam dos limites legais, ou seja, andam com as quantidades exatas na rua e as restantes ficam em casa, assim se apanhados nunca estão a cometer um crime.

Esta posição contrasta com a dos técnicos de saúde, que revelam que as principais alterações que fariam seria reforçar medidas de apoio, e promover uma moldura mais permissiva: “Alargava os órgãos de apoio para quem consome, nomeadamente salas de consumo assistido”. (P.15); “Normalização dos locais de venda legal, bem como a caracterização das substâncias ativas”. (P.13)

### **Que conhecimento possuem os intervenientes sobre a RRMD em Portugal?**

No que concerne às equipas de RRMD, os dados de atributo mostraram-nos que a maioria dos participantes (12/19) considera que existe uma rede de intervenção da responsabilidade do Estado, assim como iniciativas de outras organizações não-governamentais. No que diz respeito à data do surgimento da RRMD, apenas (5/19) dos participantes acertaram, não se encontrando diferenças expressivas entre os dois grupos.



Através da categoria RRMD, que diz respeito aos conhecimentos acerca das políticas de RRMD em Portugal, os participantes demonstram ter conhecimento acerca das técnicas e ferramentas utilizadas na prática de RRMD: *“O fornecimento de produtos de substituição e o fornecimento de quites para evitar a proliferação de doenças associadas ao consumo”*. (P.8). Emergiu também o facto de conhecerem o objetivo desta prática: *“Prevenir o consumo e se mesmo assim ele ocorrer então que o mesmo seja efetuado com o mínimo de riscos para a saúde”*. (P.11). Relativamente ao contexto legal da lei, e aos seus antecedentes históricos, apenas os técnicos de saúde revelaram conhecer alguns princípios: *“Uma vez que a toxicodependência é uma realidade em Portugal, foi criado esta rede para controlo de doenças nomeadamente a SIDA. Nestas redes, as organizações disponibilizam seringas e agulhas esterilizadas e preservativos”*. (P.4)

### **Quais as alterações que os intervenientes fariam na RRMD?**

Procurando a resposta a esta questão exploramos os dados contidos na categoria ALTERAÇÕES, de onde se evidenciam as sugestões dadas pelos técnicos de saúde. Este grupo considera que seriam possíveis algumas alterações, tais como reforçar as medidas de apoio, a criação de novos espaços de intervenção bem como, reforçar equipas: *“Baixo financiamento. Número de equipas de redução de riscos insuficiente, necessidade de instituir estas práticas em diferentes contextos”* (P.18). Já os agentes de segurança, na sua maioria, não fariam quaisquer alterações: *“Não alterava nada.”* (P.19)

No que concerne à perceção sobre as medidas de RRMD, através da análise da categoria FAVORÁVEL x DESFAVORÁVEL, as opiniões dividem-se. Tanto nos agentes de segurança como nos técnicos de saúde existem as duas conceções. Os técnicos de saúde apontam como fatores negativos, que as medidas *“só servem para mascarar uma atividade ilegal e descontrolada, com uma intervenção na fase final do processo, sem poderem ser avaliados os riscos, pois nem sequer existe um controlo sobre as substancias consumidas, como podem ser minimizados os riscos”*. (P.13). Também questionam a competência das medidas: *“sou cético sobre a eficácia destas medidas”*. (P.7) Os agentes de segurança consideram que as mesmas *“Têm sido insuficientes”*. (P.11).

No que concerne aos fatores positivos, os técnicos de saúde, consideram que *“Pela minha experiência considero estas medidas positivas, na medida em que é praticamente impossível travar o consumo de drogas. Pelo que é necessário uma abordagem diferente, mais próxima e adequada às necessidades daqueles que consomem.”* (P.1) Por sua vez, os agentes de segurança consideram que *“ainda bem que existem, caso contrário muita mais gente estaria*

*infetado com doenças, nomeadamente VIH.” (P.8)*

### **Que conhecimentos detêm, os intervenientes, sobre a prática da intervenção em crise?**

Relativamente ao do estudo de explorar os conhecimentos e perceções relativos à intervenção em crise, através da categoria OBEJTIVO percebemos que os técnicos de saúde demonstram um maior e mais especializado conhecimento, comparativamente com os agentes de segurança; *“A intervenção que pretende minimizar danos causados por crises psicológicas após o consumo de substâncias psicoativas, advertidamente ou inadvertidamente, excesso de álcool ou outras substâncias”*. (P.2)

### **Que boas práticas são sugeridas, pelos intervenientes, em intervenção em crise?**

Os técnicos de saúde consideram que são boas práticas as *“equipas de intervenção em festivais, queimas das fitas, e outros eventos onde se propicia o consumo de substâncias”*. (P.2). Já os agentes de segurança identificam como boa prática *“a presença de técnicos com experiência e conhecedores da realidade. Boa interligação com a GNR é fundamental.”* (P.11)

### **Que conhecimento têm sobre o projeto KC**

Através dos dados de atributo percebemos que apenas (7/19) afirmam ter conhecimento sobre o Kosmicare, destacando-se que a existência de parcerias com o mesmo parece ser o principal fator a contribuir para este cenário. (3/19).

Através da categoria EQUIPA MULTIDISCIPLINAR percebemos que os intervenientes reconhecem que o projeto se orienta pela *“Constituição de equipas multidisciplinares de intervenção em momento de crise - "bad trip"”*. (P.5). No que concerne ao OBJETIVO, os intervenientes compreendem que *“ O objetivo é acompanhar pessoas com crises psicológicas consequência do consumo de substância psicoativas”*. (P.1)

### **Quais os pontos fortes do Kosmicare?**

Através da categoria PONTOS FORTES, percebemos que os participantes que afirmam conhecer o projeto revelam como pontos fortes o facto de ser uma equipa multidisciplinar, no terreno, e que ajuda na prevenção da saúde mental: *“O ponto forte definitivamente é o acompanhamento no terreno com um elevado nível de proximidade, e com uma equipa multidisciplinar”*. (P.1); *“Prevenir a doença mental.”* (P.4)

**Figura1. Desenho de investigação**

Objetivos Gerais e Específicos		Questões de Investigação	Indicadores	Questionário/Secção
1. Caracterização dos conhecimentos, percepções e avaliações sobre a política da descriminalização do consumo, sobre a prática de RRMD.	1.1. Descrever e compreender os conhecimentos e percepções dos técnicos relativamente à lei 30/2000.	1.1.1. Que conhecimento detêm, os intervenientes sobre a política de consumo de SPA em Portugal? Evidenciam-se diferenças entre eles? Qual o rigor/qualidade desses conhecimentos?	Conhecimentos sobre a Lei 30/2000	B1; B1.1; B2; B3
		1.1.2. Qual a percepção da entrada em vigor da lei 30/2000 em Portugal, nos diferentes técnicos?	Percepção sobre percurso de consumos após entrada da Lei 30/2000	B4; B5;
		1.1.3. Quais as alterações que fariam às políticas de descriminalização?	Alterações que fariam à Lei 30/2000	B6
		1.1.4. Que percepção têm sobre o impacto da lei na sua atividade profissional?	Impacto da entrada da Lei 30/2000 na profissão	B7
	1.2. Descrever e compreender os conhecimentos e percepções dos técnicos relativamente à RRMD.	1.2.1. Que conhecimento possuem os intervenientes sobre a RRMD em Portugal? Que diferenças se evidenciam nas percepções nos diferentes intervenientes?	Conhecimentos sobre RRMD em Portugal	C1; C1.1; C2,C3;C4;C5
		1.2.2. Quais as alterações que fariam na RRMD?	Alterações na RRMD	C6
2. Contribuir para a disseminação de conhecimentos sobre boas práticas de intervenção no consumo de SPA ilícitas.	2.1. Descrever e compreender os conhecimentos e percepções dos técnicos sobre a intervenção em crise.	2.1.1. Que conhecimentos detêm os intervenientes sobre a prática da intervenção em crise?	Conhecimentos sobre intervenção em crise	D1
		2.1.2. Que boas práticas são sugeridas, pelos intervenientes, em intervenção em crise?	Boas práticas de Intervenção em crise	D2
3. )Desenvolver a avaliação externa do projeto Kosmicare através dos conhecimentos e percepções dos diferentes técnicos.		3.1.1. Que conhecimento têm sobre o projeto KC?	Conhecimentos sobre o KC	D3; D3.1
		3.2 Quais os pontos fortes do KC?	Pontos fortes do KC	D4

## PARTE IV- CONCLUSÕES

A apresentação e análise dos resultados colocou em evidência, na resposta às questões de investigação, existência de diferenças nas atitudes e conhecimentos dos dois grupos face ao tema em questão. Uma grande diferença que podemos verificar, entre os agentes de segurança e técnicos de saúde, é a opinião dos mesmos acerca da eficácia da entrada em vigor da Lei 30/2000. Como no estudo de Teixeira (2014), também no presente estudo, os agentes de segurança evidenciaram um posicionamento negativo, ancorado nas constatações experienciadas na prática da sua atividade profissional. Tendo por base este fator, o que assistem é a uma total falta de resultados eficientes relativos aos propósitos da lei, nomeadamente, quanto à redução do consumo e ao tratamento da toxicodependência. Portanto, na maioria consideram que a posse até 10 doses não deveria ser permitida pois olham para a droga como “um mal”. Esta preocupação das forças policiais foi apontada noutras fontes bibliográficas que refletiram sobre a perspetiva das forças policiais sobre a lei, a par do receio com a perda de potenciais informadores, e da preocupação com o impacto que a nova política teria nos seus recursos financeiros e humanos (Domostawski, 2011). Na literatura destacam-se opiniões contrárias, segundo Quintas (2006), o consumo de SPA aumenta independentemente do quadro legal em vigor, uma vez que a lei não tem grande eficácia na regulação de comportamentos. Ressalva sim, o facto de o tratamento para os consumidores de SPA ter aumentado consideravelmente (Quintas,2006).

Os técnicos de saúde, ao contrário dos agentes de segurança, demonstraram compreender o impacto positivo que a descriminalização teve em Portugal e a necessidade da prática da RRMD em outros contextos, nomeadamente ambientes recreativos. Assinalaram a necessidade de reforçar equipas, ao nível de formação, bem como, reforçar estruturas de apoio aos consumidores; E colocaram a possibilidade de serem criados locais próprios para o consumo, como as salas de chuto.

No que concerne ao conhecimento sobre a lei aplicada ao consumo de SPA em Portugal é de realçar o facto de apenas de metade dos agentes de segurança que participaram no estudo conhecerem o panorama nacional, que é o da descriminalização. Parece-nos importante ressaltar este facto, na medida em que, os agentes como figuras de autoridade, deveriam ter presente a lei vigente e as suas características. Dos resultados foi possível perceber, ainda, que os técnicos de saúde tratam o consumidor como doente, enquanto a maioria dos polícias continua a ter uma visão predominantemente criminalizadora.

Algumas limitações podem ser apontadas a esta investigação. O objetivo de contribuir para a avaliação do projeto Kosmicare pode ter ficado comprometido pela dificuldade em recrutar participantes diretamente envolvidos na intervenção no festival em questão. Por outro lado, uma amostra mais variada a este nível pode ter contribuído para uma maior disseminação da informação sobre o projeto.

Vários aspetos deste estudo merecem aprofundamento por investigações futuras, com amostras mais alargadas. Seria importante aprofundar a natureza das perceções e atitudes destes agentes de intervenção, para confirmar o desajuste que parece surgir entre o que são os princípios da lei, e o que são os conhecimentos e atitudes dos agentes de segurança. O nosso estudo parece permitir ressaltar, porém, a importância de serem implementadas medidas educativas junto, principalmente, dos agentes de segurança, de forma a garantir a disseminação de conhecimentos mais rigorosos sobre as políticas aplicáveis ao consumo, o paradigma da descriminalização, e a discussão do conhecimento sobre as consequências e impacto da lei suportado em evidência científica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Andrade, P., Carapinha, L., Sampaio, M., Shivley, S., Rodrigues, I. & Silva, M. (2007), *Para além do espelho – a intervenção de proximidade nas toxicodependências*, 13 (2), pp. 9 – 24.
- Avilés, C. (2014). *El regímenes internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción com las políticas nacionales- El caso de la política de drogas en España*. Universitat Pompeu Tabra, Barcelona.
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências*. 15 (1), 33-42.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Boaz, D. & Lynch, T. (2009). The war on drugs. *Cato Handbook For Policymakers* 7<sup>th</sup> Edition. Cato Institute pp 337-343
- Calado, V. (2006). *Drogas Sintéticas. Mundos Culturais, Música Trance e Ciberespaço*. Lisboa: IDT.
- Calado, V. (2007). *Trance Psicadélico, Drogas Sintéticas e Paraísos Artificias- Representações: uma Análise a partir do ciberespaço*. *Revista Toxicodependências*, 13 (1), 21-28.
- Carapinha, L. (2009). *Guia de apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. IDT, I.P: Lisboa
- Carvalho, M. (2007). *Culturas juvenis e novos usos de drogas – o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, M.; Pinto de Sousa, M.; Frango, P.; Carvalho, J.; Dias, P.; Rodrigues, M. & Rodrigues, T. (2015) *Crisis Intervention Related to the Use of Psychoactive Substances in Recreational Settings- Evaluating the Kosmicare Project at Boom*. Universidade Católica do Porto. Porto.
- Carvalho, M; Trigueiros, L. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 29-44.
- Costa, E., M. (2001). Redução de danos: Preconceitos, obstáculos, justificações. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 53-58.
- Costa, E., M. (2009). Descriminalização do consumo de estupefacientes em Portugal- Análise Preliminar. *Revista Toxicodependências*, 15 (3), 3-8.

- Cruz, O., S. & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16 (2), 39-47
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rded. pp. 1 - 42). London: Sage.
- Domostawski, A. (2011). *Política das Drogas Em Portugal-Os benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Warsaw: Open Society Foundations.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction-EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Guidelines for the evaluation drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (2nded.)*. Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention\\_update](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update)
- Escohotado, A. (1989) *Historia General de las Drogas*, 1- 3, Madrid, Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1999a). *Historia general de las drogas*. Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura, 38, 138-138.
- Fernandes, L. (1997). *Atores e territórios psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Fernandes, L. (2009). O que a droga faz à norma. *Revista Toxicodependências*, 15(1), 3-18 (Ed. IDT).
- Fernandes, L. & Pinto, M. (2008). *Notas sobre a 4ª conferência latina de redução de danos associado ao uso de drogas*. *Revista toxicodependências*. 14(1), 93-96.
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de Riscos, Estilos de vida Junkie e Controlo Social. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 39, pp. 57-68.
- Fugas, J. (2012). *Mental State Exam Checklist: contribuição para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*. Cato Institute: Washington.
- Grof, S. (1994). *Crisis intervention in situations related to unsupervised use of psychedelics*. In *LSD Psychotherapy* (Appendix I). Florida: MAPS

- Kanel, K. (2002). *A guide to crisis intervention*. Fullerton: California State University
- Lima, L. (2004). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala & M. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social* (6 ed., Vol.8, pp. 187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F. & Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos noturnos. Quem são e que comportamentos adoptam. *Revista Toxicodependências*, 17 (1), 3-15.
- Markham, A. (2004). Internet communication as a tool for qualitative research. *Qualitative research: Theory, methods, and practice*. D. Silverman. London, Sage.
- Markham, A. N. (2011). Internet Research. In Silverman, D. (Ed.). *Qualitative Research: Theory, Method, and Practices*, 3rd Edition. London: Sage.
- Marlatt, G. & Tatarsky, A. (2010). State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance. *Journal of clinical psychology in session*, 66(2), 117—122
- Parker, H., Aldridge, J., & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of 'sensible' recreational drug use. *Sociology*, 36, 4, pp. 941-964.
- Pinto de Sousa, M. (2012). *Avaliação de um modelo de intervenção em crise no uso de substâncias psicoativas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.
- Poiars, C. A., (1998), *As drogas ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização*, Toxicodependências, Ano4, n.º3, Lisboa: Edição SPTT, pp.57-66.
- Poiars, C. A., (2001). Variações sobre a droga. *Revista Toxicodependências*, 7 (2), 67-75.
- Puente, I. (2009). Kosmicare y Boom Festival 2008: Atendiendo emergências psiquedelicas en la línea de frente. *Revista de Viajes Interiores*, 11, pp. 94-103.
- Quintas, J. (2006). *Regulação Legal do consumo de drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Direito - Escola de Criminologia.
- Quintas, J. (2011). *Regulação Legal do Consumo de Drogas: Impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Ritchie, J. (2003). The Applications of Qualitative Methods to Social Research. In J. Ritchie & Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 24 - 46). London: Sage.
- Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, G. (2003). Designing and Selecting Samples. . In J. Ritchie & J. Le (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 77 - 108). London: Sage.



- Rodrigues, M. (2012). *Avaliação do estado mental em utentes de um projecto de intervenção em crise no uso de substâncias*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.
- Rodrigues, T. (2013). *Avaliação dos resultados de um programa de intervenção em crise nos usos de SPA em ambientes recreativos- Follow-up dos participantes do programa Kosmicare*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.
- Rosmarin, A., & Eastwood, N. (2012). *A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Polices in Practice Across The Globe*. Release Publication.
- Santos, M. (2004). Contributos para uma análise da experiência descriminalizadora do consumo de drogas. *Revista Toxicodependências*, 10 (1), 37-42.
- Silva, V. (2005). Techno, House e Trance. Uma incursão pelas culturas da “Dance Music”. *Revista Toxicodependências*, 11 (3), 63-73
- Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simão, A. A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7 (1), 70-81.
- Sommer, M. (2004). *Carreira de Saída da Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sternberg, R. *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre. Artes Médicas, 2000.
- Teixeira, J. (2014). *Práticas policiais de atuação no âmbito das drogas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Viana, L., M. (2002). Ecstasy: História, Mitos & Factos. *Revista Toxicodependências*, 8 (1), 65-78

### **Material Legislativo**

- Decreto-Lei 430/83 de 13 de Dezembro. *Diário da República* nº 285 – Série I A. Ministério da Justiça e Ministério da Saúde: Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro. *Diário da República* n.º18 – Série I A. Ministério da Justiça: Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 30/00 de 29 de Novembro. *Diário da República* n.º 276 – Série I A. Ministério da Justiça: Lisboa.
- Decreto-Lei 183/2001 de 21 de Junho. *Diário da República* nº 140 – Série I A. Ministério da Administração interna: Lisboa.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1. QUESTIONÁRIO

### Secção A

Para começar, gostaríamos de ter mais informações a seu respeito.  
Instruções: Preencha os espaços em branco com a informação solicitada.

A1. Idade: \_\_\_\_\_

A2. Sexo: \_\_\_\_\_

A3. Formação Académica: \_\_\_\_\_

A4. Ocupação: \_\_\_\_\_

### Secção B

Com esta secção pretendemos identificar os seus conhecimentos sobre as políticas de consumo de drogas em Portugal.

Instruções: Preencha os espaços em branco com a informação solicitada.

**B1.** Qual o regime geral aplicável ao consumo de drogas ilícitas em Portugal?

- Proibição
- Despenalização
- Liberalização
- Descriminalização
- Não sei

Clarifique a sua opção: \_\_\_\_\_

B1.1 Sabe desde quando vigora o regime assinalado?

- Sim: \_\_\_\_\_
- Não

**B2.** O que entende por descriminalização do consumo de drogas?

**B3.** O que conhece sobre a Lei 30/2000, referente à descriminalização dos consumos de drogas em Portugal?

Aqui fica com uma apresentação breve da Legislação em vigor:

*“Concretizada pela Lei 30/2000, de 29 de Novembro, a modificação legislativa: i) transforma a natureza do ilícito de crime para contraordenação (descriminalização); ii) retira da alçada dos Tribunais a competência de julgar os atos que configurem o ilícito (desjudicialização), criando uma nova instância administrativa extrajudiciária responsável pela sua apreciação, as “Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência” (CDT).”*

**B4.** Considera que com a Lei 30/2000, os consumos de SPA's aumentaram ou diminuíram, em Portugal? Justifique.

- Diminuiu – Justifique
- Aumentou - Justifique
- Não sei/Não tenho opinião

**B5.** Que limitações encontra na Lei 30/2000?

**B6.** Se tivesse a possibilidade de alterar algo nesta lei, o que seria? Justifique.

**B7.** Qual foi o impacto da Lei 30/2000 na sua atividade profissional?

- Muito impacto
- Algum impacto
- Pouco impacto
- Nenhum impacto

Justifique a sua opção.

## Secção C

Com esta secção pretendemos identificar os seus conhecimentos sobre as práticas de redução de riscos e minimização de danos (RRMD) em Portugal.

Instruções: Preencha os espaços em branco com a informação solicitada.

### C1. Relativamente à prática de RRMD em Portugal:

- Existe uma rede de intervenção da responsabilidade do Estado assim como de outras organizações não-governamentais, que cobre uma ampla amostra de públicos-alvo.
- Existe alguma intervenção, sobretudo da iniciativa de organizações não-governamentais, com carácter pontual (não sistemático).
- Não existe RRMD porque não é permitido por lei.
- Não existe RRMD.
- Não sei.

Justifique.

#### C1. 1 Sabe desde quando vigora o regime assinalado?

- Sim: \_\_\_\_\_
- Não:

### C2. O que entende por Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Aqui fica com uma apresentação breve da definição legal de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD):

*“A redução de riscos e minimização de danos (RRMD) é uma política social que visa diminuir, atenuar ou controlar os efeitos negativos dos consumos de drogas, que se traduzem em problemas da esfera social ou na perspetiva individual do consumidor”*

### C3. Exemplifique o que podem ser, em seu entender boas práticas de RRMD.

### C4. Qual é a sua opinião sobre estas medidas.

### C5. Que limitações encontra na prática de RRMD?

### C6. Se tivesse a possibilidade de alterar algo nestas intervenções, o que seria? Justifique.

## Secção D

Com esta secção pretendemos identificar os seus conhecimentos sobre a prática da intervenção em crise em ambientes recreativos que tem lugar no Boom Festival – O projeto Kosmicare.

Instruções: Preencha os espaços em branco com a informação solicitada.

**D1.** O que entende intervenção em crise?

**D2.** Exemplifique boas práticas de intervenção em crise.

**D3.** Conhece o projeto *Kosmicare*?

- Sim (Se respondeu Sim passe para a questão D3.1)
- Não (Se respondeu Não passe para a questão D2.)

**D3.1** Como teve conhecimento do *Kosmicare*?

- Amigos
- Parceiros do *Boom Festival*
- Técnicos que trabalham no *Kosmicare*
- Media/Redes Sociais
- Outros \_\_\_\_\_

**D4.** O que conhece sobre o trabalho realizado pela equipa do *Kosmicare* no *Boom Festival*?

**D5.** Quais os pontos fortes e pontos fracos que identifica no funcionamento do projeto *Kosmicare*?

## ANEXO 2. SISTEMA DE CATEGORIAS

A. Conhecimentos acerca das Políticas de SPA em Portugal					
Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas aos conhecimentos dos participantes acerca das políticas de descriminalização dos consumos de SPA ilícitas em Portugal.					
<b>A1. Avaliação dos conhecimentos</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo que remetam para as avaliações dos conhecimentos dos participantes.			
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (Refs)
(A1.1)	<b>Corretas</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos corretos dos respondentes.	<i>“Há mais de 10 anos foi descriminalizado o consumo de drogas leves em Portugal, legitimando a posse das mesmas para consumo.”</i>	19	106
(A1.2)	<b>Incorretas</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos incorretos dos respondentes.	<i>“ Liberalização / consumo de drogas ilícitas.”</i>	6	7
(A1.3)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao desconhecimento dos respondentes.	<i>“Não conheço....”</i>	15	48
<b>A2. Descriminalização</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao conhecimento acerca da Lei aplicada ao consumo de SPA.			
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (Referências)
(A2.1)	<b>Contexto antecedentes aspetos históricos lei</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que o participante revela conhecer o contexto legal português, a sua evolução e os motivos que criaram a necessidade da criação de uma nova política relativamente ao consumo de drogas.	<i>“Até aprovação da lei abaixo referida (30/2000), qualquer consumidor de drogas podia ser criminalizado pelo consumo de drogas.”</i>	2	2
(A2.2)	<b>Princípio da lei</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que revelem conhecer os princípios da Descriminalização, por exemplo inovação, pela descriminalização do consumido.	<i>“Descriminalização do consumo de drogas define-se pela distinção entre o tráfico e o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.”</i>	19	46
(A2.3)	<b>Visão do consumidor na lei</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo que remetam para o papel do consumidor na lei. Ou seja, quais as consequências do consumo de SPA ilícitas.	<i>“Um indivíduo que seja filtrado por agentes policiais como consumidor de droga terá de ser alvo de um processo de dissuasão à toxicod dependência - de natureza administrativa - coordenado atualmente pelo Ministério da Saúde.”</i>	6	11

A3. Intervenção em crise		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo que remetam para os conhecimentos sobre a prática da intervenção em crise.			
Código	Designação	Descrição <sup>5</sup>	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(A3.1)	<b>Objetivo</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos dos participantes sobre os objetivos da intervenção em crise.	<i>“Intervenção que pretende minimizar danos causados por crises psicológicas após o consumo de substâncias psicoativas, advertidamente ou inadvertidamente, excesso de álcool ou outras substâncias.”</i>	12	13
(A3.2)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao desconhecimento dos participantes sobre a intervenção em crise	<i>“Não sei...”</i>	6	6
A4. Kosmicare		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos acerca do Kosmicare.			
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(A4.1)	<b>Objetivo</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos dos participantes sobre os objetivos do Kosmicare.	<i>“ O objetivo é acompanhar pessoas com crises psicológicas consequência do consumo de substância psicoativas.”</i>	3	5
(A4.2)	<b>Equipa multidisciplinar</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes se refiram ao Kosmicare como uma equipa multidisciplinar.	<i>“Constituição de equipas multidisciplinares de intervenção em momento de crise - “bad trip.” ”</i>	3	5
(A4.3)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao desconhecimento dos participantes sobre o Kosmicare.	<i>“Desconheço.”</i>	13	13
A5. RRMD		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos acerca da RRMD em Portugal.			
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(A5.1)	<b>Filosofia da lei</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes aos conhecimentos dos participantes em que revelem conhecer princípios da RRMD, por exemplo inovação, pragmatismo, proximidade com contextos naturais ocorrência fenómeno, etc...	<i>“O combate ao consumo e tráfico de drogas tinha como objetivo primordial a erradicação deste fenómeno. Todavia, esta política tornou-se obsoleta, não tendo armas para combater estes consumo.”</i>	4	7
(A5.2)	<b>Contexto legal</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que o participante revela conhecer o contexto legal português. A sua evolução e os motivos que criaram a necessidade da RRMD.	<i>“O combate ao consumo e tráfico de drogas tinha como objetivo primordial a erradicação deste fenómeno. Todavia, esta política tornou-se obsoleta, não tendo armas para combater estes consumo.”</i>	3	3



(A5.3)	<b>Técnicos</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registos em que revelem conhecer aspetos técnicos e boas práticas de implementação da estratégia, por exemplo, apoio socio-sanitário; encaminhamento para tratamento, etc.	“A estratégia passa pela criação de estruturas sócio sanitárias, destinadas à sensibilização e acompanhamento/encaminhamento para tratamento de toxicodependentes.”	17	28
(A5.4)	<b>Objetivo</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao conhecimento dos participantes sobre o objetivo da RRMD.	“Esta estratégia prevê reduzir atitudes e comportamentos potencialmente de risco acrescido para a saúde dos consumidores e para a saúde pública.”	9	10
(A5.5)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes ao desconhecimento dos participantes sobre a RRMD.	“Desconheço.”	3	3
<b>B. Perceções acerca das Políticas de SPA's</b>					
Nesta categoria cotam-se as perceções dos participantes relativamente às políticas de SPA's, em Portugal					
<b>B1. Descriminalização</b>		Cota-se nesta categoria as perceções dos participantes acerca das políticas de descriminalização, em Portugal			
<b>B1.1 Alterações</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo acerca das alterações propostas pelos respondentes em relação à lei 30/2000			
<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos dos dados</b>	<b>Nº Documentos (Sources)</b>	<b>Nº de US (References)</b>
(B1.1.1)	<b>Endurecimento das medidas</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes refiram o endurecimento das medidas como uma possível alteração.	“Posse de droga até 10 doses. Não deviam possuir.”	6	9
(B1.1.1.2)	<b>Moldura mais permissiva</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes refiram uma moldura mais permissiva como uma possível alteração.	“Penso que seria relevante ambicionar a liberalização da cannabis, sabendo que a visão do consumidor de cannabis como alguém que precisa de ajuda médica é discutível. A este nível, a política de dissuasão deveria dar lugar à liberalização.”	4	4
(B1.1.1.3)	<b>Reforçar medidas de apoio</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes refiram que reforçar as medidas de apoio seria uma possível alteração. Reforçar as equipas de apoio aos consumidores.	“Alargava os órgãos de apoio para quem consome, nomeadamente salas de consumo assistido.”	3	4
(B1.1.1.4)	<b>Renovar procedimentos</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes refiram que renovar procedimentos poderia ser uma possível alteração. Renovar as estruturas de apoio, aumento da prevenção bem como de investigação na temática.	“Alterava e melhorava as estruturas que a suportam.”	5	5
(B1.1.1.5)	<b>Sem alterações</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes refiram que não realizariam alterações.	“Não faria alterações.”	3	3

<b>B1.2 Consequências da descriminalização</b>					
<b>B1.2 Consequências da descriminalização</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo referentes a consequências percecionadas pelo interveniente após a entrada em vigor da lei 30/2000			
<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos dos dados</b>	<b>Nº Documentos (Sources)</b>	<b>Nº de US (References)</b>
(B1.2.1)	<b>Abordagem desejável</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem a descriminalização como a abordagem correta em relação ao consumo.	<i>“Mas penso que esta abordagem do fenómeno da toxicod dependência é o mais correto.”</i>	1	1
(B1.2.2)	<b>Consumidor como doente</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem que o consumidor deve ser visto como um doente.	<i>“A Lei 30/2000 foi vista como um exemplo de boas práticas na luta contra o consumo de drogas a nível europeu e até mundial. Todavia, especialmente desde 2010, a crise económica obrigou ao corte radical no acompanhamento e tratamento destes consumidores, o que automaticamente boicota a própria Lei. Quando o objetivo de descriminalizar é encarar os consumidores como “doentes” e não como criminosos, supôs-se que devam existir estruturas adequadas para redução e minimização de riscos, prevenção e tratamento.”</i>	1	1
(B1.2.3)	<b>Criminalização do utilizador</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem que o consumidor continua a ser visto como um criminoso e existe uma dualidade de critérios na lei 30/2000.	<i>“Os consumidores de cannabis continuam a ser penalizados injustamente, muitas vezes devido ao facto de produzirem para consumo próprio.”</i>	2	3
(B1.2.4)	<b>Facilita o tráfico</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem que a lei 30/2000 facilita o tráfico de SPA.	<i>“Considero que de certa forma a aplicação da lei, poderá facilitar o tráfico de pequenas quantidades de droga por indivíduos que já se encontram em programas de tratamento. Não havendo neste caso, penalizações pela posse de substâncias psicoativas.”</i>	1	1
(B1.2.5)	<b>Intervencionismo excessivo</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem que existe uma intervenção excessiva.	<i>“A ênfase na intervenção médica, no consumidor como doente, pode gerar intervenções excessivas que bloqueiam a contínua normalização de alguns consumos.”</i>	1	1
(B1.2.6)	<b>Necessidade de intervenção</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os indivíduos percecionem que há uma necessidade de uma maior intervenção.	<i>“Como educadora social, tive oportunidade de trabalhar no IDT (Instituto de Droga e Toxicod dependência), acompanhando consumidores de estupefacientes (heroína e cocaína), encaminhando-os para tratamentos adequados às suas necessidades, e também trabalhei na distribuição de “Kits de Consumo” como arma de redução e minimização de riscos. Infelizmente, com a crise económica, esta estrutura foi reformulada, acabando por ter que encerrar alguns pontos de tratamento, o que deixou a descoberto um número considerável de toxicod dependentes.”</i>	1	2

(B1.2.7)	<b>Promove acesso a tratamento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes percecionem que com o surgimento da lei 30/2000 se promoveu o tratamento dos utilizadores.	<i>“Considero que houve uma aproximação positiva dos utilizadores com o serviço de saúde. A não penalização permitiu a acessibilidade de populações que até então estavam à margem dos cuidados de saúde.”</i>	1	1
(B1.2.8)	<b>Promove consumo</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes percecionem que a lei 30/2000 promove o consumo de SPA.	<i>“Entendo que a lei ao permitir o acesso a determinada quantidade de droga, mesmo que seja uma quantidade reduzida, facilita o consumo e o acesso de uma forma mais facilitada.”</i>	2	3
(B1.2.9)	<b>Redução atividade policial</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que o participante considere que houve redução da atividade policial com a lei 30/2000.	<i>“A descriminalização do consumo passou para segundo plano da atuação policial sendo mais valorizada as questões do tráfico.”</i>	3	3
<b>B1.3 Consumo de SPA</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo sobre as implicações da lei no consumo de SPA ilícitas.			
<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos dos dados</b>	<b>Nº Documentos (Sources)</b>	<b>Nº de US (References)</b>
(B1.3.1)	<b>Aumentou</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que os consumos de SPA aumentaram com a lei 30/2000.	<i>“Tem aumentado os casos de consumo e iniciação ao consumo em uma faixa etária cada vez menor.”</i>	6	6
(B1.3.2)	<b>Manteve</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que os consumos de SPA se mantiveram com a lei 30/2000.	<i>“Creio que não aumentou nem diminuiu. A implementação da lei e respetiva entrada em vigor não produziram consequência direta nas ações de consumo.”</i>	2	2
(B1.3.3)	<b>Diminuiu</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que os consumos de SPA diminuíram com a lei 30/2000.	<i>“Na minha opinião, os consumos de droga diminuíram sobretudo pelo facto do consumidor ser orientado para respostas não-penais que servem para intervir/modificar o seu consumo. Esta lógica preventiva instiga a diminuição de consumos, que não seria tão facilmente alcançada por via de uma política repressiva.”</i>	5	5
(B1.3.4)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes não tenham conhecimento sobre possíveis alterações nos consumos de SPA com a lei 30/2000.	<i>“Sem experiência no período que antecede a Lei 30/2000.”</i>	2	2
<b>B1.4 Impacto na Profissão</b>		Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes se refiram ao impacto da lei 30/2000 na sua atividade profissional.			
<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos dos dados</b>	<b>Nº Documentos (Sources)</b>	<b>Nº de US (References)</b>
(B1.4.1)	<b>Teve impacto</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que a lei 30/2000 teve impacto na sua atividade profissional.	<i>“Todos os procedimentos e burocracia aumentaram.”</i>	4	8
(B1.4.2)	<b>Nenhum impacto</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que a lei 30/2000 não teve impacto na sua atividade profissional.	<i>“Não tem impacto.”</i>	2	4

Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
B1.5	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes não tenham informação suficiente para se posicionarem em relação ao aparecimento da lei 30/2000 e os seus impactos/consequências.	"Não sei."	9	15
<b>B2 Intervenção em crise</b> Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas às perceções dos participantes acerca da prática da intervenção em crise.					
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(B2.1)	<b>Boas práticas</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem a intervenção em crise uma boa prática.	"Aceitação do problema, diminuindo efeitos negativos; Encontrar e otimizar os recursos disponíveis do sujeito em crise; Análise de soluções/cursos de ação possíveis e exequíveis."	9	10
(B2.2)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes desconheçam a prática da intervenção em crise.	"Não sei"	9	9
<b>B3. RRMD</b> Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas às perceções dos utilizadores acerca da RRMD.					
<b>B3. 1 Alterações</b> Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas às alterações percecionadas pelos utilizadores acerca da RRMD.					
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(B3.1.1)	<b>Endurecimento das medidas</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que as medidas devem ser mais duras.	"Por exemplo, a nível da indução de metadona, penso que é consensual dizer que estes programas devem ser de baixo limiar, isto é, sem exigência de abstinência imediata e sem o seu controlo rigoroso e imposto ao consumidor de droga."	3	3
(B3.1.2)	<b>Reforçar medidas de apoio</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes considerem que as medidas de apoio aos consumidores de viciam ser reforçadas.	"Entre a intervenção na rua e o encaminhamento para o tratamento, por vezes perdia-se todo o trabalho pois o acompanhamento pós tratamento era pouco eficaz."	12	15
(B3.1.3)	<b>Sem alterações</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes não fariam nenhuma alteração.	"Nada a referir"	6	8
Código	Designação	Descrição	Exemplos dos dados	Nº Documentos (Sources)	Nº de US (References)
(B3.2)	<b>Favorável</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes tenham uma perceção favorável em relação à prática de RRMD.	" Pela minha experiência considero estas medidas positivas, na medida em que é praticamente impossível travar o consumo de drogas. Pelo que é necessário uma abordagem diferente, mais	12	13

			<i>próxima e adequada às necessidades daqueles que consomem.”</i>		
(B3.3)	<b>Desfavorável</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes tenham uma perceção desfavorável em relação à prática de RRMD.	<i>“Têm sido insuficientes.”</i>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>C. Projeto Kosmicare</b>					
Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo que remetam para os conhecimentos e perceções acerca do projeto Kosmicare.					
<b>Código</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição</b>	<b>Exemplos dos dados</b>	<b>Nº Documentos (Sources)</b>	<b>Nº de US (References)</b>
(C1)	<b>Pontos Fortes</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo que remetam para os pontos fortes sobre o Kosmicare.	<i>“O facto de ser uma equipa com valências profissionais adequadas às necessidades do contexto. Experiencia profissional e académica dos interventores. Aproximação da resposta às necessidades do grupo-alvo.”</i>	<b>3</b>	<b>3</b>
(C2)	<b>Desconhecimento</b>	Cotam-se nesta categoria todas as unidades de registo em que os participantes não tenham conhecimento do projeto Kosmicare.	<i>“Desconheço.”</i>	<b>12</b>	<b>15</b>

## ANEXO 3. MATRIZES

### a. Conhecimento sobre a Política de SPA em Portugal

	Agentes de Segurança	Agentes de Saúde	Outro
Proibição	1	2	1
Despenalização	2	0	0
Liberalização	1	1	0
Descriminalização	4	6	1
Não sei	0	0	0
Outro	0	0	0

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

### b. Conhecimento sobre a data da entrada em vigor da Lei 30/2000

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Sim	2	5	0
2.Não	6	4	2

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

### c. Alterações à Lei 30/2000

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Endurecimento das medidas	6	3	0
2.Moldura mais permissiva	1	2	1
3.Reforçar medidas apoio	0	4	0
4.Renovar procedimentos	3	1	1
5.Sem alterações	2	1	0

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

#### d. Consequências do consumo de SPA com a Lei 30/2000

	Agentes de segurança	Agentes de Saúde	Outro
1.Aumentaram	5	2	1
2.Diminuíram	0	5	0
3.Não sei	3	2	1

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

#### e. Consequências da descriminalização

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Abordagem desejável	1	0	0
2.Consumidor como doente	0	1	0
3.Criminalização utilizadores	0	3	0
4.Facilita tráfico	0	1	0
5.Intervencionismo excessivo	0	1	0
6.Necessidade de intervenção	0	2	0
7.Promove acesso a tratamento	0	1	0
8.Promove consumo	3	0	2
9.Redução da atividade policial	3	0	0

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

#### f. Conhecimentos sobre a descriminalização do consumo de SPA

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Contexto antecedentes aspetos históricos lei	0	2	0
2.Visão do consumidor na lei	2	6	2
3.Princípios da lei	17	25	4
4.Desconhecimento	1	4	2

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

### g. Impacto da Lei 30/2000 na profissão

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Muito impacto	2	3	0
2.Algum impacto	3	2	0
3.Pouco impacto	1	1	0
4.Nenhum impacto	1	3	2
5.Não sei/ Não tenho opinião	1	1	0

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

### h. Avaliação de conhecimentos sobre a Lei 30/2000

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Corretos	37	61	8
2.Desconhecimento	19	23	6
3.Incorretos	3	3	1

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

### i. Conhecimento sobre RRMD

	Agentes de Segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Existe uma rede de intervenção da responsabilidade do Estado assim como de outras organizações não-governamentais, que cobre	5	6	1
2.Existe alguma intervenção, sobretudo da iniciativa de organizações não-governamentais, com carácter pontual (não sistemático)	0	0	0
3.Não existe RRMD porque não é permitido por lei.	0	0	0
4.Não existe RRMD	1	2	0
5. Não sei.	2	1	1

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.



## j. Conhecimento sobre a data do surgimento de RRMD em Portugal

	Agentes de Segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Sim	2	3	0
2.Não	6	6	2

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

## k. Conhecimentos sobre RRMD

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Conhecimentos sobre a filosofia da lei	3	4	0
2.Conhecimentos sobre o contexto legal	0	3	0
3.Conhecimentos técnicos	12	14	2
4.Objetivo	2	6	2
5.Desconhecimento	2	1	0

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

## l. Perceção sobre a RRMD

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Favorável	4	7	2
2.Desfavorável	2	3	2

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

## m. Alterações à prática de RRMD

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Endurecimento das intervenções	1	2	0
2.Reforçar medidas de apoio	4	10	1
3.Sem alterações	6	0	2
4.Desconhecimento	4	3	1

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

#### **n. Conhecimento sobre a prática de intervenção em crise**

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Objetivo	4	8	1
2.Desconhecimento	3	2	1

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

#### **o. Boas práticas de intervenção em crise**

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Boas práticas	4	5	1
2.Desconhecimento	5	4	1

Nota: Os valores exprimem o número de unidades de registo codificadas para cada categoria.

#### **p. Conhecimento sobre o projeto Kosmicare**

	Agentes de Segurança	Técnicos de saúde	Outro
1,Sim	3	3	1
2.Não	5	6	1

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.

#### **q. Como teve conhecimento do Kosmicare**

	Agentes de segurança	Técnicos de saúde	Outro
1.Amigos	0	1	0
2.Parceiros do Boom Festival	1	1	1
3.Técnicos que trabalham no KC	1	1	0
4.Media Redes sociais	0	1	0
5.Outro	1	0	0

Nota: Os valores exprimem o número de participantes.