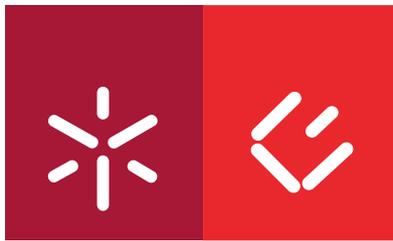


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Aurélio dos Santos Pita

A Droga e a Justiça: Políticas Públicas de Intervenção



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Aurélio dos Santos Pita

A Droga e a Justiça: Políticas Públicas de Intervenção

Trabalho de Projecto no âmbito do
Mestrado em Administração da Justiça

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Sílvia Maria Vale Mendes Camões

Janeiro de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____
(Aurélio dos Santos Pita)

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho resulta da colaboração preciosa de diversas pessoas e instituições que, directa ou indirectamente, contribuíram para o seu resultado final.

Não poderia, assim, deixar de agradecer à orientadora do Curso conducente ao Mestrado em Administração da Justiça, da Escola de Economia e Gestão, Prof. Dr.^a Sílvia Maria Vale Mendes Camões, pela sua constante disponibilidade e críticas oportunas às diversas fases deste trabalho.

Igualmente, aos meus colegas de mestrado uma palavra de agradecimento pelas sugestões e dúvidas levantadas, quer no decorrer do mestrado, quer em conversas informais, que nos permitiam um enriquecimento mútuo e um estímulo à descoberta.

À Directora do Centro de Acolhimento Temporário da Cruz Vermelha, Dr.^a Catarina Oliveira, expresso a minha gratidão pela forma gentil como me abriu as portas do Centro para fazer esta pesquisa.

À Directora da Clínica do Outeiro, Dr.^a Liliana Campos, pela sua simpatia e disponibilidade em colaborar na aplicação dos questionários.

À Direcção e Profissionais do Projecto Homem, onde foi realizado o estudo, pela flexibilidade e disponibilidade em colaborar nesta investigação.

Aos participantes neste estudo pela partilha das suas vivências e pela sua colaboração no preenchimento dos questionários.

Ao Artur Silva pela colaboração e sugestões significativas oferecidas e por ter disponibilizado os meios necessários à sua execução.

À minha família pelo suporte, compreensão e carinho, especialmente aos meus pais pelo seu apoio e confiança inesgotável.

À Vanessa pelo seu carinho, amor, apoio e força que me tem prestado, especialmente por tudo o que aceitou prescindir e por estar presente nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos pela sua amizade e pelas experiências que me proporcionaram nos momentos de lazer, imprescindíveis à realização deste trabalho.

A todos os professores que tive durante toda a minha formação escolar, o que aprendi, grande parte foi com a colaboração deles.

A Deus, por ouvir as minhas orações.

Obrigado!

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo avaliar impacto das políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência, percebendo quais são os factores determinantes para o sucesso dessas políticas. Com esta preocupação, procedeu-se à realização de um inquérito por questionário com o objectivo de determinar os motivos de permanência nos referidos programas e tratamentos. Ao longo deste trabalho tentarei perceber os efeitos destes tratamentos e destas medidas na prática, esperando contribuir para um debate sobre a eficácia destes tratamentos e da sua aplicação. A amostra deste estudo é constituída por 63 indivíduos. Os dados foram recolhidos no Centro de Acolhimento Temporário da Cruz Vermelha (CAT), nas Instituições do Projecto Homem em Braga e na Clínica do Outeiro em Viana do Castelo durante o ano de 2010.

A constituição deste trabalho tem por base duas partes distintas, a primeira trata do enquadramento teórico, com o qual se pretende contextualizar o comportamento do toxicodependente, com a sociedade, família, crime, motivos para o consumo, prevalências de consumo, o tratamento, o nível de informação, as políticas e legislações, a sua coordenação e a cooperação internacional. A segunda parte deste trabalho descreve a metodologia da investigação, na qual apresentamos a pertinência da escolha do estudo, a estrutura e aplicação do questionário, as características sociais e demográficas dos indivíduos estudados, a caracterização da amostra e apresentação dos resultados da pesquisa.

Finalmente, são apresentadas as conclusões consideradas de maior relevância para a clarificação dos problemas equacionados neste trabalho.

ABSTRACT

This study aims to assess the impact of policy interventions in the area of drugs addiction, seeing what factors determine the success of these policies. With this in mind, we proceeded to carry out a survey in order to determine the reasons for remaining in those programs and treatments. Throughout this paper I will try to understand the effects of these treatments and these into practice, hoping to contribute to a debate on the effectiveness of these treatments and their implementation. The study sample consists of 63 individuals. Data were collected on Temporary Shelter Red Cross (CAT) in the institutions of the Project on Human in Braga and Clinical Outeiro in Viana do Castelo during the year 2010. The constitution of this work is based on two distinct parts, the first deals with the theoretical framework, which aims to contextualize the behavior of the addict, society, family, crime, reasons for consumption, prevalence of consumption, treatment, the level of information, policies and laws, its coordination and international cooperation. The second part of this paper describes the research methodology in which we present the suitability of the study, the structure and administration of the questionnaire, the social and demographic characteristics of subjects studied, the sample characteristics and presentation of search results. Finally, we present the findings considered most relevant to the clarification of problems equated this work.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
TOXICODEPENDÊNCIA E SOCIEDADE	3
MOTIVAÇÕES PARA O CONSUMO	8
PREVALÊNCIAS DE CONSUMO	11
TOXICODEPENDÊNCIA E A FAMÍLIA	13
TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA	16
TOXICODEPENDÊNCIA E CRIME	24
TOXICODEPENDÊNCIA E INFORMAÇÃO	26
POLÍTICAS SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA	27
TOXICODEPENDÊNCIA E COORDENAÇÃO	34
TOXICODEPENDÊNCIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	36
PARTE II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	38
PERTINÊNCIA DA ESCOLHA DO ESTUDO	39
METODOLOGIA DO ESTUDO	40
TIPO DE DESIGN	40
PERGUNTA E ARGUMENTO	40
MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	41
APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	41
ESTRUTURA E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	45
HIPÓTESE DE PARTIDA	45
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	49
CONCLUSÃO	61

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
Anexo I – Questionário	68
Anexo II – Entrevista	78
Anexo III - Instituições	85

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - VARIÁVEIS (DEPENDENTE E INDEPENDENTES).....	47
TABELA 2 - VARIÁVEIS DE CONTROLO.....	48
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROFISSÃO DOS INQUIRIDOS.....	50
TABELA 4 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A TOMADA DE CONHECIMENTO PARA O PROGRAMA DE TRATAMENTO.....	55
TABELA 5 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A FALTA DE INFORMAÇÃO.....	56
TABELA 6 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A INFORMAÇÃO DOS RISCOS DAS DROGAS.....	57
TABELA 7 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A LEI DAS DROGAS.....	58
TABELA 8 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E O CONSUMO DE DROGAS <u>NÃO</u> SER PROIBIDO POR LEI.....	59
TABELA 9 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A O CONSUMO DE DROGAS SER PROIBIDO POR LEI.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO DOS INQUIRIDOS.....	52
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR INSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO DOS INQUIRIDOS.....	52
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE DOS INQUIRIDOS.....	53
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESCOLARIDADE DOS INQUIRIDOS.....	54
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL DOS INQUIRIDOS.....	54
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ZONA DE RESIDÊNCIA DOS INQUIRIDOS.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*.

CRI - Centros de Respostas Integradas

CDT - Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência.

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes.

EFDE- Evolução do Fenómeno da Droga na Europa.

GHD- Grupo Horizontal Drogas.

GNR- Guarda Nacional Republicana.

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*.

IPJ – Instituto Português da Juventude.

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência.

IRS - Instituto de Reinserção Social.

OEDT- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

PNCDT- Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências.

PSP- Polícia de Segurança Pública.

UE – União Europeia

INTRODUÇÃO

O consumo de estupefacientes não é um fenómeno recente. Embora desde há muito presente nas nossas sociedades, têm-se falado dele nos nossos dias, sobretudo nos meios de comunicação social e nos discursos políticos, nacionais e internacionais. Pela relevância que vem assumindo, tal fenómeno é tema de preocupação de muitos médicos, técnicos, famílias, e de debates na sociedade civil.

As drogas que geralmente estão na origem da toxicodependência são aquelas que produzem efeitos no cérebro e que alteram o comportamento e as sensações. São assim designadas de drogas psicotrópicas ou psico-activas, pois actuam sobre a mente, modificando o comportamento do consumidor. Muitas destas substâncias já fizeram parte da lógica médica, mas foram abandonadas pela sua susceptibilidade de criar dependência física e psicológica.

Para além das implicações nocivas no indivíduo, a dependência física e psicológica da droga pode tomar proporções colectivas, quando esse comportamento afecta a sociedade como um todo, visto que o consumo e a dependência de substâncias psico-activas alteram o comportamento dos indivíduos e este facto acaba por ter repercussões, tanto na sua vida pessoal, social, económica, cultural, como na comunidade que os rodeia.

Neste sentido, o tratamento destas toxicodependências assume um papel central na resolução e no combate ao fenómeno da droga. Sendo assim, existem actualmente duas formas basilares de efectuar este tratamento, através da livre vontade do toxicodependente ou do tratamento que é ordenado realizar por despacho de um tribunal, muitas vezes como alternativa a outras medidas de coacção acompanhados através do Instituto de Reinserção Social e das comissões de dissuasão tais como o Centro de Respostas Integradas. O problema que daqui surge e no qual nos levou à realização deste trabalho foram os factores que determinam a continuação por parte destes indivíduos nestes programas de intervenção na área da toxicodependência.

Com o objectivo de clarificar este problema tentarei ao longo deste trabalho perceber os efeitos destes tratamentos e destas medidas na prática, esperando assim, contribuir para um debate sobre a eficácia destes tratamentos e da sua aplicação.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TÉORICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sendo a toxicodependência um conceito complexo e abrangente que resulta da interacção de vários factores que podem estar indirecta ou directamente na origem do problema, tentaremos focar, de forma clara e sucinta, esta problemática. Deste modo propomos abordar as condutas dos indivíduos que por algum (s) motivo (s), abandonam os tratamentos e as comunidades terapêuticas. Tentando desta forma contribuir para uma maior eficácia nas políticas públicas de intervenção nesta área de domínio.

Pretendemos de igual modo deixar de forma clara e concisa a definição de conceitos similares que estão na base desta abordagem da toxicodependência, colocando em confrontação as diferentes perspectivas que participam deste fenómeno, ponto de partida pertinente para um adequado enquadramento desta problemática e por consequência para o seu estudo.

TOXICODEPENDÊNCIA E SOCIEDADE

A toxicodependência, apesar de ser um problema individual por afectar a saúde e a vida em geral do indivíduo, é igualmente um problema social, pois afecta a sociedade como um todo.

Neste sentido é pertinente enquadrar este fenómeno cada vez mais visível e mais polémico nas sociedades actuais. As dimensões sociais do problema droga são várias na medida em que ao não corresponder às expectativas sociais, que antevêem que o indivíduo preserve a sua saúde e a sua vida, passam também a transgredir várias normas sócio jurídicas.

Por exemplo quando estes indivíduos que dependem física e psicologicamente das drogas se dedicam a práticas criminosas para poder adquirir essas substâncias. Neste sentido, o estilo de vida derivado da dependência de estupefacientes pode acarretar outros problemas sociais como a exclusão social, a impossibilidade de trabalhar, a insegurança, a desestruturação das famílias, a prostituição, o aumento da criminalidade organizada e da delinquência dos consumidores, entre outros. Estes tipos de comportamentos são compreendidos através de abordagens explicativas do comportamento desviante. Tomando como exemplo, Anthony Giddens (2004), podemos definir o desvio como aquilo que não está em conformidade com um determinado conjunto de normas que é aceite por um número significativo de pessoas de uma comunidade ou sociedade.

No mesmo raciocínio, Albert Cohen (1971) relata que o desvio é entendido como sendo a transgressão das regras normativas ou dos acordos tácitos existentes nos vários contextos de uma sociedade. Referindo de igual modo que os comportamentos desviantes e não desviantes passam a definir-se nos parâmetros da conformidade, ou seja, de acordo com as regras e normas vigentes de uma dada sociedade.

Refira-se no entanto que de acordo com Fernando Dias (2002) definir o desvio requer ainda algum conhecimento das normas sociais, visto ser um conceito relativo e tendo em conta que o comportamento é sempre aferido pelas normas sociais em vigor. Segundo o autor, as normas não são universais nem eternas, o que naturalmente faz com que os comportamentos acabem por ter diferentes leituras, de acordo com o grupo e com o seu contexto espaço-temporal. Por outras palavras, seguindo o seu raciocínio, o que poderá ser um comportamento desviante para uns poderá ser um comportamento aceite por outros, ou seja, o que designamos por diversidade cultural. Todavia, como nos diz Edgar Morin (1991), os seres humanos são sistemas “auto eco organizados”, ou seja, transformam-se nas relações que têm uns com os outros, modelando-se e remodelando-se constantemente nas suas interações. Isto dá a ideia segundo o autor que o ser humano nunca está definitivamente concluído, mas sim que se vai construído e adaptando de acordo com as suas convicções e a sua vida social.

Subjacente às argumentações anteriores Alain Morel (2000), menciona que a relação e atracção do homem pelas drogas, tem a sua origem na cultura. Deste modo sendo a origem do fenómeno cultural, então a sua modificação ou a sua prevenção de igual modo dependerão de processos culturais. Seguindo o seu pensamento qualquer alteração nos comportamentos de consumo dos indivíduos terá de passar inevitavelmente por evoluções na própria cultura.

De facto, Dias (2002), a este propósito explica que quando um indivíduo desvia-se comportamentalmente dos limites considerados aceitáveis pelo grupo, este passa a exercer sobre ele as punições que considera adequadas, quer sejam verbais, não verbais ou escritas.

Deste modo, o grupo espera por parte deste indivíduo uma readaptação da sua conduta que transcendeu os limites admitidos pelo grupo, voltando assim à normalidade da vida colectiva. Este desvio dos comportamentos, como, por exemplo, o consumo de substâncias psicotrópicas, poderá ser visto como crime ou ter uma relação com o mesmo, quer por não ser legalmente aceite, quer pela necessidade do indivíduo angariar dinheiro a todo o custo para o consumo destas substâncias.

Aliás, já antes Cândido Agra (1997) referia sobre esta matéria que o sistema de vida desviante associado a delinquência caracteriza-se por uma desvinculação social e uma afiliação a subculturas delinquentes. Argumentando que os indivíduos deste sistema de vida tendem a adoptar comportamentos desviantes que tornam-se sistemáticos podendo evoluir para formas cada vez mais graves de criminalidade. Acrescentando por sua vez que a droga surge como por acréscimo, muitas vezes como uma consequência da criminalidade e dos elevados valores económicos que esta permite alcançar, sendo as quantias adquiridas por estes indivíduos gastas muitas vezes de imediato e em comportamentos consumistas, entre os quais o consumo de drogas. Agra (1997), a este propósito explica que o delinquente consumidor de drogas, no início, não tem especial apreço por elas, mas na sua trajectória desviante facilmente se torna dependente, o que consequentemente o faz colocar a sua actividade delinvente ao serviço das substâncias, nos ciclos mais avançados. Fazendo com que o seu contacto com as instâncias formais de controlo passe a ser mais precoce e sistemático.

A dificuldade que daqui advém como se depreende, do pensamento de Dias (2002), é a ideia que existe um duplo problema em definir o que é normal, visto que, por um lado ou se põe a questão de identificar o que é considerado universalmente como normal e, por outro, a questão do que se pode considerar desvio e anormalidade. Suportando-nos nas palavras de Terrence Moris (1978), podemos indagar que não é suficiente verbalizar que a virtude para um homem pode ser um vício para o outro, e que, por isso, ambos podem estar certos. Nesta linha de pensamento, Dias (2002), à semelhança de muitos outros autores refere que as convicções existentes em cada sociedade determinam os sistemas de conhecimento que hão de interpretar a realidade e determinar as formas de agir sobre ela. Aprofundando que a valoração de determinados processos e comportamentos cria em cada grupo estruturas cognitivas que moldam a elaboração, o processamento e a difusão do conhecimento e da informação sobre aquilo que é bom e mau em cada contexto espaço-temporal. Tentando examinar o conceito, numa perspectiva de Durkheim (citado em Giddens (2004), podemos referir que não existem sociedades perfeitas e que um certo nível de crime ou de desvio pode ser normal ou até mesmo funcional para a mudança social. Desde modo Durkheim enquadra que qualquer sociedade tem padrões e regras mediante as quais faz apreciação dos processos e dos comportamentos socialmente transmitidos. Sendo através do processo de socialização que incute nos indivíduos os valores, os símbolos, as normas e o sistema de sanções que por sua vez hão de regular as suas formas de pensar, de sentir e de agir no decorrer da sua vida.

Neste âmbito como refere José Dias Cordeiro (1979, citado em Dias 2002) o fenómeno da droga é um fenómeno “multifactorial”, ou seja, a sua análise deve ter em conta as condições de vida das pessoas e as formas de organização da sociedade, visto não serem apenas os jovens que se tornam dependentes, mas também os adultos de ambos os sexos. Para Cordeiro (1979), podemos desmultiplicar a natureza deste fenómeno da seguinte forma: o toxicodependente, a droga, a família, os grupos de pares, a escola, os meios de comunicação social e as igrejas.

Referindo que na desmultiplicação destes factores externos que constroem a personalidade do indivíduo, permitir-nos-á compreender a complexidade deste fenómeno, bem como explicar as opções feitas pelos indivíduos, quando em contacto com estes agentes de socialização. No fundo significa que o indivíduo é moldado pela sociedade e pelos agentes socializadores, o que deste modo, para poder compreender este fenómeno, temos que olhar para este conjunto de factores e não apenas centrar-se única e exclusivamente no indivíduo.

Vem a este propósito, referir Dias (2002), ao afirmar que, a toxicodependência apesar de ser um acto individual, por outro lado, ao ter em conta as práticas de consumo em grupo, os indivíduos envolvidos no percurso, desde a produção das substâncias, a sua distribuição, ao combate e prevenção pelos diferentes agentes, temos desta forma uma configuração de rede ou de estrutura social. Dizendo-nos ainda, que se a este processo juntarmos as estruturas familiares e as estruturas profissionais que nele estão implicadas, estaremos consequentemente perante vários níveis de estrutura social. Nesta sequência, refere ainda que a toxicodependência não é só um espaço íntimo e pessoal, ou seja, é também um espaço social, tendo em conta que a toxicodependência está na casa de cada indivíduo dependente e na rua onde este adopta esses comportamentos, bem como nas instituições por onde possam passar. Para o autor, podemos enquadrar este fenómeno até no tempo social, ou seja, no tempo da moda sobre o assunto, no tempo das políticas governativas, no tempo das políticas de intervenção social, no tempo das solidariedades, etc. Na sequência dos autores atrás citados Paulo Moreira (2001) vê o risco da toxicodependência não como um resultado que se encontra numa determinada fase da vida, mas como uma construção que envolve o indivíduo e o ambiente, emergindo da dinâmica entre factores de risco e de protecção. Neste sentido, refere que as relações precoces, em especial, e as interpessoais, em geral, assumem um papel fundamental, qual alicerces, já que influenciam a forma como o indivíduo organiza emoções, cognições e comportamentos em relação a si e aos outros. É neste preciso ponto que podemos enquadrar o pensamento de Dias (2002), ao referir que a problemática da toxicodependência, estende-se pela família, pela comunidade e pelas

organizações a que o toxicodependente está directa ou indirectamente ligado, quer seja ao nível afectivo, relacional, laboral e jurídico. Deste modo, aduz que é necessária uma maior reflexão, visto que as discussões à volta desta temática começam a separar as pessoas e as instituições, em termos de correntes de opinião, a favor, contra, por alternativas diferentes aos actuais modelos etc. Assim, o autor, refere que os discursos sociais ganham relevo nesta temática, ainda que de uma forma estereotipada, mas que podemos verificar que atravessa transversalmente todos os estratos sociais. Neste sentido, considera que a sociedade se apropria do fenómeno da toxicodependência, tendo como consequência o desenvolvimento de vários sistemas de conhecimentos específicos, nos quais, por sua vez, acabam por permitir a reflexão e consequentemente perceber o problema em si. Sendo como uma “rede” através da qual podemos observar a realidade. Porém, segundo Luís Fernandes (1998), o consumo de drogas, sendo aparentemente um comportamento observável e portanto descritível, depende da forma como o indivíduo relaciona esse comportamento enquanto símbolo e da reacção que os outros lhe devolvem também enquanto símbolo. Neste âmbito explica que, as drogas ilegais vendem-se, compram-se, consomem-se, trocam-se por objectos, oferecem-se, emprestam-se, sendo deste modo uma referência permanente nas conversas. Mas que por outro lado, também o homem utiliza as substâncias legalizadas por lhe serem úteis para o dia-a-dia, porque lhe dão prazer (bebidas alcoólicas, café, tabaco, entre outros), porque lhe provocam alívio (analgésicos e outros medicamentos). Considerando que da sua utilização o indivíduo pode retirar benefícios ou malefícios individuais e sociais, dado que o uso destas substâncias pode ser útil ou prejudicial. E se perante este acontecimento, se o resultado do uso for nefasto para a pessoa e para a sociedade, podemos então dizer que o seu uso, é uma droga, e que não presta para o bem comum. Subjacente a esta ideia Dias (2002), relata que de facto a droga afecta a vontade do indivíduo, no sentido em que este deixa de se projectar no futuro, ou seja, o indivíduo deixa de lutar por um ideal ou por um valor, passando a centrar tudo no presente, cada vez mais imediato e restrito. Referindo, que no plano das relações interpessoais, o toxicodependente volta-se cada vez mais para si próprio, restringindo as relações em torno das substâncias, em detrimento das relações afectivas. Por esta razão explica que o mundo social do toxicodependente cai com frequência, numa teia de mentiras e meias verdades. Entendendo que perante este acontecimento o indivíduo passa a viver para a droga, onde esta passa a ser o seu único propósito de vida, e onde o seu sistema afectivo e emocional acaba por desvanecer. Mas o outro lado da questão, como nos refere o autor é que neste desenrolar de acontecimentos o

indivíduo acaba por entrar em conflito com os seus familiares, vizinhos e sociedade em geral. E onde por vezes para conseguir os seus consumos baseia-se muitas vezes as custas dos bens alheios. De facto, para melhor percebermos esta ideia o autor, refere que a maior parte dos toxicodependentes não vive com autonomia financeira, não constituiu vida própria ou manteve uma relação estável com membros de outro sexo, o que indicia a sua dificuldade em estabelecer relações afectivas e duradouras com outros parceiros, remetendo-os, assim, para um isolamento social.

MOTIVAÇÕES PARA O CONSUMO

De acordo com José Machado Pais (2003), o consumo de droga toma significações diferentes segundo as especificidades culturais e as experiências simbólicas dos diferentes grupos que o consumo de droga acaba por reforçar. Deste modo, existem de acordo com o autor, os consumidores da droga “leve” e os consumidores droga “dura”, onde os primeiros fixam-se no haxixe, enquanto os segundos aderem ao pó, referindo igualmente que uns são os “experimentadores”, os outros os “agarradinhos”. Apontando que a razão para o consumo destas substâncias por parte destes jovens passa pela falta de perspectivas profissionais e pela incerteza em relação ao futuro. Nesta óptica Jean Pierre Fréjaville (n.d), refere que as motivações para o consumo de droga são na sua maioria a curiosidade, seguindo-se a procura de evasão, a procura de efeitos reputados e a pressão do grupo.

Amauri Sanchez (1982), a este propósito refere vários motivos para o consumo destas substâncias, entre os quais a desagregação familiar, que para o autor é vista como uma fonte daquilo que o impulsiona para a toxicomania. Referindo que na droga, os indivíduos, procuram o esquecimento, uma compensação, uma saída desesperada. Dizendo que indivíduos que fazem o uso experimental, ocasional ou regular destes tóxicos têm diferenças fundamentais, quer em termos da sua “predisposição mórbida”, quer em relação as consequências do seu consumo.

Segundo este autor o consumo experimental é o mais vulgarmente encontrado, onde um número elevado de indivíduos refere ter experimentado uma droga alguma vez na sua vida por curiosidade ou pressão de um grupo. Nesta linha de pensamento, Sanchez, alerta-nos que a pressão a que está sujeito um indivíduo de “hoje” para que experimente haxixe ou outras substâncias é grande e talvez semelhante à forma como os jovens de há “uma ou duas gerações atrás” eram cativados para experimentar cigarros ou bebidas alcoólicas. O que na sua

perspectiva adivinha um sério problema de consumo destas substâncias num “futuro próximo”, caso o seu consumo se venha a trivializar tal qual como o consumo do álcool ou do tabaco que são presentemente socialmente “aceites”. Mas para Luís Patrício (2002), todos estamos sujeitos às influências que nos rodeiam e é natural a existência de pressão para experimentar. Deste modo, explica que esta pressão para consumir pode vir da própria pessoa, com o intuito de apenas experimentar, fazer como os outros consumidores ou ver qual é a sensação, mas por outro lado, pode vir do exterior, por sugestão, propaganda, entre outros. Referindo, que a frequência de locais em que muitos ou todos consomem drogas, podem levar as pessoas a experimentar estas substâncias. Para o autor, na maioria das vezes, esta experiência acontece durante a adolescência ou até na pré-adolescência, feito por alguém próximo, podendo ser um familiar, namorado ou namorada ou mesmo um desconhecido. Considerando neste aspecto, que no início o indivíduo que experimenta a droga, apenas tem a intenção de experimentar, ou seja, de ser um consumidor nesse momento, ou esporadicamente. Mas que ao manter essa atitude de consumir passa a consumidor regular, que por sua vez evolui, e começa a usar maiores quantidades aumentando o seu número de vezes de consumo, estando já nesta etapa dependente da droga. Focando neste sentido, que associado a este desenrolar de acontecimentos está subjacente a ideia, de que as pessoas dependentes, antes de o serem, sempre tiveram a ideia de poder dominar e controlar os seus consumos.

De acordo com Patrício (2002), é o domínio deste controlo que o indivíduo dependente perdeu e que gostaria de manter e de controlar. Explicando, que as pessoas consumidoras destas drogas, entraram no uso porque face a esta questão eram ignorantes, estavam desprevenidas, distraídas, foram atrevidas ou arrogantes.

Na óptica de Dias (2002), o problema da toxicod dependência ainda pode ser mais agravado quando o grupo de pares onde o toxicod dependente se inclui se organiza em volta da droga. Neste sentido refere que em alguma fase da vida o indivíduo confronta-se com muitas dúvidas e num processo de procura de si mesmo, acaba por enveredar no contacto com as drogas. Explicando que a curiosidade por novas sensações e o valor mítico da droga, de solução para as dificuldades da vida, são factores que, contribuem para o consumo destas substâncias.

Para Cordeiro (1979) (citado por Dias 2002), a droga surge muitas vezes por dificuldades subjacentes a fase etária, dos sentimentos de angústia, das dúvidas, da estranheza em relação a si mesmo, entre outros. Divulgando de igual forma que os indivíduos que recorrem a estas substâncias o fazem de modo a fugir às suas dificuldades, de modo a terem ausência da

sua consciência, acabando deste modo, por não integrarem um “processo maturativo normal”, tendo em conta, que este é constituído por sentimentos de prazer e de desprazer, por realizações e por frustrações. Nesta ordem de ideias Patrício (2002), refere que a experimentação destas substâncias surge com frequência num contexto social, como por exemplo em festas, num concerto musical, em noitadas, em férias ou durante o período escolar, entre outros. Mencionando que normalmente o ambiente é de convívio ou de ociosidade e que o estado emocional destes indivíduos é de uma certa cumplicidade e de descoberta, podendo ocorrer de forma inesperada, num dia normal ou num dia especial. Concluindo que a assiduidade desta experiência irá depender de vários factores, entre os quais o estado psicológico, o estado de animo, a procura de prazer, a culpabilidade, a ociosidade, como de igual forma das condições que rodeiam a pessoa, ou seja, o dinheiro disponível, as companhias, a integração social, entre outros.

Para Sanchez (1982), no que concerne ao consumo ocasional, o indivíduo procura a droga por prazer e a frequência com que o indivíduo experimenta as substâncias, pode ir de alguns dias a várias semanas, e o importante no seu entender é que, não havendo disponibilidade da droga, a pessoa não desespere. Dizendo que é desta forma ocasional que, a grande maioria dos jovens utiliza as drogas hoje em dia, dedicando assim uma parte do seu tempo de lazer a fumar haxixe ou, eventualmente, a consumir outras drogas. No entanto ao referir-se ao consumo regular, alega que este é o período em que o indivíduo procura a droga não somente pelo prazer de experimentar e os seus efeitos, mas também pela sua necessidade de fazer desaparecer o mal-estar que a sua privação provoca. Nesta óptica, relata que existe uma enorme consonância nos depoimentos dos toxicómanos, onde todos são unânimes em afirmar que na fase da dependência existe a perda do prazer e da “graça” de consumir droga. Concluído, que se torna bem óbvio nesta fase, onde já esta instalada a dependência psíquica e física, que o viciado é obrigado a sair em busca de doses crescentes.

Na sequência dos autores atrás supramencionados, Mendes *et al* (1999 citado em Aura 2007), refere de igual modo que existem algumas características individuais que aumentam a probabilidade do indivíduo consumir substâncias, tais como a idade, a pouca tolerância a frustração, a não-aceitação de normas, baixa auto-estima, necessidade de aprovação social, falta de autonomia, insucesso escolar, falta de autonomia, fraca assertividade, stress de vida, depressão, entre outros.

Neste sentido, de acordo com Dias (2002), ao fazer referência ao centro de estudos da profilaxia da droga, do Ministério da Justiça, refere que os factores que podem conduzir os indivíduos a toxicod dependência passam por um conjunto de variáveis sendo estas individuais, familiares e sociais. Deste modo, no que concerne as variáveis individuais temos os seguintes factores de acordo com o autor: a curiosidade, a necessidade de pertença ou de filiação a um grupo, a forma de expressar independência, a procura de experiências aprazíveis, a procura de risco ou de auto-afirmação, a busca de um estado superior de conhecimento ou de criatividade, a procura de bem-estar, o alívio de tensões, a necessidade de evasão, o aumento de resistência a fadiga, entre outros. Relativamente, às variáveis familiares o autor aponta para a ausência de progenitores e para a demissão dos progenitores na educação. Por último, aponta as variáveis sociais, que passam pela influência da cultura no meio social em que o sujeito está inserido, sendo estas, a escola, que é vivida como experiência aborrecida, as dificuldades no primeiro emprego e o sentimento de frustração produzido pela desocupação forçada, as desigualdades sociais de oportunidades, o choque constante entre valores transmitidos pela família, pela escola, pela igreja e pelos meios de comunicação social, pertencentes a realidades diferentes.

PREVALÊNCIAS DE CONSUMO

Segundo o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependências (2005), podemos relatar que no que concerne aos consumos, os resultados dos estudos nacionais realizados em 2001 na população portuguesa dos 15-64 anos, na população escolar do 3º ciclo do Ensino Básico e na população reclusa, estes evidenciaram a cannabis como sendo a droga que apresenta as mais elevadas prevalências de consumo entre as populações. No que diz respeito à população escolar e comparativamente com estudos anteriormente realizados, constatou-se de acordo com o PNCDT (2005), um aumento e uma maior difusão regional dos consumos de várias substâncias. Referindo ainda que acerca das estimativas da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal, a heroína, muitas vezes associada à cocaína ou a base desta, surgiu como a droga predominante a nível de consumos problemáticos.

Neste sentido, de acordo com o Plano mencionado, no contexto da população escolar, também os resultados dos estudos da *Heal Behaviour in School-aged Children* (2002) e da *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (2003), apresentaram prevalências de consumo de cannabis bem mais elevadas comparativamente falando. Por outro lado, em

comparação a estudos equivalentes realizados anteriormente (1998, 1999) ambos evidenciaram aumentos dos consumos das várias drogas, com excepção da heroína, que se posicionou como uma das drogas com as menores prevalências de consumo. O que importa salientar de acordo com o este Plano é o facto de que apesar dos aumentos na regra geral, as prevalências dos consumos entre as populações escolares portuguesas continuam a ser inferiores às médias europeias. No que toca aos consumos dos utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência segundo o PNCDT (2005), a heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal, sendo os valores referentes a esse ano de 85% dos utentes em ambulatório na rede pública e de 75% dos utentes em primeiras consultas, seguindo-se-lhe a cocaína que vem assumindo maior visibilidade nesses contextos, com 25% dos utentes em ambulatório na rede pública e com 32% dos utentes em primeiras consultas.

Em relação ao método de administração da droga principal de acordo com o PNCDT, continua a predominar a via fumada e inalada, variando entre os 25% e os 52% nas referências à utilização da via endovenosa. Destacando a diminuição da prática de consumo endovenoso entre os utentes nas primeiras consultas na rede pública de tratamento da toxicodependência.

Relativamente às doenças infecciosas de acordo com o Plano tem se verificado de igual modo uma tendência decrescente nos últimos anos, nos toxicodependentes infectados com o VIH. Neste sentido, o Plano alerta para o facto de que apesar de se verificar uma certa estabilidade a nível das percentagens de positividade para o VIH nestas populações, deve-se ter em conta também a baixa percentagem de indivíduos rastreados, bem como a incapacidade dos serviços para apresentar um único valor para todos os utentes em tratamento.

Relativamente às percentagens de positividade para a Hepatite B variaram entre os três por cento e os nove por cento e para a hepatite C entre os 44% e os 62% no ano 2004. Segundo o Plano a evolução sugere entre 2001 e 2004, sobretudo no caso da Hepatite B, uma tendência para um ligeiro decréscimo, alertando para o facto de ser necessária a contextualização destes valores em períodos temporais mais alargados.

No que concerne as populações de toxicodependentes com tuberculose, as percentagens de positividade variaram em 2004 entre os um por cento e os quatro por cento, valores que se enquadram no padrão dos últimos anos. A nível de mortes, ou seja, casos com resultados positivos nos exames toxicológicos de drogas efectuados a nível do Instituto Nacional de Medicina Legal, em 2004 foram registados 156 casos, contrariando o decréscimo contínuo verificado desde o ano 2000. Das substâncias detectadas foi predominante a presença de

opiáceos, seguindo-se-lhes a cocaína e os “canabinóides”, representando respectivamente 69%, 49% e 10% dos casos registados em 2004. No que concerne as contra-ordenações por consumo de drogas, em 2004 foram registadas em Portugal Continental 5370 ocorrências que originaram a abertura de processos, representando, pela primeira vez de acordo com o Plano um decréscimo (-12%) em relação a 2003.

Referindo que cerca de 49% destas ocorrências foram remetidas às Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência pela PSP, 27% pela GNR e 23% pelos tribunais. Sendo que destes processos por consumo de drogas referentes ao ano de 2004, 68% estavam relacionados apenas com cannabis. Mencionando que as decisões proferidas neste ano foram maioritárias nas suspensões provisórias dos processos no caso de consumidores não toxicoddependentes (68%).

TOXICODPENDÊNCIA E A FAMÍLIA

Uma das maiores inquietações dos portugueses em relação aos filhos é a droga, o que poderá dever-se à crescente visibilidade do fenómeno e ao sentimento de impotência por vezes associado às toxicoddependências (Moreira, 2001). Neste sentido, o autor enuncia que os pais e a família são peças fundamentais nas intervenções preventivas. Explicando de uma forma funcionalista que sendo a família um sistema em que o que se passa com um membro afecta todos os outros, da mesma forma que também é afectado com o que se passa com os outros membros do sistema. A principal função desse sistema será a sobrevivência, e que sendo assim, desenvolvem-se regras e padrões de comunicação tendo em vista a sobrevivência e o equilíbrio do sistema, cujos aspectos básicos de funcionamento são para alguns autores a estrutura.

Na composição desta estrutura familiar Moreira (2001) refere que quase todos os estudos acerca da qualidade das interacções das famílias de indivíduos envolvidos em comportamentos aditivos identificam a predominância do poder maternal e uma figura distante e, muitas vezes autoritária, da figura parental. Mencionando que é consensual a ideia de que as famílias dos toxicoddependentes são famílias desorganizadas que tentam lutar contra a mudança e os desequilíbrios que os filhos provocaram no seio da família. Dando a percepção para o autor que a família transfere então os seus problemas para o indivíduo toxicoddependente de forma a desviar a atenção dos verdadeiros problemas do funcionamento familiar. Neste sentido Peres *et al.*, (2002 citado por Aura 2007), refere que a família, sendo o primeiro agente de socialização,

tem um papel activo na construção da personalidade do indivíduo. Mencionando que deste modo, os factores de risco passam pela precariedade económica do agregado familiar, pela carência de habitação e instabilidade no emprego. Neste panorama alega que são famílias normalmente desagregadas, com ausência de regras, bem como existência de conflitos familiares permanentes e comunicação deficiente entre os seus membros, com uma super protecção ou ausência de suporte emocional, com falta de sentido de pertença e de satisfação no núcleo familiar, entre outros.

Neste sentido, de acordo com Dias (2002), no que concerne as condições de habitabilidade enuncia que a maioria dos indivíduos toxicodependentes não tinha um espaço próprio e que muitos pertenciam a famílias com mais de dois filhos. Referindo deste modo que existe aqui um factor que poderá ter contribuído para o retardamento do desenvolvimento pessoal e social, tendo em conta que as condições de habitabilidade e o espaço vital para o desenvolvimento de uma intimidade equilibrada não se fizeram sentir na vida destes indivíduos.

Nesta perspectiva, diversos estudos referem a família como a primeira instância de socialização fundamental, aduzindo que tudo o que se passa neste microclima pode ter importância para as pessoas que nele estão incluídas (Dias 2002). Existe consenso para o autor, em afirmar que existem dificuldades e problemas no seio da família dos toxicodependentes, ou seja, no seu relacionamento afectivo, na perda de entes queridos, entre outros. Um dos exemplos que relata é, por exemplo, quando por qualquer razão, tenha havido desconfiança básica no outro da relação, que para o indivíduo constituía uma referência, como é o caso dos pais, o indivíduo acaba por extrapolar essas dificuldades para as suas relações sociais mais amplas. Neste sentido Dias (2002), expõe que dos diversos estudos realizados, o problema da comunicação na família foi quase sempre uma constante, bem como o impacto negativo desta, onde existe referência a casos de agressão física no seu interior, relações negativas entre pais e onde a matéria de aversão mais citada pelos toxicodependentes ser a figura paterna e a própria família. Nesta linha de ideias o autor, refere que o desmantelamento da estrutura familiar é uma das causas da toxicodependência. Neste propósito refere ainda um aspecto curioso que é o facto de verificar que na maioria dos pais destes indivíduos, ter existido por parte destes, uma apatia em relação ao comportamento dos filhos, quando estes iniciarem-se no caminho da droga e que na maioria dos estudos esta atitude é recorrente, quando os pais tomam conhecimento do problema do filho, acabam por ignorar ou não quererem aceitar esse facto.

Para o autor, a forma como os pais lidam com o problema da toxicod dependência dos filhos é de extraordinária importância. Alertando que a atitude dos pais nesta matéria está de certa forma condicionada pelo grau de preparação que possam ter para lidar com esta situação.

De acordo com M. Stanton e W. Shadish, a família desempenha um papel importante e, por vezes, um antídoto aos comportamentos aditivos, quando possui um modelo familiar coerente de comportamentos, como relações familiares dominadas pelo afecto, uma supervisão dos filhos com conhecimento adequado dos seus interesses, comportamentos e relacionamentos, disciplina familiar não opressiva que estimule o respeito das normas, limites e valores familiares, práticas de um estilo educativo assertivo, evitando o autoritário e o permissivo, estratégias de resolução de conflitos através da negociação e conciliação, utilizando o diálogo. Ainda nesta temática, um estudo, que procurou identificar estilos de interacção das famílias de toxicod dependentes, realizado por Fleming e aludido por Moreira (2001), refere a existência de um conjunto de características nas famílias de toxicod dependentes que as distinguem das outras, nomeadamente a hierarquia e a repartição de poder que são confusas, claras dificuldades de comunicação, existência de acentuadas dificuldades do processo de individualização do filho em relação aos pais e maiores níveis de emaranhamento emocional.

Se pensarmos que a família é o primeiro subsistema que integra o sistema geral de acção humana, podemos indagar que o seu peso é o mais importante, já que é nele que o indivíduo aprende a interiorizar a estrutura social (Dias 2002). Nesta linha de pensamento refere que, foi na família que o indivíduo aprendeu a aceitar determinados valores como bons e outros como maus, sendo nesta que o indivíduo aprendeu a reconhecer as sanções que lhe poderão ser aplicadas pela opção dos seus comportamentos, como de igual modo, é na família que aprende em primeira mão, a desempenhar os primeiros papéis e a imitar os mais velhos, que lhe servem de referência para aquilo que ele há-de vir a ser mais tarde.

Para além da família refere que os outros meios são igualmente importantes, como o produto, as suas características, a sua acessibilidade, os grupos de pares, da rua, da escola, a pressão dos vendedores de droga, tudo isto são factores a considerar como validos. Contudo o autor, adverte que se nos lembrarmos da hipersensibilidade e das fragilidades da puberdade e da adolescência e as associarmos ao contexto familiar, no qual o indivíduo começou por viver e onde passa a maior parte do seu tempo, é possível, perceber o peso que a família tem na vida dos sujeitos.

Para este autor, os problemas gerados na sociedade repercutem-se na família e esta, como primeiro agente de socialização, projecta no indivíduo as crises da família. Mencionado que tendo em conta as interações e os processos de comunicação, cujo feedback lhes é fundamental, o indivíduo repercute na família os seus problemas e esta, por sua vez, transmitiu-os de novo para a sociedade. Concluindo, que várias causas podem conduzir a toxicodependência mas, por outro, os efeitos retroagem sobre as próprias causas, dando-lhe uma configuração de circularidade.

TRATAMENTO DA TOXICODPENDÊNCIA

A droga pode ser comparada a um caminho de duas vias, em que se conhece o caminho da ida mas não o da volta, já que a investigação permite-nos ter uma ideia mais ou menos clara do sentido de ida desse caminho, mas o mesmo não acontece em relação ao sentido inverso (Moreira 2001). Na perspectiva do autor, as intervenções de carácter “remediativo” ao nível da recuperação dos toxicodependentes, apesar de muitos e diversos esforços, continua sem conseguir resultados satisfatórios. Referindo que, as evidências cada vez mais consensualmente defendidas por vários agentes envolvidos, apontam para que a intervenção nas toxicodependências deverá valorizar a prevenção ou deverá privilegiar a escolha de outros caminhos, uma vez que o caminho de volta da toxicodependência, permanece ainda muito oculto. De acordo com o autor, em Portugal, mas também no estrangeiro, os esforços preventivos centram-se essencialmente na fase da adolescência, transpirando a ideia de que o risco das toxicodependências se situa num determinado momento, onde portanto se deverá intervir. Dias (2002), refere de igual modo que a primeira experiência com a droga é realizada entre indivíduos que se situam na faixa etária entre os 11 e os 16 anos (adolescência) o que naturalmente demonstra o sentido da intervenção nesta faixa etária.

Moreira (2001), refere igualmente que a adolescência tem sido privilegiada, por ser o período em que o início do consumo tem lugar, a começar por drogas legais, tais como o tabaco e o álcool num processo de escalada até as drogas “ilegais” e, por isso, é compreensível uma intervenção nessa faixa etária. Por outro lado, refere que torna-se incompreensível quando esta valorização se faz à custa de deixar as outras faixas etárias para o esquecimento, como se nada tenham a ver com o estado em que o adolescente se encontra. Nesta ordem de ideias de acordo

com Nuno Miguel (n.d),¹ uma estratégia em relação a toxicodependência não pode ser baseada em preconceitos, nem de um lado, nem de outro. Como também não pode ser baseada em ideias gerais, nem baseada em raciocínios que não têm em conta todos os dados. Na sua perspectiva, tem de partir de uma análise rigorosa da realidade. Referindo que a população de toxicodependentes é constituída por várias subpopulações, e que desse modo aplicar a todos a mesma resposta seria errado. No entanto de acordo Morel *et al.* (2000), existe um tempo não definido para iniciar o tratamento, ou seja, de acordo com o autor existe um período que denomina de “lua de mel”, onde qualquer intervenção que vise incitar ou mesmo forçar o indivíduo a interromper o consumo, para seu próprio bem ou da regra social, é vivido pelo indivíduo como uma manifestação de ignorância ou censura, sendo deste modo rejeitada pelo mesmo. Para Aura (2007), no percurso da dependência, a maioria dos indivíduos passa por períodos de abstinência, que podem ser por varias razões, entre as quais, a pressão dos familiares e amigos, por dificuldades na aquisição do produto, problemas judiciais, ou seja, por pressão gerada por agentes externos. Conduzindo na maior parte das vezes ao insucesso da abstinência e ao restabelecimento da dependência através de uma recaída, alertando ser necessário compreender o que falhou na tentativa clarificar e delinear uma estratégia futura.

Nesta ordem de ideias, Patrício (2002), refere que a recaída é um processo recorrente, ou seja, faz parte do percurso do toxicodependente. Segundo o autor, é necessário analisar os factores internos e externos que condicionam as recaídas para que se consiga utilizar uma estratégia de tratamento adequado. Porém, alega ser necessário compreender e reavaliar a motivação do doente para o tratamento, a sua patologia associada à toxicodependência, o enquadramento familiar, o enquadramento social do doente entre outros factores que podem condicionar o seu tratamento. Segundo Patrício (2002), existem circunstâncias que complicam o tratamento do toxicodependente, como por exemplo graves perturbações da personalidade, mau estado geral do doente, impossibilidade por parte da família em responsabilizar-se pelo doente, fracassos repetidos nos tratamentos anteriores, entre outros. Estes factores na sua óptica acabam por influenciar e condicionar os tratamentos, fazendo com que deste modo os toxicodependentes sejam pessoas todas diferentes, apesar de terem aspectos semelhantes de vida. De igual modo, menciona que são pessoas, que face ao seu tratamento e ao consumo de drogas, estão frequentemente numa atitude ambivalente, ou seja, querem e não querem tratar-se, podendo deste modo oscilar a sua atitude face aos objectivos terapêuticos. Estes factores na

¹ Medico Psiquiatra e director de serviços de acção médica no serviço de prevenção e tratamento da toxicodependência.

sua perspectiva podem ser condicionados de igual modo por interferências familiares e sociais incluindo as atitudes dos terapeutas.

Neste sentido Aura (2007), refere que apesar do consumidor regular dificilmente assumir a sua dependência, a desabitução física não é de difícil resolução. Nesta ordem de ideias e ao fazer referência a Rosa *et al.*, (2000), alega que o maior grau de complexidade esta na reformulação da personalidade com vista a permitir uma reestruturação dos hábitos sociais e das identificações psicológicas do indivíduo, de forma a que este não tenha necessidade de voltar a consumir. Porém de acordo com Aidan Macfarlane *et al* (1997), num programa de tratamento incide um conjunto de factores que ajuda o indivíduo a libertar-se da sua ligação a uma substância, tendo em conta a adaptabilidade a cada caso. Deste modo de acordo com o autor há que ter em conta: A desabitução em internamento ou ambulatório, com o intuito de reduzir a intensidade da ligação a substância; as medidas de controlo externo, familiar, antagonistas dos opiáceos de modo a impedir a manutenção da ligação à substância; os programas de substituição, que permitem substituírem a ligação à uma substância pela ligação a uma outra; as psicoterapias, terapias familiares, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda de modo a fortalecer a capacidade do toxicodependente para controlar a sua ligação a substância, melhorando desse modo o auto-domínio; os apartamentos de reinserção, cursos de formação profissional, empresas de reinserção, clubes de emprego, grupos de auto-ajuda facilitando o estabelecimento de ligações, que actuam deste modo a nível afectivo, escolar, social, profissional entre outros.

De acordo com Ana Ferreira (2007), a desintoxicação, só por si, embora salve vidas e seja sempre uma oportunidade de repensar um dado comportamento, raramente modifica a história do indivíduo dependente no sentido da recuperação. No que respeita ao álcool e à heroína, existem alguns estudos que sugerem que as desintoxicações, por si só, estão relacionadas com altos níveis de recaída. Outros estudos de acordo com Ferreira Gomes *et al.* (2004, citado por Ferreira 2007), demonstram que a simples desintoxicação produz poucos resultados, a longo prazo, no que respeita à extinção do problema de dependência. Contudo a investigação tem demonstrado que o abandono do tratamento está associado a um pior prognóstico. Neste raciocínio Blackmund *et al.* (2001 referido por Ferreira 2007), alega que implementar intervenções que levem à manutenção e finalização de um programa terapêutico são muito importantes para uma evolução terapêutica bem sucedida, bem como, para um bom prognóstico. Desta forma, é importante que o toxicodependente seja encaminhado no sentido de

um processo terapêutico que envolva, quer a desabilitação consequente à abstinência, quer a modificação de comportamentos e crenças disfuncionais coexistentes com o abuso de substâncias psico-activas.

De acordo com Isabel Hapetian (1997) no geral, o sujeito apresenta-se em tratamento motivado por uma coação externa dos pares ou por razões que se prendem com a dificuldade do seu acesso às substâncias, sendo assim refere que na maioria dos casos, o toxicodependente só se trata se lhe forem “cortadas” ou restringidas as alternativas que alimentam a sua toxicodependência. Neste sentido Miguel (n.d), menciona que para colmatar este problema em 1977 abriram os primeiros centros criados pelo estado português para responder à toxicodependência, um no norte, outro no centro e também um no sul. Segundo o autor, a toxicodependência tem-se agravado em Portugal, tendo alguns momentos de maior mudança.

Referindo, que no início dos anos 80, com a difusão da técnica de fumar heroína que anteriormente só era utilizada por via endovenosa, houve um aumento do número de consumidores, talvez na sua opinião por dar um aspecto aparentemente mais inocente à iniciação do consumo desta substância. Consequentemente, com o aumento dos consumidores surgiu também uma maior visibilidade na extraordinária procura dos tratamentos a partir de 1986. Outro momento de mudança de acordo com o autor, surge em 1984, quando o tráfico deixa de ser um tráfico de rua quase clandestino, e passa a ser um tráfico instalado, de porta aberta, nos bairros degradados. Posteriormente, nos anos 90, surge outro momento de mudança, quando as drogas de síntese, como o ecstasy e os ácidos, entram em força principalmente nas discotecas e nas festas denominadas “raves”. Ultimamente, refere que só recentemente todas as capitais de distrito estão cobertas de centros de tratamento de toxicodependentes. Mas para chegar a isso, houve problemas complicados, como por exemplo, dificuldade em arranjar casa numa cidade para instalar um centro de tratamento de toxicodependentes e movimentos da população contra a instalação de centros de tratamento de toxicodependentes. De acordo com este médico existem lacunas graves nas áreas metropolitanas de Lisboa, Porto e Algarve, onde alega que existem ainda listas de espera de meses para obter uma consulta. Referindo, que tem ouvido falar da necessidade do tratamento obrigatório para os toxicodependentes, do tratamento compulsivo, mas que o que observa, são toxicodependentes que pedem uma consulta, e não a têm. Deste modo, menciona que, não há ainda hoje, uma rede adequada de internamentos de desabilitação, e que só desde há pouco tempo é que a rede de comunidades terapêuticas é mais ou menos razoável.

Para Patrício (2002) ainda surgem outros obstáculos subjacentes ao tratamento, tais como, os técnicos que propõem aos doentes e as suas famílias, numa primeira consulta, um horizonte de cura com um contrato de tempo de internamento que pode oscilar entre as horas, alguns dias, semanas, três meses, seis meses, etc. Realidade esta que de acordo com o autor não é possível de garantir e que põe em causa a seriedade de alguns técnicos que praticam este tipo de intervenções com os seus doentes. Segundo Patrício (2002), estes contratos de tempo, quando implicam elevados custos financeiros e quando são pagos antecipadamente, podem tornar-se num equívoco psicológico e financeiro para quem os assume. Neste sentido o autor revela que por razões mais ou menos compreensíveis, o doente pode abandonar subitamente um projecto de tratamento. Sendo este risco maior quando a sua admissão foi realizada apressadamente, sob pressão, sem ter sido elaborado o desejo desse tratamento concreto.

Deste modo Patrício (2002) refere que ao pagar antecipadamente todo um programa é sempre um grande risco de não reaver o investimento financeiro, se tal não estiver previamente previsto, deste modo a forma correcta seria que o doente e a sua família estejam informados das regras contratuais, para melhor decidirem. Noutra perspectiva, mas ainda em relação aos tratamentos Miguel (n.d), faz uma comparação interessante entre a toxicodependência e a tuberculose, onde revela que houve em relação a tuberculose uma maior mobilização, referindo os dispensários antituberculosos, os grandes sanatórios construídos, interrogando-se: “mas como é que em relação à tuberculose isto foi possível, e isto não é possível hoje em relação a toxicodependência, que aparentemente tanto nos preocupa?”

Outro facto enunciado pelo médico é que nas prisões todos os decretos têm previsto desde há mais de dez anos, zonas especiais de tratamento para toxicodependentes. Mas na verdade refere que só existem alguns estabelecimentos prisionais com estas zonas especiais de tratamento. Alega ainda a falta de existência de programas de substituição nas prisões e que nalguns estabelecimentos prisionais ainda “hoje” é impossível pensar em qualquer tratamento sério da toxicodependência, alertando para o facto de não existir condições para um toxicodependente preso se tratar. Nesta linha de ideias o Relatório Anual de 2009 sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na Europa (EFDE), na maioria dos países é teoricamente possível continuar ou iniciar o tratamento de substituição nas prisões, o que na prática por vezes é difícil. Tendo em conta o número de consumidores de droga existentes nas prisões europeias, urge aumentar as oportunidades de todos os tipos de tratamento neste contexto. De acordo com este relatório o plano de acção da U.E. reconhece esta necessidade, mas continua a ser

negligenciado na maioria dos países. No panorama geral de acordo com o Relatório (2009), os serviços ao dispor dos consumidores de droga na Europa estão cada vez mais diversificados. Referindo que as intervenções de redução dos danos e de tratamento estão crescentemente interligadas e são oferecidas pelos mesmos prestadores. Não obstante a importância da reintegração social ser amplamente reconhecida, de acordo com o relatório, neste domínio ainda está pouco desenvolvido e os toxicodependentes continuam a ter grande dificuldade em encontrar emprego e uma habitação adequada, bem como em desenvolver actividades que não estejam relacionadas com a droga. Os maiores avanços de acordo com o Relatório Anual de 2009, verificaram-se no domínio do tratamento de substituição dos opiáceos, em que a população tratada rondava os 650.000 utentes e tendia a crescer.

Contudo, o Relatório refere que na Europa oriental apenas existe uma pequena percentagem que contribui para este todo, o que revela uma necessidade de expandir estes serviços em alguns países. Outro aspecto referido tem a ver com o envolvimento dos médicos de clínica geral, ou seja, no facto de poderem contribuir para aumentar a oferta de tratamento, referindo neste sentido que a celebração de convenções com centros especializados, não só proporcionará apoio aos médicos de clínica geral, como também irá garantir a qualidade do tratamento. No caso de outras drogas que não os opiáceos, a disponibilidade dos serviços e de cuidados eficazes estão menos desenvolvidos na Europa. Contudo refere que o problema já foi reconhecido e começa a haver um número crescente de projectos de investigação e programas europeus relativos às necessidades de tratamento dos consumidores de estimulantes e de cannabis. Referindo ainda que os progressos no domínio das neurociências estão a contribuir para o conhecimento dos mecanismos biológicos da dependência, bem como começa, a facilitar a adopção de algumas abordagens inovadoras. Tais como uma vacina contra a cocaína, que já está a ser objecto de ensaio em grande escala na Europa. De igual modo, refere os avanços registados nas tecnologias de informação, que têm facilitado os programas de tratamento através da internet e a utilização de mensagens de texto, algo também inovador.

Ainda de acordo com o Relatório Anual de 2009, no ano de 2007 cerca de 400 000 consumidores de droga iniciaram o tratamento da toxicod dependência, sendo que menos de metade destes indivíduos estava pela primeira vez em tratamento. Na maioria dos pedidos de tratamento cerca de 86% foi apresentada em centros de tratamento em regime ambulatorio, esta percentagem, segundo o Relatório, aumentou nos últimos anos por diversas razões, nomeadamente a maior disponibilidade e diversificação do tratamento em regime ambulatorio.

Neste sentido, o Relatório menciona que as principais modalidades de tratamento na Europa são as intervenções psicossociais, a substituição de opiáceos e a desintoxicação.

Relativamente as intervenções psicossociais, estas prestam apoio aos consumidores que tentam controlar e superar os seus problemas de droga. Nestas intervenções existe o aconselhamento, o aumento de motivação, terapia comportamental, gestão de casos, terapia de grupo e familiar bem como a prevenção de recaídas. Quanto à desintoxicação de drogas, de acordo com o Relatório é uma intervenção a curto prazo, realizada sob vigilância médica, que visa resolver os sintomas de abstinência associados ao consumo crónico de droga, sendo prestado geralmente em regime de internamento. No que concerne ao regime ambulatorio de acordo com o Relatório, historicamente o tratamento da toxicoddependência era realizado na sua grande maioria em regime residencial e os destinatários eram na sua maioria consumidores de heroína. Tendo se alterado esta situação nas décadas de 1980 e 1990, com a rápida expansão do tratamento em regime ambulatorio e mais recentemente, com o número crescente de consumidores de cannabis e cocaína que procuram o tratamento. No que concerne às idades de acordo com o Relatório, em 2007 os opiáceos, principalmente a heroína, foram as drogas mais mencionadas pelos consumidores que iniciaram o tratamento em regime ambulatorio. Neste sentido refere que os consumidores de droga que iniciam o tratamento em regime ambulatorio são predominantemente jovens do sexo masculino e com idade em média dos 31 anos. Porém existe a referência que a proporção de homens é quatro vezes superior ao das mulheres.

Relativamente aos consumidores de cannabis são em média, muito mais jovens, com idades por volta dos 25 anos analogamente com o de opiáceos com 31 anos e de cocaína 33.

Quanto à via de encaminhamento para o tratamento de acordo com o Relatório Anual de 2009, a via mais frequente para os utentes que iniciam os tratamentos em regime ambulatorio é a iniciativa própria, que corresponde a cerca de um terço dos utentes e a via judicial que encaminha cerca de um quarto. Os restantes utentes são encaminhados através dos serviços sociais e de saúde, ou de redes informais incluído familiares e amigos.

No que concerne ao encaminhamento pelos hospitais e por outras fontes médicas é raro, excepto na Finlândia, onde corresponde a 25% dos utentes encaminhados. Neste sentido, também refere a Hungria, uma vez que mais de 70 % dos utentes são encaminhados pelo sistema judicial. Relativamente ao tratamento psicossocial em regime ambulatorio segundo o relatório de 2009, é sobretudo oferecido por instituições do sector público (16 países) ou por organizações não governamentais (10 países). De acordo com os peritos nacionais, este tipo de

tratamento está ao dispor da maioria das pessoas que o procuram, excepto na Bulgária, Estónia, Roménia e Turquia onde este tratamento está disponível apenas para menos de metade das pessoas que o procuram activamente.

Neste sentido no contexto nacional e de acordo com o Plano de Luta Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PLCDT), o alargamento do dispositivo de tratamento que ocorreu nos últimos anos na década de 90 aproximou-nos de condições de resposta satisfatórias, contudo muito havia ainda por fazer, nomeadamente nas grandes áreas metropolitanas, onde sediavam a maior parte dos problemas. Referindo deste modo que nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, ainda existe uma forte carência de oferta de tratamento. Apontando como solução a necessidade de criar mais estruturas de proximidade, criação de estruturas móveis ou amovíveis capazes de acompanhar os fluxos “migratórios” destas populações e o estabelecimento de novas parcerias com os Centros de Saúde e a Câmara Municipal. Por outro lado, alega que existem obstáculos com maior grau de dificuldade de resposta, nomeadamente nos consumidores de cocaína, álcool, cannabis e “drogas de design” que não se consideram dependentes, apesar de muitas vezes apresentarem sintomas físicos e psíquicos que ultrapassam o nível clínico. Deste modo, o PLCDT (2005-2012) refere que para além da disponibilidade das equipas dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes para o atendimento deste tipo de utilizadores, há que criar respostas sentidas como menos estigmatizantes, com o apoio, a título de exemplo, dos Centros de Saúde ou de estruturas de apoio a jovens como o Instituto Português da Juventude (IPJ) e os gabinetes de apoio à juventude das Câmaras Municipais.

Desta forma segundo o Plano, qualquer estratégia de luta contra a droga não terá possibilidades de sucesso enquanto existirem constrangimentos em termos de acessibilidade, tais como as dificuldades de acesso físico, as listas de espera à entrada, as dificuldades na inclusão em programas de substituição. Por isso, considera ser um objectivo prioritário a eliminação desses constrangimentos. Considerando igualmente imprescindível que o acesso a todos os programas de tratamento esteja disponível em meio prisional, uma das questões que foi enfatizada na “Estratégia” e que não foi concretizada.

Na óptica do tratamento, o plano aponta que os três objectivos gerais, são a garantia a toda a população que o deseje, o acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas, disponibilização de uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados.

TOXICODEPENDÊNCIA E CRIME

De acordo com Agra (1997), o coração do toxicodependente delinquentes está na droga e não está, nem no mundo social, nem no mundo anti-social. Segundo o autor, as vinculações que mantém com estes dois mundos acontecem, apesar dele. Sendo-lhe necessárias e úteis, deste modo coloca-as ao serviço do seu projecto, do jogo consigo mesmo, pela mediação da química psicotrópica. De acordo com o autor, contrariamente ao estilo delinquentes, o crime não é, de modo algum, o atractor do sistema de vida toxicomaniaco, os comportamentos desviantes de tipo criminal iniciam-se no espaço doméstico e só progressivamente se alargam à vizinhança e depois a desconhecidos. A sua vontade de normatividade traduz-se, sobretudo, em sucessivas tentativas de tratamento e reinserção social. Neste sentido, o autor revela que talvez por isso o sistema penal seja tolerante com ele. Neste contexto, ao fazer referência ao “especialista da droga crime”,

Agra (1997) refere que este deseja voluntariamente a vinculação social, mesmo nos ciclos mais evoluídos da sua trajectória, ou seja procura manter a ligação à família e ao trabalho, ainda que de modo irregular. Explicando que as suas ligações ao mundo desviante são utilitárias, tendo em conta que visam uma melhoria mágica das condições de vida convencionais. Deste modo de acordo com o autor, o tráfico, a receptação e, secundariamente, o roubo são os meios por estes escolhidos para alimentar os projectos de ostentação de bens materiais. Por isso, a sua conduta não é auto-avaliada negativamente, bem pelo contrário. O “especialista da droga-crime” não se representa nem como delinquentes, nem como toxicodependente. Na sua itinerância desviante não se afilia facilmente, ou seja, prefere habitar, solitário, a fronteira de dois mundos, o da sociedade normal e o das culturas desviantes. Segundo o autor, o indivíduo, deste sistema de vida desviante é aquele que detém maior poder sobre os seus actos, sobre o consumo de drogas, sobre a sua actividade criminal e sobre os seus contextos de vida. Para demonstrar isso refere o facto de o “especialista da droga-crime” ser aquele que verifica um período mais curto entre o consumo das drogas e a primeira tentativa de tratamento. Estando atento aos perigos que a dependência pode trazer aos seus projectos, evita-a a todo o custo e permanece períodos mais longos no consumo de drogas leves, interrompendo o consumo de drogas duras ou usando-as moderadamente, tentando rápidas desintoxicações quando se torna dependente.

De acordo com Agra (2007), o indivíduo deste sistema de vida gosta de drogas, gosta de dinheiro e de o investir, contrariamente ao toxicodependente/ delinquentes, cujo projecto de vida

é o prazer imediato causado pelo consumo das substâncias psicoactivas e também ao invés do delinquentes toxicodependente, cujo projecto consiste no esbanjamento imediato dos ganhos económicos da sua actividade criminal.

Neste sentido Agra (1997), alega ainda que o discurso dos três tipos de actores da formação droga crime se diferenciam. Referindo que os delinquentes toxicodependentes apresentam um discurso pouco elaborado, simples, pobre de vocábulos, pouco coerente, de “intencionalidade desculpante”. Quanto ao toxicodependente delinquentes, descreve que este apresenta um discurso mais elaborado e coerente, onde através dele manifesta a expressão da culpabilidade, mas, ao mesmo tempo, converte-o numa arte de manipular e demonstrando assim que recebe a estigmatização social. Por fim, a enunciação do especialista da droga crime, refere que este investe na forma de pretensão sábia, abandona os conteúdos a um fundo de incoerências e contradições. Concluindo, que a intencionalidade de tal forma de discurso reside na sua auto-valorização e na sedução manipulatória própria do seu carácter ambíguo.

Na óptica de Pierre Kopp (1997), a relação da droga crime poderá ser vista do seguinte modo; a droga é cara e os toxicómanos recorrem à delinquência para aumentarem os seus rendimentos. Aludindo que quando a repressão endurece, os preços sobem, via elasticidade de procura, o que leva a uma diminuição sensível do consumo mas a fracção dos consumidores que permanecem no mercado tende a aumentar a sua actividade criminosa para enfrentar a alta dos preços. No que concerne a prática do crime, Oliveira (2006) aduz que, as pessoas são capazes de estimar as sequelas de diversas alternativas de acção e de estimar a probabilidade da sua ocorrência, ou seja, a decisão do indivíduo de cometer ou não uma infracção às leis é estimada nos ganhos e nas perdas associadas à sanção legal que são equacionados com a probabilidade subjectiva de que essa sanção venha a ocorrer. De acordo com MacCoun, (1993 citado em Oliveira 2006), no caso específico das drogas, as leis e as sanções legais visam, sobretudo, prevenir o consumo. Alegando que a interdição legal pode potencialmente reforçar as normas sociais contra o uso de drogas, contudo refere a possibilidade de poder também gerar um efeito oposto de “fruto proibido” apesar de não estar suficientemente testado empiricamente.

Neste sentido Oliveira (2006) constata, ao fazer referência a um estudo comparativo dirigido por Cesoni (2000) em sete dos principais países da Europa ocidental (Alemanha, Espanha, França, Grã-Bretanha, Itália, Holanda e Suécia), a ausência de um laço de causalidade entre o estatuto jurídico e a evolução do consumo. De acordo com este estudo, para o autor, a

variação das tendências de consumo depende de factores que se afiguram como independentes da legislação existente em cada país e da forma como a lei é aplicada. Oliveira (2006), ao referir o Relatório de 2001 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT 2001), refere também que os países com políticas mais liberais no domínio das drogas e os que têm uma abordagem mais restritiva não se diferenciam. A conclusão deste Relatório inscreve-se na linha dos estudos que têm vindo a ser analisados, onde continua a não ser claro o impacto das políticas nacionais no domínio das drogas sobre a prevalência de consumo de droga, especialmente, sobre o consumo problemático de drogas.

Neste sentido, Jorge Oliveira (2006) refere que as leis das drogas nos mais variados países tendem a incorporar possibilidades diversas de aplicação de disposições terapêuticas, ou seja, a aplicação das leis pode facilitar o tratamento dos consumidores detectados, uma vez que as sanções (ou a possibilidade de serem aplicadas) podem ter como principal finalidade servir como alavanca terapêutica. Por outro lado, o contacto com o sistema legal, através de diversas formas de diversão jurídica ou mesmo policial, serve de ponte para o tratamento dos consumidores, particularmente dos dependentes. De grosso modo, a tutela legal contribui para a execução adequada desses tratamentos e a apreensão dos consumidores de drogas providencia, assim, uma oportunidade para reduzir o uso de drogas (e a delinquência futura) através do tratamento.

Numa outra perspectiva, anteriormente abordada, Morel *et al* (2000) aduz que o direito penal é incapaz para fazer diminuir os consumos de drogas e para prevenir toxicomanias. Esta constatação, segundo o autor, é inegável porque a lógica da severidade crescente para com o consumo de drogas não impediu a extensão do fenómeno. Ao indicar Cesoni (2000), refere que, enquanto de acordo com cada país as legislações foram alternadamente endurecendo e por vezes abrandando, todas as comparações mostram que é impossível inferir uma diferença significativa de incidência dos consumos e dos abusos de drogas segundo a gravidade das perseguições em que os consumidores incorrem.

TOXICODPENDÊNCIA E INFORMAÇÃO

De acordo com Patrício (2002), há que pensar como diminuir a incidência dos riscos junto de todos os consumidores, ocasionais ou regulares e junto das suas famílias. Deste modo segundo o autor os consumidores que estão dependentes e o seu meio envolvente devem ter

conhecimento de como evitar mais riscos e de como diminuir ou anular os sofrimentos, as sequelas em suma os danos já causados. Neste sentido o autor refere que a informação adequada pode ser uma mais-valia para que não se agrave mais as situações, e que a ignorância é uma má companhia.

Deste modo, salienta que é necessário reflectir sobre este tema com as pessoas que estão em tratamento e que frequentam instituições de saúde, sempre que o seu nível de informação ainda esteja aquém do que é necessário. De acordo com este autor, sem informação, ou seja na ignorância, não desenvolvemos as capacidades para propor e criar as condições internas e externas, que possam dissuadir o agravamento de riscos. Sendo assim, existe a necessidade de insistir na difusão de informações sobre os riscos directos e indirectos, inerentes ao uso de drogas (Patrício 2002). Pelo que estas informações devem ser criteriosamente trabalhadas e devendo chegar ao cidadão comum, aos jovens não consumidores de drogas, às famílias e aos consumidores de drogas. Porém alerta para o facto de que a difusão dessas informações, na sua forma e conteúdo, devem respeitar em absoluto o contexto sócio-cultural de cada grupo alvo, no sentido de evitar efeitos não desejados.

POLÍTICAS SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA

De acordo com o Relatório Anual de 2009, o tráfico de droga foi uma das questões focadas nos debates políticos internacionais, a questão da redução de danos também foi das questões mais importantes focadas nestes debates, onde se abordou a situação jurídica de duas importantes intervenções neste domínio, a troca de seringas e agulhas e o tratamento de substituição. Outro dos temas abordados passa pela adopção e avaliação das recentes estratégias e planos de acção nacionais de luta contra a droga, os novos dados e tendências em matéria de despesa pública relacionada com a droga e a evolução da investigação relacionada com a droga na Europa. Neste sentido, no que concerne a evolução política internacional na U.E, a posição da Europa sobre a política das Nações Unidas em matéria de droga foi expressa num documento de posição comum elaborado pelo Conselho da União Europeia. Neste documento, era evidenciando a importância da saúde pública como princípio primordial do sistema internacional de controlo da droga e a necessidade de coerência entre os organismos das Nações Unidas, designadamente o *Inland Northwest Blood Center (INBC)*, *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*, Organização das Nações Unidas – Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida (ONU-SIDA) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse documento, foi exortado a necessidade de uma política global, integrada e equilibrada no domínio da droga, com maior peso da redução da procura de droga e a inclusão da redução de danos.

Neste sentido, foi referido que o direito à saúde fosse um elemento fundamental dessa nova política e que a formulação de políticas em matéria de droga fosse cientificamente fundamentada. Deste modo, as acções que os Estados membros das Nações Unidas se comprometeram a executar na próxima década em termos de redução da procura de droga, passam pelo maior respeito pelos direitos humanos, maior acessibilidade dos serviços e uma atenção acrescida aos grupos vulneráveis (Relatório Anual de 2009). Também é exigido um maior equilíbrio nas políticas de luta contra a droga, a favor da redução da procura, bem como a execução de intervenções cientificamente fundamentadas e a utilização de mecanismos de controlo e garantia da qualidade.

Contudo, o documento das Nações Unidas não reconhece explicitamente o contributo da redução de danos, uma abordagem que na Europa tem sido promovida sob apertado controlo científico. Relativamente ao mercado mundial de drogas ilegais, um novo estudo revelou que não foram encontrados indícios de que o fenómeno mundial da droga se tenha reduzido entre 1998 e 2007. Referindo neste sentido que de acordo com o estudo apesar de ter diminuído em alguns países, noutras agravou-se e em alguns casos substancialmente. Revelando igualmente que os mercados de drogas ilegais não estão verticalmente integrados, nem são dominados por grandes traficantes ou carteis de droga. E que embora se estime que as vendas de drogas ilegais geram mais de 100 mil milhões de euros, a grande maioria das pessoas envolvidas no tráfico auferem rendimentos modestos. Porém alega que alguns indivíduos fazem grandes fortunas, mas estas apenas representam uma pequena percentagem do rendimento total. Outro aspecto relevante que o estudo demonstrou foi o facto de considerar que a aplicação da proibição da droga causou danos substanciais e involuntários, tais como a deslocação geográfica da produção e do tráfico.

Relativamente ao plano de acção da U.E., verificou-se de acordo com o Relatório que se tinha constituído uma mais-valia em três vertentes, visto que, existiu um maior comprometimento dos Estados-Membros e instituições da U.E. na consecução de objectivos comuns, no estabelecimento de um quadro para a coordenação e o desenvolvimento de uma abordagem coerente no domínio da droga e como modelo político a nível internacional. Deste modo, o Plano de acção da U.E. de luta contra a droga 2009- 2012 tem como objectivo global, reduzir significativamente a prevalência do consumo de droga e os danos sociais para a saúde

causados pelo consumo e pelo tráfico de drogas ilegais. De acordo, com o novo Plano de acção da U. E., são identificadas cinco prioridades fundamentais, sendo estes, a melhor coordenação, cooperação e sensibilização dos cidadãos, redução da procura de droga, redução da oferta de droga, aumento da cooperação internacional e melhor compreensão do problema. Neste sentido, segundo o Relatório de 2009, este novo plano é mais concentrado do que o seu antecedente, ou seja, tem cerca de metade dos objectivos e um menor número de acções. Introduzindo também um avaliador externo e independente que em 2012 fará a respectiva avaliação final do plano e da estratégia.

De acordo com Maria Gomes (2006), a imagem anual do OEDT sobre a situação de cada um dos países europeus em matéria de drogas e toxicod dependências não têm sido muito favorável para Portugal. Referindo que neste campo, como noutros, a sociedade portuguesa revela atrasos estruturais em relação aos restantes países da Europa. Deste modo a autora explica que os dados estatísticos têm revelado uma dupla condição, onde, por um lado, são revelados traços de avançada modernidade e desenvolvimento económico, social e cultural que assemelham a sociedade portuguesa às mais desenvolvidas da Europa mas, por outro, onde encontram-se ainda muitas vezes em simultâneo situações de atraso que nos colocam sempre em posições de grande fragilidade, como por exemplo, nos níveis de escolarização e de literacia, nas taxas de pobreza, nas taxas de abandono e insucesso escolar, no investimento em I&D, na penetração e difusão do uso das novas tecnologias de informação e comunicação, nas taxas de produtividade e competitividade económica, entre outros. Alertando, que no campo das drogas e das toxicod dependências, encontramos elevados valores de prevalência de infecções por HIV/AIDS, elevados valores de prevalência de consumos problemáticos de drogas, em particular da heroína, associado a um crescente envolvimento nos consumos de drogas sintéticas e a uma iniciação cada vez mais precoce dos jovens nos usos de drogas. Ainda neste sentido, revela que Portugal possui uma das mais elevadas prevalências de consumos de drogas nas prisões e um número elevadíssimo de detenções e condenações relacionadas com drogas. Relatando que cerca de $\frac{3}{4}$ dos detidos estão presos por crimes relacionados directa ou indirectamente com o consumo de drogas, acompanhado ainda de consumos intravenosos de grandes proporções no interior dos estabelecimentos prisionais.

No que concerne a avaliação externa realizada à Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga 1999-2004, de acordo com Gomes (2006), muito ficou por fazer e muitos dos objectivos foram apenas parcialmente alcançados. De acordo com a autora, o problema das drogas em

Portugal está longe de encontrar uma resolução, e o facto de terem surgido nos últimos anos políticas descontínuas e desintegradas dificultou o alcance das metas delineadas para esta primeira etapa de intervenção na área da toxicoddependência. Contudo, refere que a Estratégia Nacional 2005-2012 evidencia a continuação do trabalho desenvolvido até aqui em termos de reforço das estruturas de tratamento e políticas de proximidade ao toxicoddependente, mas atribui um especial ênfase à prevenção, à investigação e à intervenção coordenada e integrada territorialmente, bem como à atenção a novas tendências de consumo.

Estas políticas de intervenção intermitentes, conjugadas com ciclos económicos de crise e dificuldades sociais, deixam a sociedade portuguesa com problemas sérios com que lidar no início deste novo século (Gomes 2006).

Analisando o Plano de Luta Contra a Droga e a Toxicoddependência 2005-2012 verificou-se que existem três grandes objectivos a implementar no espaço da U.E. até 2012. O primeiro é “atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social, complementando a acção dos Estados Membros em matéria de prevenção e redução do consumo de droga, da dependência e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde” (PNCDT 2005-2012: 3). O segundo objectivo passa por “garantir um elevado nível de segurança para o público em geral, adoptando medidas contra a produção de droga, o tráfico internacional de droga e o desvio de precursores e intensificar a acção preventiva contra a criminalidade relacionada com a droga através de uma cooperação eficaz alicerçada numa abordagem conjunta” (PNCDT 2005-2012:4). O terceiro objectivo visa “reforçar os mecanismos de coordenação da União Europeia de forma a garantir a complementaridade das medidas adoptadas a nível nacional, regional e internacional e assegurar que contribuem para a eficácia da política em matéria de droga dentro da União Europeia e nas suas relações com outros parceiros internacionais” (PNCDT 2005-2012:4).

De acordo com este plano, a estratégia da União Europeia concentra-se em dois domínios de acção, o da redução da procura e o da redução da oferta e em dois temas transversais, a cooperação internacional e a investigação, informação avaliação, atribuindo desta forma a coordenação da política para a droga da U.E ao Grupo Horizontal Drogas (GHD), cujas funções consistem na definição de uma política clara e coerente de luta contra a droga, a aprovar pelo Conselho.

Segundo o Plano, os princípios orientadores da Estratégia Nacional de Luta Contra Droga definidos em 1999 foram, na sequência do processo de avaliação desenvolvidos,

complementados com propostas de linhas de acção para 2005-2012. Deste modo, a intervenção passa pela centralidade na pessoa humana, bem como a parceria activa com a sociedade civil, a proactividade e políticas de proximidade, a prevenção no meio escolar e familiar, o reconhecimento do tratamento, a necessidade de planos de acção nacionais e sectoriais, de planos e respostas integradas, do combate ao tráfico, da eficácia na dissuasão, na construção de conhecimento, entre outros. De acordo com o PNCDT, na implementação desta estratégia e na sequência da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência com o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, do qual resultou o Instituto da Droga e da Toxicodependência, surgiram vicissitudes nomeadamente quanto à liderança do IDT. Isto levou a uma repercussão em toda a estrutura do Instituto que vieram a contribuir para uma desaceleração do ritmo de execução da Estratégia. Neste sentido, é o IDT que “desenvolve uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicodependência alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento e redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm neste domínio, apoiando o funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência, assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, acompanhando a sua aplicação” PNCDT (2005-2012:6).

No que concerne às competências do IDT, estas cobrem um espectro muito largo do todo que constitui a política nacional do combate à droga e à toxicodependência, visto que o desempenha as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que lhe forem cometidas pelo Ministro da Saúde. Deste modo, o IDT está claramente mais vocacionado para a intervenção no domínio da redução da procura, bem como ser impulsionador da sistematização do planeamento estratégico e da adequação do ordenamento jurídico com as estruturas que operam na área da redução da oferta, cabendo ao IDT promover a partilha de responsabilidades e optimização de sinergias com as estruturas de saúde que têm como objecto “cuidar” a população toxicodependente. Desenvolvendo também com as estruturas de outros ministérios estratégias integradas de intervenção em meio escolar, laboral, prisional, recreativo, entre outros.

No que concerne a avaliação da estratégia nacional 1999-2004, o PNCDT (2005-2012) refere que foi um exercício de avaliação de uma política pública, jamais levado a cabo em

Portugal de forma tão completa, ou seja, esteve sujeito a algumas limitações que importa referir, sendo estas a ausência de dados de 2004 para a maioria das áreas e programas em avaliação, falta de diagnóstico para alguns dos objectivos, limitações dos actuais sistemas de informação, elevado número de objectivos impostos no horizonte 2004, excessiva institucionalização e burocratização dos serviços governamentais, excessivo número de diplomas legais produzidos e a lentidão dos processos legislativos, problemas de coordenação e cooperação entre os diferentes serviços, limitações de envolvimento da sociedade civil, forte instabilidade institucional e restrições orçamentais em muitos dos serviços com responsabilidades de intervenção nesta área. Referindo nesta temática que quanto aos resultados mais significativos, na perspectiva da avaliação externa, dois dos maiores objectivos em termos de saúde pública foram atingidos, o objectivo 13, ou seja, o de suster e inverter a tendência de contaminação de toxicodependentes por HIV, Hepatites B e C e tuberculose e o objectivo 14, nomeadamente o de diminuir em 50% o número de mortes relacionadas com o consumo de drogas. Alegando ainda, o contributo recolhido para uma avaliação da qualidade dos serviços prestados na óptica do beneficiário através de um questionário que foi colocado à disposição dos clientes do CAT, como também foi dada uma oportunidade de participação à sociedade civil em geral, através de um questionário e de uma zona livre para comentários, disponibilizados no site de Internet do (PNCDDT 2005-2012).

No que concerne as recomendações para o futuro o PNCDDT (2005-2012), sugere oito, sendo estas: reorganizar e aumentar a abrangência do sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência, reduzir a oferta, aumentando a captura dos traficantes; desenvolver uma nova geração de iniciativas e de programas de prevenção com os municípios; melhorar os sistemas de redução de riscos e de minimização de danos através do desenvolvimento das linhas de acção já prosseguidas (programa de substituição, troca de seringas, campanhas pelo uso do preservativo, entre outros); enriquecer os serviços prestados em diversidade dos públicos-alvo e na regulação dos padrões terapêuticos, melhorando também os sistemas de acompanhamento e avaliação; lançar um novo espectro de iniciativas para reduzir o estigma social da droga junto dos empregadores e promoção da reinserção social e laboral; reorganização do IDT e estabelecimento de novo modelo de cooperação interministerial; clarificar prioridades para os esforços de formação e de investigação, passando a potenciar melhor os seus resultados.

No que respeita à síntese do processo avaliativo a nível interno segundo o mesmo Plano existiu alguns pontos fracos relativos ao funcionamento dos serviços, que importa destacar,

nomeadamente: insuficiência de regulamentação que permitisse uma maior definição dos critérios de avaliação, acompanhamento e financiamento de programas e projectos; falta de indicadores objectivos e verificáveis, de harmonização das práticas e procedimentos em diversas áreas de intervenção e de “diagnósticos participados” como instrumento de partida para o planeamento das intervenções; dificuldade de respostas articuladas e geograficamente abrangentes, sobretudo para situações que fogem aos perfis mais habituais de utentes dos diferentes subsistemas; dificuldade de potenciação da articulação intra e interinstitucional no plano de uma intervenção integrada, permitindo racionalizar recursos e meios; insuficiência da formação específica dos técnicos de proximidade e dos técnicos supervisores de programas e projectos (PNCDT 2005-2012).

De acordo com Miguel (n.d), não temos sido capazes de criar estruturas adequadas a esta variedade de populações e, que não temos sido capazes, particularmente, de responder aos mais marginalizados. Nem no acesso fácil às consultas e aos tratamentos, que considera imprescindível, bem como nos meios de apoio desses tratamentos, particularmente nos meios de apoio social. Referindo que o problema da droga não se resolve, com a inversão da política, mas sim com a complementaridade de estratégias diversificadas e referindo que nenhuma estratégia, seja qual for, será eficaz se não houver uma vontade política de a pôr em prática.

Por outro lado, de acordo com o PNCDT (2005-2012) também existiu alguns pontos fortes, tais como: evolução na qualidade da intervenção, através da consistência e estruturação de intervenções planeadas com carácter regular e continuado no tempo, permitindo a difusão nacional e internacional de projectos e programas considerados “boas práticas”; expansão dos serviços prestados em diversas vertentes bem como evolução na disponibilização e no acesso ao conhecimento técnico e científico na área das toxicodependências; abertura e envolvimento dos parceiros de autarquias e sociedade civil, na promoção de projectos estruturantes de intervenção, numa lógica de desenvolvimento de competências partilhadas e adequadas aos diferentes contextos; promoção do encaminhamento para respostas adequadas e garantia de acesso a tratamento a todos os que o procuram.

No contexto geral, da actuação dos serviços foram identificadas algumas ameaças tais como: maior penetração do consumo de substâncias psico-activas, sobretudo no meio juvenil; vulnerabilidade às oscilações políticas governamentais, autárquicas e institucionais; dificuldade na cobertura geográfica dos serviços, de forma a promover a disponibilidade das respostas

adequadas às necessidades dos clientes; aumento da visibilidade e diversidade de perfis de consumos que exigem novas respostas (PNCDT 2005-2012).

TOXICODEPENDÊNCIA E COORDENAÇÃO

Relativamente à coordenação, o Plano (2005-2012) refere que nos últimos anos, a deficiente gestão dos diferentes níveis de coordenação exigíveis nesta área, não só introduziu factores de perturbação no trabalho técnico de terreno, como igual modo, dificultou a execução da estratégia nacional de luta contra a droga em muitos dos seus âmbitos. Considera, identicamente fundamental investir numa coordenação que propicie intra e interinstitucionalmente uma adequada e eficiente consecução deste plano. Relatando que a reorientação da coordenação desenvolver-se-á em quatro níveis sendo estes: Coordenação interna, coordenação intra-ministerial, coordenação interministerial e a coordenação externa. No que concerne à coordenação interna, esta estará no âmbito do IDT e será dada especial atenção à reorganização das funções dos seus profissionais e competências dos seus departamentos. Sendo também dada atenção a desconcentração e descentralização de competências nos níveis regional e locais visto como uma forte aposta para tentar adequar e melhorar à missão do IDT.

No que respeita à coordenação Intra-ministerial com outras estruturas do Ministério da Saúde, será essencial investir numa articulação efectiva entre os diferentes serviços do Ministério da Saúde, de modo a desenvolver um verdadeiro trabalho intersectorial. Segundo esta coordenação o IDT não pode, assumir-se como o Sistema Nacional de Saúde para as pessoas toxicodependentes mas, sim, como parte de um sistema prestador de cuidados e numa óptica integrada de variados saberes e competências. Deste modo, será também criado um fórum de discussão, promoção e avaliação das várias intervenções do Ministério da Saúde nas áreas de prevenção, redução de riscos, minimização de danos e tratamento, tendo como objectivo a redução dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas ou ilícitas.

Quanto à coordenação Interministerial, a estratégia passa por instituir a necessidade de um sistema de coordenação política, que seja simples e eficaz. Sendo assim, o IDT de acordo com os seus estatutos tem competência para desempenhar as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que lhe forem atribuídas pelo Ministro da Saúde. Bem como ter indispensáveis articulações com estruturas pertencentes a outros ministérios, não só a nível da recolha, tratamento e divulgação de dados, mas também ao nível

da articulação e condução de políticas. Neste sentido, o Plano refere que o IDT terá também natural apetência para influenciar estratégias de intervenção em meio prisional, em meio escolar ou em meio laboral, sentirá também a necessidade de aperfeiçoar novas formas de colaboração com a segurança social ou o instituto de emprego e formação profissional, entre outros.

Deste modo será criada uma comissão técnica, onde poderão ser criadas subcomissões com vista ao acompanhamento, dinamização e avaliação do desenvolvimento, quer da Estratégia, quer do Plano Nacional (PNCDT 2005-2012).

Por fim, na coordenação externa será necessária uma ampla mobilização social, educativa e cívica. Para esse efeito será fundamental o contributo de toda a sociedade civil organizada, sendo desejável neste sentido, uma participação activa e coordenada de individualidades e entidades de todos os sectores da sociedade. Segundo o PNCDT a participação de instituições da sociedade civil, designadamente, entidades privadas e de solidariedade social, foi desde sempre entendida como fundamental para complementar a rede pública de tratamento e, ultimamente, também para assegurar respostas no âmbito da redução de danos, prevenção e reinserção. Salientado a importância na oferta de comunidades terapêuticas e unidades de desabilitação, mas de igual modo, nos apartamentos de reinserção, centros de dia, planos municipais de prevenção, equipas de rua, centros de apoio, de abrigo e de acolhimento entre outros. No entanto, de acordo com o Plano, nos últimos anos a oferta na área do tratamento tem-se revelado excedentária, em especial no que diz respeito às comunidades terapêuticas, frustrando deste modo, algumas expectativas de retorno de investimentos em meios humanos e financeiros já realizados.

Neste sentido, a forma de otimizar esses investimentos passa pela reconversão de algumas dessas unidades em respostas dirigidas a determinadas populações específicas tais como: adolescentes, mães com filhos pequenos, toxicodependentes de idade avançada, casos de duplo diagnóstico. De igual modo, também é referida a necessidade de encontrar soluções para determinadas minorias, como os cidadãos oriundos de países de leste, africanos ou de etnia cigana, ocorrendo às suas necessidades e condições específicas (PNCDT 2005-2012).

TOXICODEPENDÊNCIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A cooperação internacional assume especial importância devido à configuração do problema da droga, como fenómeno de dimensão transnacional, multifacetado, que não é passível de uma abordagem estritamente nacional. De acordo com PNCDT as prioridades em matéria de cooperação internacional para o período 2005-2012 são: a coordenação, as relações multilaterais e as relações bilaterais. No âmbito da coordenação, é considerado fundamental aumentar a capacidade de influenciar as decisões tomadas nas várias instâncias internacionais e regionais de cooperação melhorando, assim, a eficácia da intervenção nacional.

Deste modo, pretende criar condições que favoreçam a convergência de posições entre os diferentes ministérios em matéria de luta contra a droga, de modo a permitir uma acção articulada na defesa das posições que reflectem o interesse nacional. No que respeita, às relações multilaterais, segundo o Plano é necessário fortalecer a participação portuguesa na construção da política europeia sobre drogas, considerando necessário promover a presença activa de Portugal no contexto das Nações Unidas; fortalecer as relações com o grupo Pompidou do Conselho da Europa; reforçar as relações de colaboração/cooperação com os países Africanos de língua oficial Portuguesa (PALOP); assegurar a plena cooperação/colaboração com organismos comunitário e internacionais; assegurar o cumprimento das obrigações do estado português junto do OEDT; promover o desenvolvimento da cooperação com as estruturas da redução da procura de outros países; adoptar estratégias e medidas que contribuam para o reforço do papel da Europol no combate ao tráfico internacional e organizado de estupefacientes; organizar e executar acções e assegurar a participação activa nas actividades de controlo da fronteira externa comunitária; a nível operacional e na troca de informações; desenvolver e participar em actividades de cooperação e intercâmbio com outros países ao nível do controlo da fronteira externa da União Europeia e países terceiros ao nível do controlo da importação, entre outros (PNCDT 2005-2012).

Relativamente às relações bilaterais, é necessário consolidar e reforçar as estruturas de prevenção e investigação do tráfico internacional de estupefacientes instaladas nos aeroportos nacionais, de forma a potenciar a cooperação com os países de origem e de destino dos produtos estupefacientes que sejam detectados; consolidar a rede de oficiais de ligação da Polícia Judiciária no estrangeiro; consolidar e incrementar o intercâmbio de informações entre os diversos países da União Europeia; consolidar as relações de cooperação bilateral com Espanha, no âmbito dos acordos bilaterais existentes, quer no que respeita à redução da procura, em

matéria de prevenção e tratamento, quer na redução da oferta, reforçando a cooperação policial; intensificar a cooperação policial com a Holanda, especialmente ao nível da troca de informação de carácter operacional; reforçar as relações de colaboração e cooperação com os países da América Latina e Caraíbas; implementar medidas e acções tendentes a reforçar a cooperação policial com a Venezuela, Brasil, Cabo Verde e Guiné-Bissau; entre outros (PNCDDT 2005-2012).

PARTE II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

PERTINÊNCIA DA ESCOLHA DO ESTUDO

A abordagem desta temática e o interesse nesta área de investigação surgiu em primeiro lugar com os temas propostos no âmbito do Mestrado em Administração da Justiça, deste modo, ao verificar que uma das áreas de investigação prendia-se com a toxicodependência, optei por esta área de estudo. Esta escolha não foi feita ao acaso, este tema começou a despertar a minha curiosidade, há já algum tempo enquanto voluntário no Banco Local de Voluntariado de Braga. No decorrer desse voluntariado, deparei-me com algumas das dificuldades que iam surgindo com os toxicodependentes e com os voluntários que trabalhavam com este grupo específico. Neste sentido, de igual modo ao realizar outro trabalho de voluntariado no Centro de Acolhimento Temporário na Cruz Vermelha, deparei-me com a mesma situação e desta vez com as dificuldades que os técnicos em conversas informais iam transmitindo-me. Nesta ordem de acontecimentos, observei e apercebi-me da importância das políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência.

De igual modo, foi aumentando o meu interesse pessoal nesta população, que por opções nas suas vidas, caíram no submundo da droga. E que com essa sua opção foram muitas vezes, postos à parte de tudo e de todos, sendo rejeitados pelas suas próprias famílias e pela maioria da sociedade. Cabia muitas vezes, às instituições e ao poder político, a tomada de medidas e soluções que podiam dar algum conforto e equilíbrio na vida destes indivíduos.

Em segundo lugar, através do contacto que ia tendo com este grupo de indivíduos fui apercebendo-me de algumas dificuldades que surgiam com o próprio tratamento, quer no desenrolar deste processo, quer após a conclusão do mesmo. Interroguei-me muitas vezes o que poderia explicar ou determinar o sucesso ou não destes tratamentos e o que levava estes indivíduos após um tratamento a recair.

Neste sentido, despertei a minha curiosidade e a manifesta intenção de responder a estas minhas dúvidas, encontrando neste projecto e através da investigação desta temática, uma pequena solução, com o intuito modesto de poder contribuir de algum modo na solução do problema da droga e na vida destes indivíduos.

METODOLOGIA DO ESTUDO

Podemos definir como método, a forma de proceder ao longo de um caminho. Neste sentido de acordo com M. Lakatos & A. Marconi (1989) na ciência são os métodos que constituem instrumentos básicos que ordenam de início o pensamento em sistemas e traçam de um modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para poder alcançar um objectivo.

Deste modo a metodologia indica as normas e os critérios que podem ser utilizados, funcionando como quadros de referência para validar a investigação. Neste sentido, e de acordo com M. Pinto & F. Almeida (1990) podemos definir como a constituição das práticas de investigação, ou seja, a maneira em que o investigador irá organizar, definir e justificar a sua pesquisa, e como serão abordados os problemas e as respostas que advêm do processo de investigação.

TIPO DE DESIGN

O tipo de design a ser utilizado neste trabalho é um estudo transversal para o caso de Braga. Este estudo foi realizado durante o ano de 2010 e contou com a colaboração do Centro de Acolhimento Temporário da Cruz Vermelha, o IDT, a comunidade terapêutica do Outeiro e as valências do Projecto Homem do concelho de Braga.

PERGUNTA E ARGUMENTO

A questão que nos levou a partir para este estudo foi a seguinte:

Quais os factores determinantes para a continuação dos toxicodependentes em programas de políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência?

Após a compreensão multidimensional deste fenómeno da toxicodependência, procurei compreender as relações entre as políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência e os factores que determinam a continuação da participação nestes programas por parte dos toxicodependentes.

MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS

O método de recolha de dados utilizado foi o inquérito por questionário, que consiste numa interrogação sistemática de um amplo conjunto de pessoas, por regra representativos de uma dada população, com o intuito de explorar e observar o seu comportamento e percepções.

Neste sentido, o inquérito por questionário foi aplicado a uma amostra de participantes que estavam em programas de intervenção em toxicodependência na cidade de Braga. Esta recolha de dados foi efectivada nas três valências da comunidade terapêutica do Projecto Homem de Braga, no Centro de Acolhimento Temporário da Cruz Vermelha, e em pré-teste na clínica do Outeiro de Viana do Castelo. Esta escolha pelas comunidades não foi realizada ao acaso, mas sim pelo motivo, de uma maior facilidade de acesso aos dados e pelo limite de tempo que a natureza deste projecto assim implica.

Os elementos que responderam ao questionário foram todos aqueles que se encontravam nestas comunidades e que na sua história de vida, tinham realizado pelo menos dois tratamentos à sua toxicodependência.

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O nosso questionário (ver o seu conteúdo em Anexo), é constituído pelas 19 questões seguintes:

Questão 1 – *“Onde já realizou um Programa de Tratamento da sua Toxicodependência?”* – Nesta, pretende-se saber em função do local de tratamento, o número de vezes em que o utente o fez e a duração do mesmo tratamento;

Questão 2 – *“Foi lhe ministrada informação suficiente por parte dos técnicos sobre o Programa de Tratamento que iria realizar?”* – As respostas possíveis são “sim” ou “não”;

Questão 3 – *“Como tomou conhecimento sobre o Programa de Tratamento que realizou?”* – O objectivo é o de saber porque canal tomou conhecimento dos Programa, isto é, se foi por

amigos, técnicos, ou outras formas possíveis de obtenção do conhecimento dos Programas aludidos;

Questão 4 – “*Já abandonou algum Programa de Tratamento?*” – As respostas admissíveis são o “sim” ou “não”;

Questão 5 – “*Quais os motivos que o podem levar a abandonar um Programa de Tratamento?*” – Trata-se de uma questão cujas respostas são do tipo “*discordo*” ou “*concordo*”, variando numa escala entre estes dois extremos que, em valor, oscila entre um (“*discordo totalmente*”) e 5 (“*concordo totalmente*”). WEngloba um elenco de respostas possíveis como sejam regras de tratamento, horários do local de tratamento, ter de pagar este tratamento, nomeadamente;

Questão 6 – “*O que pode levar a recair no consumo de drogas?*” – A resposta é do tipo “sim” ou “não”, a partir de uma plêiade de causas de entre as quais se destacam, problemas familiares, sentimentais, influência de amigos, falta de auto-estima, curiosidade, entre outras;

Questão 7 – “*Adquire a droga através de que meios?*” – também é do tipo “sim” ou “não” admitindo como resposta possíveis os amigos, desconhecidos, familiares, traficantes;

Questão 8 – “*Tem familiares com consumos de drogas?*” – As respostas possíveis são o não ter, o ter Pai, Mãe, Irmãos, Tios e Primos;

Questão 9 – “Os apoios existentes por parte do Estado para o Tratamento de Toxicodependentes são na sua opinião” – o conjunto de respostas postas possíveis são também do tipo em escala variando entre os dois extremos “muito bons” e “muito maus”;

Questão 10 – “*O que existe no local de Tratamento onde esteve, que o levou a permanecer em Tratamento?*” – as respostas possíveis variam entre “sim”, “não” e “não existe” a partir de um elenco de possibilidades como sejam actividades desportivas, falar sobre os problemas, tirar uma formação, ter animais de estimação, designadamente;

Questão 11 – “*Porque razão não tratou da sua Toxicodependência anteriormente?*” – onde a resposta é o “sim” ou “não” a partir das possibilidades de resposta como sejam falta de motivação, não ter vaga nos centros de apoio, falta de informação, falta de apoio familiar, demorar muito tempo, não achar necessário;

Questão 12 – “*Considera-se informado dos riscos das drogas?*” - a resposta possível varia numa escala entre os extremos “discordo” e “concordo”;

Questão 13 – “*Na sua opinião, um consumidor de heroína é*” – um criminoso, dependente, doente desleixado, etc, variando as respostas entre os dois extremos “discordo” e “concordo”, em que o primeiro significa discordância total, o segundo concordância total e existindo ainda três possibilidades intermédias entre estes dois extremos;

Questão 14 – “*Quando um adulto é detectado a consumir drogas, o que acha que deve ser feito pelas autoridades?*” – aqui o que se pretende saber é se se deve aconselhar a pessoa a tratar-se, obrigá-la a um tratamento, dar-lhe a possibilidade de um tratamento, punir com multa, prisão, etc, variando as possibilidades de respostas entre o “discordo” e o “concordo”, com mais três possibilidades intermédias;

Questão 15 – “*Na Lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal, o consumo de drogas por uma pessoa adulta é*” variando a resposta entre o “sim”, “não” e “não sei”, respeitante à sua proibição por Lei;

Questão 15.1. – “*Se respondeu NÃO, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal não é proibido por Lei, sendo deste modo possível num Quadro Legal, então acha que o consumo por uma pessoa adulta*” – variando a resposta entre o “sim” e o “não”, a uma série de possibilidades elencadas;

Questão 15.2. – “*Se respondeu SIM, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal é proibido por Lei, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é*” – que, tal como a questão anterior, varia nas suas possibilidades de resposta entre o “sim” e o “não” a três possibilidades todas relacionadas com a figura do “crime”;

Questão 16 – “*Na Lei das Drogas, actualmente em vigor em Portugal, o consumo de drogas pode ser punido com*” – apresentando-se várias hipóteses possíveis de escolha para “sim” ou “não” como resposta possível;

Questão 17 – “*Em Portugal, quando alguém é detectado a consumir drogas, a quem compete julgar o caso e decidir a sanção a aplicar*” – havendo como possibilidades de escolha as comissões de discussão, as polícias e os tribunais, nomeadamente, para respostas do tipo “sim” ou “não”;

Questão 18 – “*Na sua opinião, numa escala de 1 (nada adequado) a 5 (muito adequado), como valoriza no contexto actual do fenómeno cada um dos seguintes objectivos da política das drogas*” – em que a resposta varia entre estas duas possibilidades extremas, para seis hipóteses possíveis de escolha;

Questão 19 – “*Assinale com um círculo em redor de Sim ou Não, a sua experiência pessoal de consumo das seguintes drogas durante toda a sua vida, no último ano e no último mês, assim como a idade da sua primeira experiência com cada uma das drogas*” – elencando-se algumas substâncias e as possibilidades de resposta se “sim” ou “não”;

Por último, o nosso inquérito possui seis questões que visam proceder à caracterização dos indivíduos constitutivos da amostra. Essencialmente, abrangem as variáveis que se referem ao género, à idade, à escolaridade, à profissão exercida pelos inquiridos, ao estado civil e, por último, a zona de residência (localidade), isto é, de onde são oriundos os mesmos indivíduos que integram a nossa amostra.

ESTRUTURA E APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário utilizado foi na sua essência adaptado dos questionários aplicados por estes autores (Oliveira 2006; Agra 1997). Numa primeira fase do questionário, são colocadas algumas questões com o intuito de perceber onde é que os indivíduos já realizaram um programa de tratamento, se lhes foi prestada informação suficiente, como tomaram conhecimento sobre o programa de tratamento e se alguma vez já abandonaram algum programa. Numa segunda fase, o questionário pretende perceber quais os motivos que podem levar ao abandono do programa de tratamento e o que leva à recaída no consumo e o meio pelo qual os indivíduos adquirem a droga. Numa terceira fase, tenta perceber se os indivíduos têm familiares com consumo, a sua opinião acerca dos apoios existentes por parte do Estado, bem como o que existia nos locais de tratamento onde estiveram que os levaram a permanecer nos locais de tratamento. Numa quarta fase do questionário, tenta-se perceber o motivo pelo qual os indivíduos não trataram da sua toxicodependência anteriormente, o seu nível de informação acerca dos riscos das drogas, bem como a sua opinião acerca de um consumidor de heroína. Em quinto lugar, pretende-se saber a sua opinião acerca do que deve ser feito quando um indivíduo é detectado a consumir drogas pelas autoridades, perceber se estão informados acerca da lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal. Numa sexta fase, o questionário tem uma série de questões com o objectivo de perceber a opinião dos inquiridos acerca de quem compete julgar os casos, quando alguém é detectado a consumir drogas, a sua opinião acerca dos objectivos da política de drogas, bem como a sua experiência com as drogas ao longo da vida, idades de consumo, última vez que consumiu, etc. Por fim, faz-se uma caracterização dos inquiridos (idade, sexo, escolaridade, profissão, estado civil, zona de residência).

HIPÓTESE DE PARTIDA

“Uma hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois termos, que (...) podem ser conceitos ou fenómenos. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma proposição que deve ser verificada.” (Quivy, 2003:135)

Nesta ordem de ideias a hipótese geral de trabalho representa um papel fundamental no processo de investigação empírica. Sendo assim, os pressupostos teóricos subjacentes à formulação da nossa hipótese de trabalho resultam da revisão de literatura efectuada.

Definiu-se, embora não a chegássemos a testar, a seguinte hipótese de trabalho:

H1: O sucesso das políticas de intervenção será tanto maior, quanto mais informação for dada aos toxicodependentes.

Como **Variável Dependente** (ou variável explicada), temos a questão número 4, referente à aplicação dos tratamentos – Questão 4: Já abandonou algum Programa de Tratamento?

Por seu turno, como **Variáveis Independentes** (ou explicativas) relativas à Informação dos Toxicodependentes, temos as seguintes questões (eregidas em variáveis):

Questão 3: Como tomou conhecimento sobre o Programa de Tratamento que realizou?

Questão 11: Porque razão não tratou da sua toxicodependência anteriormente?

Questão 12: Considera-se informado dos riscos das drogas?

Questão 15: Na Lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal o consumo das drogas por uma pessoa adulta?

Questão 15.1: Se respondeu NÃO, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal não é proibido por Lei, sendo deste modo possível num Quadro Legal, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é ...

Questão 15.2: Se respondeu SIM, isto é, se pensa que o consumo de drogas é proibido por Lei, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é ...

De uma forma esquemática, podemos sintetizar no seguinte Quadro, as relações entre a variável dependente e as variáveis independentes.

TABELA 1 – OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO	RESPOSTAS	QUESTÕES
Variável dependente ou explicada		
Variável Dependente: Sucesso das Políticas de Intervenção	1=Sim 2=Não	Questão 4
Variáveis independentes ou explicativas		
A) Variável independente Como tomou conhecimento sobre o Programa de Tratamento que realizou?	1=Amigos 2=Técnicos 3=Jornais 4=CAT 5=Revistas 6=Televisão 7=Familia 8=Internte 9=Polícia 10=IRS 11=Outro	Questão 3
B) Variável independente Porque razão não tratou da sua toxicodependência anteriormente?	1=Falta de Motivação; 2=Não ter vaga nos centros de apoio; 3=Falta de Informação; 4=Falta de Apoio Familiar; 5=Demorar muito Tempo; 6=Não achar necessário;	SIM Ou NÃO (para cada número de um a seis)
C) Variável independente Considera-se informado dos riscos das drogas?	1=Discordo Totalmente; 2=Discordo; 3=Neutro; 4=Concordo; 5=Concordo Totalmente;	Questão 12

D) Variável independente Na Lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal o consumo das drogas por uma pessoa adulta?	1=Sim; 2=Não; 3=Não Sei;	Questão 15
E) Variável independente Se respondeu NÃO, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal não é proibido por Lei, sendo deste modo possível num Quadro Legal, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é ...	1= SIM 2=NÃO	Questão 15.1
F) Variável independente Se respondeu SIM, isto é, se pensa que o consumo de drogas é proibido por Lei, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é ...	1= SIM 2=NÃO	Questão 15.2

TABELA 2 – VARIÁVEIS DE CONTROLO

Após a definição das variáveis dependente e independentes, apresentamos as variáveis de controlo

Variáveis de Controlo	
Sexo	1=Masculino 2=Feminino
Escolaridade	1= Básico (1º até a 4ª classe) 2= Ciclo (5º até ao 9º ano) 3= Secundário (10º até 12º ano) 4= Técnico 5= Universitário
Estado Civil	1= Solteiro 2= Casado 3= Divorciado 4= Separado

	5= União de Facto 6= Viúvo
Idade	1=Mais de 50 anos; 2=Entre 40 e 50 anos; 3=Entre 30 e 40 anos; 4=Entre 25 e 30 anos; 5=Menos de 25 anos
Profissão	1=Trabalhador por Conta Própria; 2=Trabalhador por Conta de Outrem; 3=Desempregado; 4=Estudante; 5=Indiferenciado; 6=Ilegível;
Zona de Residência	1=Norte; 2=Centro; 3=Sul; 4=Ilhas; 5=NS/NR;

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A nossa amostra é constituída por 63 indivíduos que, essencialmente, são caracterizados por seis variáveis: género, idade, escolaridade, profissão, estado civil e zona de residência (ou localidade). Ainda se subdividem de acordo com a Instituição e tratamento da Toxicoddependência a que estão associados no âmbito do nosso estudo. Estes aspectos mostram-se essenciais visto que, procedem a uma caracterização social dos mesmos indivíduos sem a qual o nosso estudo se mostraria inadequado do ponto de vista do conhecimento da população alvo, para além de inviabilizar quaisquer pretensões científicas, designadamente, as

concernentes à inferência estatísticas para a população a partir de uma amostra (supostamente representativa).

Inicialmente, penámos que se revestiria de toda a utilidade, para além de pertinência, subdividir a amostra e os resultados de acordo com a variável género. Porém, cedo mudámos de ideias uma vez que apenas possuímos quatro inquiridos do género feminino. Tal mostra-se, não apenas insuficiente como, sobretudo, susceptível de enviesar os resultados e colocá-los muito longe de serem representativos.

Pela Tabela e gráficos seguintes, efectua-se uma súmula das principais características da amostra:

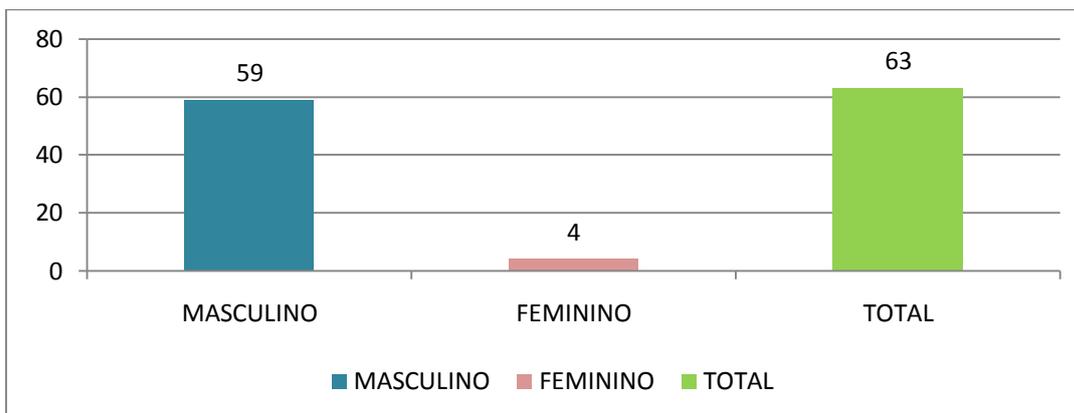
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR PROFISSÃO DOS INQUIRIDOS

SEXO MASCULINO	
ACABADOR DE MÓVEIS	1
AGRICULTOR	1
AJUDANTE DE TROLHA	1
CHEFE DE PODA	1
CONSTRUÇÃO CIVIL	2
DESEMPREGADO	7
ELECTRICISTA	4
EMPREGADO DE BALCÃO	1
EMPREGADO DE MESA	4
ESTOFADOR	1
HOTELARIA	1
ILEGÍVEL	1
INDIFERENCIADO	1
LADRILHADOR	1
MANTEDOR DE ESTRUTURA MECÂNICAS	1
MARÍTIMO	1
MASSAGISTA	1

MOTORISTA	2
OPERÁRIO DE MÁQUINAS	3
PADEIRO	1
PERCADOR	1
PINTOR	3
RELAÇÕES PÚBLICAS	1
SERRALHEIRO	2
SERVENTE DE TROLHA	3
SOLDADOR	1
TECELÃO	1
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	1
TÉCNICO DE REVESTIDOR TÉRMICO	1
TÉCNICO DE SAÚDE	1
TÉCNICO DE TELECOMUNICAÇÕES	1
TROLHA	4
VENDEDOR AMBULANTE	3
TOTAL	59
SEXO FEMININO	
DESEMPREGADO	1
ESTUDANTE	3
TOTAL	4

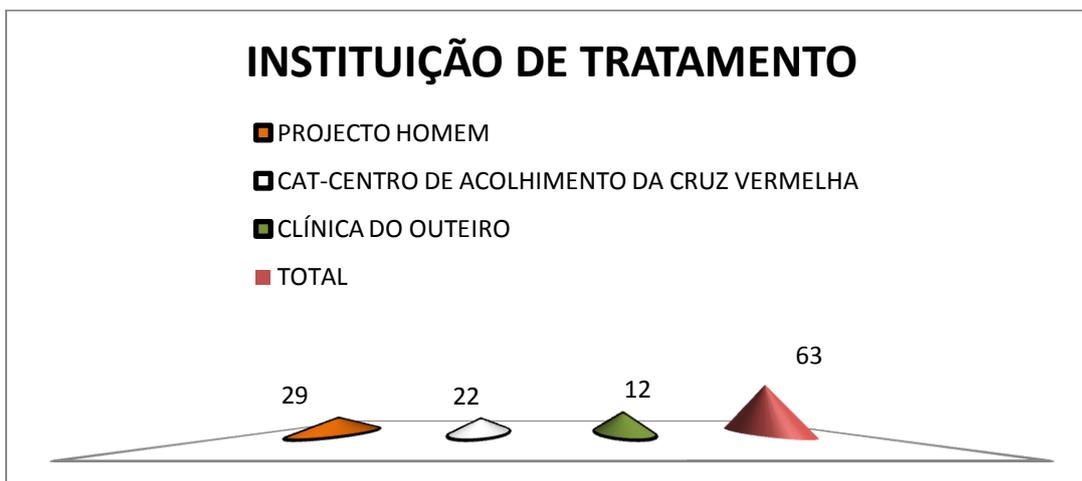
Através da análise da tabela três, verificamos que a maioria dos indivíduos encontra-se na situação de desempregado, contudo as profissões dominantes no sexo masculino são: Electricista (quatro elementos), Empregado de mesa (quatro elementos) e Operário de máquinas (três elementos). Relativamente, ao sexo feminino a maioria das inquiridas eram estudantes (três elementos).

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO DOS INQUIRIDOS.



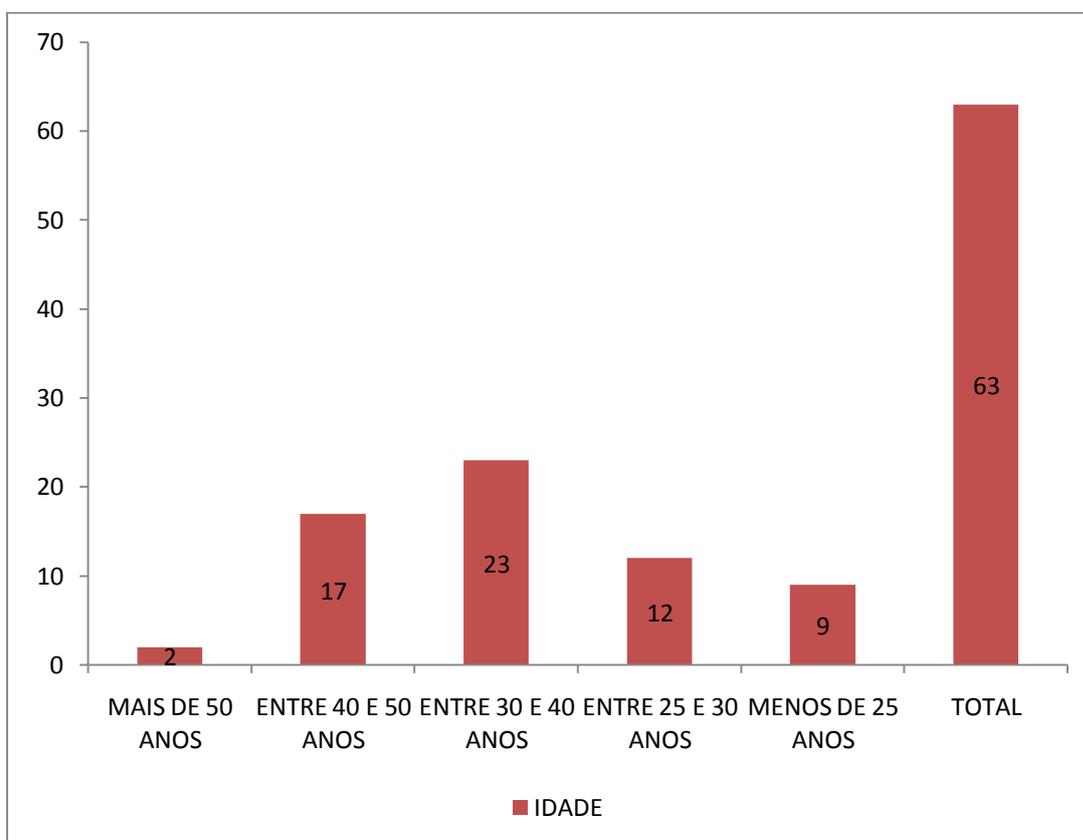
No que concerne ao gráfico um, observamos, a distribuição dos inquiridos por género. Conforme se pode constatar no mesmo, existem quatro mulheres na amostra e 59 homens de um total de 63 indivíduos inquiridos. Claramente, se encontra uma prevalência do predomínio do género masculino sobre o feminino.

GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR INSTITUIÇÃO DE TRATAMENTO DOS INQUIRIDOS.



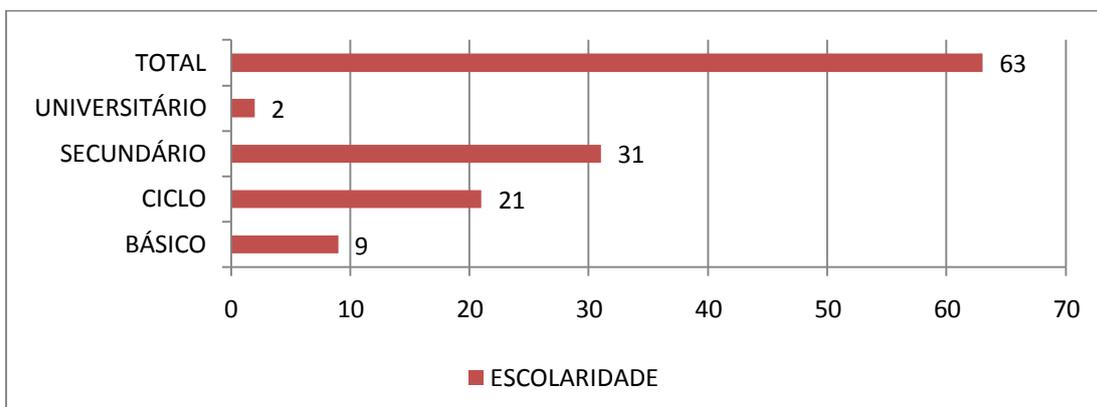
No gráfico dois, temos a distribuição dos inquiridos segundo o critério da instituição de tratamento a que estão associados os inquiridos. Surge em primeiro lugar, o “*Projecto Homem*”, onde foram inquiridos 29 indivíduos, seguido do “*Centro de acolhimento da Cruz Vermelha*”, com 22 indivíduos para concluirmos com 12 inquiridos na “*Clínica do Outeiro*”.

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE DOS INQUIRIDOS



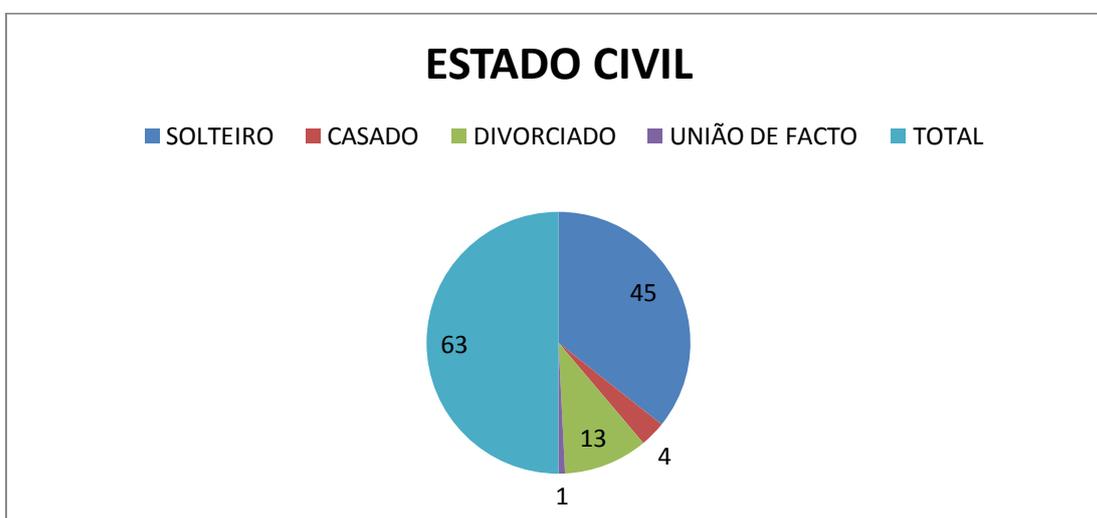
No que respeita ao gráfico três, podemos observar a distribuição das idades dos inquiridos, de acordo com cinco faixas etárias definidas. Com efeito, de acordo com o mesmo, prevalece o escalão etário dos 30 aos 40 anos com 23 inquiridos, seguido da faixa etária dos 40 aos 50 anos com 17 indivíduos. Em terceiro lugar, observamos a faixa etária de 25 a 30 anos com 12 inquiridos. De assinalar, ainda, o facto de a faixa etária, mais baixa ser de menos de 25 anos com 9 inquiridos. A faixa etária de mais de 50 anos não exhibe expressão relevante.

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESCOLARIDADE DOS INQUIRIDOS



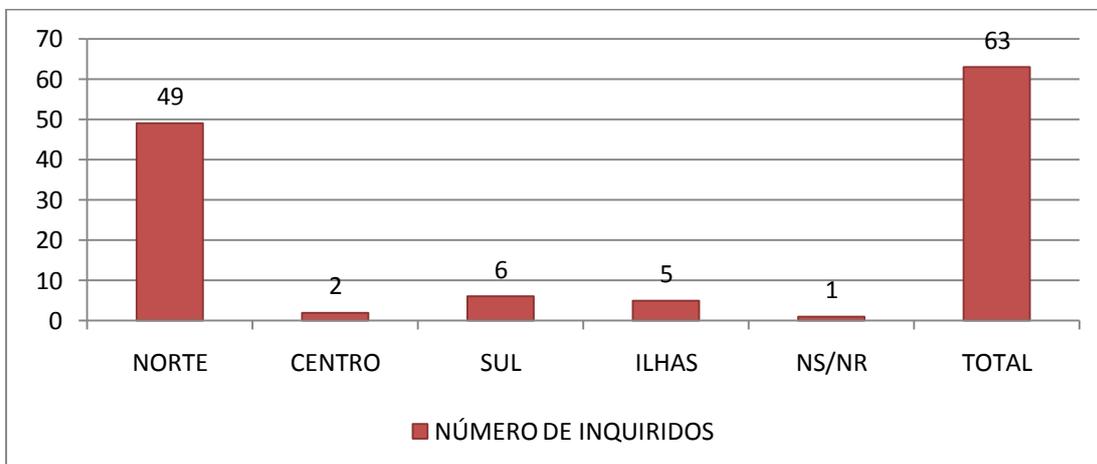
No que é atinente ao gráfico quatro, está patente a distribuição por escolaridade dos inquiridos. Predomina a frequência do ensino secundário com 31 indivíduos, seguido do ensino ciclo com 21 e do ensino básico com nove inquiridos.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL DOS INQUIRIDOS.



O gráfico cinco mostra uma distribuição dos inquiridos da amostra por estado civil, verificando-se que o estado de “solteiro” com 45 indivíduos é aquele que predomina. Em segundo lugar, surge o estado de “divorciado” com 13 indivíduos e o de “casado” com quatro indivíduos nessas circunstâncias.

GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR ZONA DE RESIDÊNCIA DOS INQUIRIDOS



Finalmente, há a referir o facto de por zona de residência termos a distribuição dos 63 inquiridos. Verifica-se que 49 são oriundos da região Norte, seis do Sul e 5 das Ilhas.

TABELA 4 – RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A TOMADA DE CONHECIMENTO PARA O PROGRAMA DE TRATAMENTO

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
Como tomou conhecimento sobre o programa de tratamento	AMIGOS	22	6	28
	TÉCNICOS	3	4	7
	CAT	9	4	13
	FAMÍLIA	7	3	10
	OUTRO	2	3	5
Total		43	20	63

Nesta questão relacionamos o facto de o toxicodependente ter abandonado ou não um Programa de Tratamento e a tomada de conhecimento sobre o mesmo.

Observamos que existe alguma relação entre o abandono do programa de tratamento e o facto de ter tomado conhecimento sobre o mesmo via amigos (22 casos nestas

circunstâncias). É o facto mais notório a evidenciar. Com efeito, verifica-se que o abandono de um programa de tratamento sofreu a influência decisiva na tomada de conhecimento através de amigos. Por outro lado, é de registar ainda o facto de o não abandono ser devido também a tomada de conhecimento por amigos mas apenas em seis casos.

TABELA 5 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A FALTA DE INFORMAÇÃO

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
Por falta de informação	SIM	12	5	17
	NÃO	32	14	46
Total		41	19	63

Nesta secção pretende-se aquilatar da existência de uma eventual relação entre o facto de o toxicodependente ter abandonado ou não um programa de tratamento e o motivo pelo qual não tratou da toxicodependência anteriormente, ser a falta de informação.

Observa-se que, ao contrário do que seria de esperar, o toxicodependente não tinha falta de informação, ou seja, tinha informação sobre os tratamentos da toxicodependência o que não impediu de os mesmos, em 32 casos, terem abandonado o programa de tratamento.

De realçar que 14 inquiridos não tinham falta de informação e nem por isso abandonaram o programa de tratamento. Esta evidência leva-nos a concluir que a falta como a presença de informação levou nuns casos a abandonar e noutras a permanecer no programa de tratamento o que leva a presumir a existência de outros factores que levaram à presença e/ou ausência dos toxicodependentes no mesmo programa de tratamento.

TABELA 6 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A INFORMAÇÃO DOS RISCOS DAS DROGAS

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
Considera-se informado dos riscos das drogas	DISCORDO TOTALMENTE	2	0	2
	DISCORDO	1	1	2
	NEUTRO	2	0	2
	CONCORDO	11	3	14
	CONCORDO TOTALMENTE	27	16	43
Total		43	20	63

Pretende-se nesta secção descortinar alguma relação entre o abandono do programa de tratamento e a informação sobre os riscos das drogas.

Sendo curioso que quanto mais informado o toxicodependente se pronuncia no sentido de posse de informação sobre os riscos das drogas mais ele decidiu o abandono do programa. Deste modo, quando os riscos eram conhecidos por completo, tal conduziu ao abandono em 27.

Apenas em 16 casos é que o conhecimento completo levou ao não abandono do programa de tratamento. Uma vez mais se infere que outras razões para além do conhecimento dos riscos das drogas presidiram à decisão de abandonar ou não o referido programa.

TABELA 7 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E A LEI DAS DROGAS

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
O consumo de drogas é proibido por lei	SIM	25	15	40
	NÃO	11	5	16
	NÃO SEI	7	0	7
Total		43	20	63

A relação entre o abandonar um programa de tratamento e o facto de o toxicodependente saber se o consumo de drogas por uma pessoa adulta é ou não proibido por lei em Portugal, é captado por esta questão.

Constata-se que, pela observação da Tabela, não obstante o utente já ter abandonado o programa de tratamento, o mesmo, refere que o consumo de drogas por uma pessoa adulta é proibido por lei em 25 casos. De salientar que, 15 utentes não abandonaram o referido programa de tratamento embora referem que o consumo por adulto de drogas é proibido. Há, ainda, 11 utentes que afirmam desconhecer a proibição do consumo por adultos e abandonaram o programa de tratamento.

TABELA 8 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E O CONSUMO DE DROGAS NÃO SER PROIBIDO POR LEI

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
Considera que o consumo não é proibido por lei	SIM	20	10	30
	NÃO	8	2	10
Total		28	12	40

A relação entre o abandono do programa de tratamento e os toxicodependentes referirem que o consumo de estupefacientes não é proibido por lei, encontra-se evidenciado nesta tabela.

Nesta questão, pela tabela observa-se que quem respondeu “não”, isto é refere que não é proibido o consumo de drogas por adultos, abandonaram o programa de tratamento oito utentes, tendo dois utentes não abandonado os tratamentos.

TABELA 9 - RESULTADOS DA ANÁLISE ENTRE O ABANDONO DO TRATAMENTO E O CONSUMO DE DROGAS SER PROIBIDO POR LEI

		Abandonou algum programa de tratamento		Total
		SIM	NÃO	
Considere que o consumo é proibido por lei	SIM	14	6	20
	NÃO	12	5	17
Total		26	11	37

Por fim, temos a relação entre o abandono do programa de tratamento e o facto de os utentes ter respondido que SIM, que refere que é proibido o consumo de drogas por adultos.

Pela Tabela, seria de esperar que o facto de referir a proibição fosse levado a não abandonar o programa de tratamento. O que se observa é que sucede, precisamente, o contrário. O desconhecimento da não proibição conduz mais ao abandono do que o conhecimento da proibição conduz ao abandono que é, respectivamente, de 12 utentes e de seis.

CONCLUSÃO

Este trabalho tinha como questão orientadora conhecer os factores determinantes que levam ao sucesso das políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência, ou seja, os motivos pelo qual os indivíduos continuavam ou abandonavam estes programas e tratamentos nos quais participavam. Tendo este fim em vista, efectuamos a análise dos trabalhos realizados e dos livros publicados sobre esta matéria em geral.

Levando-nos a depreender que a problemática da toxicodependência não poderá ser analisada tendo em consideração um só ponto de vista, tendo em conta que existe uma influência de diversos factores que se prendem com razões de ordem individual, familiar e social que actuam na vida dos indivíduos. Deste modo, a toxicodependência é um fenómeno que deve ser analisado numa perspectiva global e interactiva.

Porem, podemos mencionar que existe um conjunto de factores que, em interacção uns com os outros, fazem com que o indivíduo caminhe no sentido da toxicodependência e que nele permaneça, com dificuldade dela se desprender. Dando a ideia de circularidade e de sinergias de factores que concorrem para o mesmo fim, o da toxicodependência, tais como o meio social no qual o indivíduo está inserido, a família, o grupo de pares, entre outros.

Deste modo, a complexidade desta problemática implica, um esforço de resposta com um envolvimento pessoal de vários profissionais, no sentido de intensificar e reforçar as medidas para enfrentar o problema da toxicodependência, bem como de políticas públicas que dêem perspectivas de futuro a estes indivíduos.

O foco do nosso trabalho incidiu sobre as reacções destes indivíduos aos estímulos destas políticas e dos programas de tratamento de que eram alvo. Contudo, entendemos que ainda que fosse possível a cada indivíduo ser receptor dos mesmos estímulos do meio envolvente e da mesma informação, as suas atitudes e reacções seriam bem diferentes, tendo em conta que, cada um teria sempre formas diferentes de interpretar e processar a informação proveniente do seu meio social.

Nesta linha de ideias, avançamos com a seguinte hipótese de trabalho: O sucesso das políticas de intervenção será tanto maior, quanto mais informação for dada aos toxicodependentes. Todavia, não chegamos a testar esta hipótese, mais tiramos através dos dados recolhidos algumas ilações que de seguida apresentamos.

Na aplicação do nosso questionário no Centro de Acolhimento da Cruz Vermelha, nas valências do Projecto Homem e na Clínica do Outeiro, os aspectos mais relevantes a salientar através dos dados obtidos, prendem-se com o facto de a maioria dos indivíduos, em conformidade com a nossa revisão de literatura, serem do sexo masculino, apresentarem idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, ou seja, fora da idade que alguns autores referem como a idade do encanto, do fascínio ou como Morel *et al* (2000) refere de Lua de Mel, onde o tratamento é percebido por estes como desnecessário.

Relativamente a escolaridade destes indivíduos estes apresentam na sua maioria o ensino secundário, ao contrário do que se previa, tendo em conta a revisão de literatura. Podendo ser consequência das intervenções do estado no ensino através dos programas de novas oportunidades, mas não possuímos informação a esse propósito.

Quanto ao estado civil dos inquiridos, a sua maioria é solteiro, seguindo-se de do estado civil de divorciado, demonstrado as dificuldades destes indivíduos em relacionamentos duradouros, conforme à nossa pesquisa bibliográfica.

No que concerne a tomada de conhecimento dos programas e dos tratamentos a maioria referiu ter tomado conhecimento através de amigos, o que pode revelar neste sentido, uma falta de divulgação e de acesso a este tipo de informação por parte dos toxicodependentes.

Neste sentido, referiram na sua maioria que mesmo tendo informação sobre a toxicodependência abandonaram o programa de tratamento, o que nos levou a presumir a existência de outros factores para além deste, deixando assim em aberto a nossa hipótese de trabalho.

Por fim, importa salientar que este estudo teve algumas limitações, no tratamento de dados, o que não nos permitiu aferir com maior grau de assertividade as conclusões a que chegamos, de igual modo, não nos foi possível aplicar a entrevista que elaboramos, que tinha o intuito de reforçar o nosso inquérito por questionário, bem como esclarecer outros aspectos que achamos interessantes e a que nos propusemos.

Finalmente, a dimensão social e política da problemática da droga veio demonstrar que a aposta dos governantes políticos parece-nos incidir na continuidade das políticas públicas, devendo reconhecer-se que as suas interrupções, aniquilam a potencialidade de um crescimento alicerçado das políticas que, naturalmente, levaria a uma modificação da postura social face a problemática da droga na sociedade portuguesa. Deste modo, mais do que um plano ou estratégia, consideramos necessária uma política pública nacionalizada, ininterrupta, enraizada e

com sustentabilidade para que, desta forma, possamos adquirir um conhecimento ajustado ao fenómeno e se possam desenvolver programas e projectos eficazes no domínio das drogas e das toxicodependências.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra, Cândido.1997. *Droga-Crime Trajectórias Desviantes*. Lisboa: Futura Lda.

Almeida, João. F. e Pinto, José. M.1990. *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

Caravana, Aura.2007. *Variáveis Familiares e Individuais no Tratamento da Toxicodependência*. Tese de Mestrado. Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

Cohen, Albert.1971. *La Déviance*. Bélgica: Éditions J. Duculot.

Dias, Fernando.2002. *Sociologia da toxicodependência*. Lisboa: Stória Editores Lda.

Fernandes, Luís.1998. *O Sítio das Drogas*. Lisboa: Ed. Notícias.

Ferreira, Ana.2007. *Gravidade de Dependência e Motivação para Tratamento*. Relatório de Licenciatura. Instituto Superior de Psicologia da Maia. Maia: Instituto Superior da Maia.

Fréjaville, Jean.Pierre. n.d. *Os Jovens e a Droga*. Porto: Rés-Editora.

Giddens, Anthony. 2004. *Sociologia*,4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, Maria.2006. *Modos de Percepção das Drogas em Portugal: resultados preliminares*.

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.Working Paper N° 18/2006. Lisboa: ISCTE.

Hapetian, Isabel.1997. *Famílias: entender a toxicodependência*. Lisboa: Verbo.

Kopp, Pierre.1997. *A Economia da Droga*. Lisboa: Edição Livraria Escolar.

Macfarlene, Aidan, Magnus Macfarlene e Philip Robson.1996. *Os adolescentes e a droga. Factos e protagonistas*. Lisboa: Quatro Margens Editora.

Miguel, Nuno “n.d” *A comunidade face à droga: o que (não) temos feito*. Debates Presidência da República. Droga: Situação e novas estratégias.

Morel, Alain, François Hervé e Bernard Fontaine.2000.*Prévenir les toxicomanies*. Paris: Dunod.

Morin, Edgar.1991. *Introdução ao pensamento complexo*. Trad. de Dulce Matos. 1.^a ed. Lisboa : Publicações Instituto Piaget. (Epistemologia e Sociedade).

Moreira, Paulo.2001. *Para uma Prevenção que Previna*, Coimbra: Quarteto Editora.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. *Relatório Anual 2009*. A Evolução do Fenômeno da Droga na Europa. 2009.

Pais, José.2003. *Culturas juvenis*, 2^a ed. Lisboa, Imprensa nacional - Casa da Moeda.

Patrício, Luís.2002. *Droga para que se saiba*, Porto: Livraria Figueirinha.

Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012

Oliveira, Jorge.2006.*Regulação legal do consumo de drogas: Impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Sanchez, Amauri.1982.*Drogas e Drogados: o indivíduo, a família, a sociedade*, 2^aed.São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Stanton, Duncan M, e William Shadish. 1997. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191.

Lakatos, Maria Eva. e Marina de Andrade Marconi. 1989. *Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas.

Legislação

Resolução do Conselho de Ministros nº 115/2006. *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012*. Diário da República Série I, nº 180 de 18/09/2006.

ANEXOS

Anexo I – Questionário.

Questionário sobre as Políticas Públicas de Intervenção, aplicado aos toxicodependentes de Braga.

Esta investigação tem como tema, *A Droga e a Justiça: Políticas Públicas de Intervenção*, insere-se no âmbito do Mestrado em Administração da Justiça da Universidade do Minho do Departamento de Economia e Gestão de Braga.

Com este estudo pretende-se diagnosticar quais os factores que determinam a continuação por parte dos toxicodependentes nos programas de políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência, na cidade de Braga.

O período em análise reporta-se ao **ano 2010** e a recolha dos dados é efectuada através do preenchimento deste inquérito.

As suas respostas são **confidenciais** e em nenhum momento lhe são pedidos dados de identificação pessoal, garantindo o seu **anonimato**.

Tente responder a todas as questões não deixando nenhuma em branco. No caso de não se identificar totalmente com nenhuma das opções de resposta, escolha a alternativa mais próxima.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade.

O responsável pelo estudo
(Aurélio Pita)

1- Onde já realizou um programa de tratamento da sua toxic dependência?

Locais	Número de Vezez	Duração
Centro de Respostas Integradas		
Centro de Saúde		
Hospital		
Médico de Família		
Comunidade Terapêutica		
Estabelecimento Prisional		
Casa		
Unidade de Desabituação		
Outro _____		

2-Foi lhe prestada informação suficiente por parte dos técnicos sobre o programa de tratamento que iria realizar? (assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

Sim Não

3-Como tomou conhecimento sobre o programa de tratamento que realizou?

Amigos	
Técnicos	
Jornais	
CAT	
Revistas	
Televisão	
Família	
Internet	
Polícia	
IRS	
Outro _____	

4- Já abandonou algum programa de tratamento? (assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

Sim Não

5- Quais os motivos que o podem levar a abandonar um programa de tratamento?

(tenha em conta o seguinte grau de concordância)

1 = Discordo Totalmente (DT), 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 = Concordo, 5 = Concordo Totalmente (CT).

	DT			CT	
Regras do local de tratamento	1	2	3	4	5
Horários do local de tratamento	1	2	3	4	5
Ter de pagar pelo tratamento	1	2	3	4	5
Estar muito longe da sua residência	1	2	3	4	5
Falta de segurança nos quartos	1	2	3	4	5
Não poder consumir álcool	1	2	3	4	5
Ter que desempenhar tarefas domésticas	1	2	3	4	5
Não poder estar com a Família	1	2	3	4	5
Estar com outros utentes com doenças infecto contagiosas (HIV, HEPATITES)	1	2	3	4	5
Falta de Integração com os utentes	1	2	3	4	5
Não conseguir deixar as drogas	1	2	3	4	5

Outros _____

6- O que o pode levar a recair no consumo de drogas?

(assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

Problemas Familiares	Sim	Não
Problemas Sentimentais	Sim	Não
Influencia dos Amigos	Sim	Não
Falta de Auto-Estima	Sim	Não
Curiosidade	Sim	Não
Falta de Emprego	Sim	Não
Não querer deixar as drogas	Sim	Não
Regras dos locais de tratamento	Sim	Não

Outros _____

7-Adquire a droga através de que meios?

(assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO)

Amigos	Sim	Não
Desconhecidos	Sim	Não
Familiares	Sim	Não
Traficantes	Sim	Não

Outros _____**8-Tem familiares com consumos de drogas?** (assinale com x a opção correcta)

Não tenho	
Pai	
Mãe	
Irmãos	
Tios	
Primos	

Outros _____**9- Os apoios existentes por parte do Estado para o tratamento de toxicodependentes são na sua opinião: (assinale com x a opção correcta):**Muito Bons Bons Razoáveis Maus Muito Maus **10- O que existe no local de tratamento onde esteve, que o levou a permanecer em tratamento?** (assinale com x a opção correcta SIM, NÃO ou NÃO EXISTE):

Actividades Desportivas	Sim	Não	Não existe
Falar sobre os Problemas	Sim	Não	N/E
Tirar uma Formação	Sim	Não	N/E
Ter Animais de Estimação	Sim	Não	N/E
Quarto Individual	Sim	Não	N/E
Salão de Jogos	Sim	Não	N/E
Piscina	Sim	Não	N/E
Receber Visitas	Sim	Não	N/E
Quarto Partilhado	Sim	Não	N/E
Sentir-se Seguro	Sim	Não	N/E
Assistência Medica	Sim	Não	N/E

Outros _____

11 - Porque razão não tratou da sua toxicodependência anteriormente? (assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

Falta de motivação	Sim	Não
Não ter vaga nos centros de apoio	Sim	Não
Falta de informação	Sim	Não
Falta de apoio familiar	Sim	Não
Demorar muito tempo	Sim	Não
Não achar necessário	Sim	Não

Outros _____

12- Considera-se informado dos riscos das drogas?

(tenha em conta o seguinte grau de concordância)

1 = Discordo Totalmente (DT), 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 = Concordo, 5 = Concordo Totalmente (CT).

	DT			CT	
Sim	1	2	3	4	5

13- Na sua opinião, um consumidor de heroína é:

(tenha em conta o seguinte grau de concordância)

1 = Discordo Totalmente (DT), 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 = Concordo, 5 = Concordo Totalmente (CT).

	DT			CT	
Criminoso	1	2	3	4	5
Dependente	1	2	3	4	5
Desleixado	1	2	3	4	5
Doente	1	2	3	4	5
Marginal	1	2	3	4	5
Parasita	1	2	3	4	5
Viciado	1	2	3	4	5
Vítima	1	2	3	4	5
Perigoso	1	2	3	4	5

14- Quando um adulto é detectado a consumir drogas, o que acha que deve ser feito pelas autoridades: (tenha em conta o seguinte grau de concordância)

1 = Discordo Totalmente (DT), 2 = Discordo, 3 = Neutro, 4 = Concordo, 5 = Concordo Totalmente(CT).

	DT			CT	
aconselhar a pessoa a tratar-se, informando-o das instituições disponíveis	1	2	3	4	5
obrigar a pessoa a um tratamento	1	2	3	4	5
possibilitar um tratamento, em alternativa à aplicação de uma sanção	1	2	3	4	5
punir com uma pena de multa	1	2	3	4	5
punir com uma pena de prisão	1	2	3	4	5
punir com uma sanção não pecuniária	1	2	3	4	5

15- Na Lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal, o consumo de drogas por uma pessoa adulta é (assinale com x a opção correcta SIM, NÃO ou NÃO SEI):

Proibido por Lei	Sim	Não	Não sei
------------------	-----	-----	---------

15.1- Se respondeu NÃO, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal não é proibido por Lei, sendo deste modo possível num quadro legal, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é (assinale com x a opção correcta SIM ou NÃO):

legal, desde que a pessoa obtenha a droga em serviços de saúde, sob supervisão médica	Sim	Não
legal, desde que a pessoa obtenha a droga em estabelecimentos devidamente autorizados e credenciados (com restrições de funcionamento, localização, controlo de qualidade e impedimento de publicidade aos produtos)	Sim	Não
legal, mantendo-se a proibição da distribuição e comércio de drogas	Sim	Não
legal, sendo a distribuição e comércio de drogas regulado pelas normas de funcionamento do mercado	Sim	Não

15.2- Se respondeu SIM, isto é, se pensa que o consumo de drogas em Portugal é proibido por Lei, então acha que o consumo por uma pessoa adulta é (assinale com x a opção correcta SIM ou NÃO):

Considerado um crime	Sim	Não
Considerado um ilícito de mera ordenação social (descriminalizado)	Sim	Não
Considerado um crime, mas é tolerado pelas autoridades	Sim	Não

16- Na Lei das drogas, actualmente em vigor em Portugal, o consumo de drogas pode ser punido com (assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

a possibilidade de um tratamento em alternativa à aplicação de uma sanção	Sim	Não
não pode ser punido, uma vez que não é proibido	Sim	Não
trabalho a favor da comunidade	Sim	Não
uma admoestação (repreensão verbal)	Sim	Não
uma coima (multa)	Sim	Não
uma obrigação de tratamento	Sim	Não
uma pena de prisão	Sim	Não
uma sanção não pecuniária	Sim	Não

17- Em Portugal, quando alguém é detectado a consumir drogas, a quem compete julgar o caso e decidir a sanção a aplicar (assinale com x as opções correctas SIM ou NÃO):

Comissões de dissuasão	sim	não
Ninguém, uma vez que não é proibido	sim	não
Polícias	sim	não
Tribunal	sim	não

17.1- Na sua opinião, quem deveria julgar estes casos e decidir a sanção a aplicar?

18- Na sua opinião, numa escala de 1 (nada adequado) a 5 (muito adequado), como valoriza no contexto actual do fenómeno cada um dos seguintes objectivos da política das drogas:

	Nada Adequado		Muito Adequado		
Aprender a viver numa sociedade onde existem drogas e pessoas que as consomem	1	2	3	4	5
Permitir o acesso a drogas em boas condições de higiene	1	2	3	4	5
Possibilitar aos indivíduos a liberdade de consumir as substâncias que entendam	1	2	3	4	5
Prevenir o consumo e tratar os consumidores dependentes	1	2	3	4	5
Vencer a luta contra a droga	1	2	3	4	5
Viver numa sociedade tendencialmente sem drogas	1	2	3	4	5

19- Assinale com um círculo em redor do Sim ou Não, a sua experiência pessoal de consumo das seguintes drogas durante toda a sua vida, no último ano e no último mês, assim como a idade da sua primeira experiência com cada uma das drogas.

Substância	Durante a vida	No último ano	No último mês	Idade da primeira experiência
Bebidas alcoólicas	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Cocaína	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Ecstasy	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Haxixe	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Heroína	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, etc.) fora de qualquer tratamento médico	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
Tabaco	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos
No caso do consumo de bebidas alcoólicas, assinale “bebedeiras”	Sim/Não	Sim/Não	Sim/Não	_____ anos

Por fim, pedimos que nos forneça alguns dados genéricos, sem prejuízo da manutenção do absoluto anonimato das suas respostas.

Sexo _____

Idade _____

Escolaridade _____

Profissão _____

Estado civil _____

Zona de residência (Localidade) _____

A preencher pelo entrevistador:

Data: __/__/____ **Hora:** _____

Local de Passagem: _____

Anotações:

Anexo II – Entrevista.

Entrevista sobre as Políticas Públicas de Intervenção aplicada aos toxicodependentes de Braga.

Esta investigação tem como tema, *A Droga e a Justiça: Políticas Públicas de Intervenção*, insere-se no âmbito do Mestrado em Administração da Justiça da Universidade do Minho do Departamento de Economia e Gestão de Braga.

Com este estudo pretende-se diagnosticar quais os factores que determinam a continuação por parte dos toxicodependentes nos programas de políticas públicas de intervenção na área da toxicodependência, na cidade de Braga.

O período em análise reporta-se ao **ano 2010** e a recolha dos dados é efectuada através da resposta as questões desta entrevista.

As suas respostas são **confidenciais** e em nenhum momento lhe são pedidos dados de identificação pessoal, garantindo o seu **anonimato**.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade.

O responsável pelo estudo
(Aurélio Pita)

1- Consumo de estupefacientes

Substância	Idade/ Início
Haxixe	
Cocaína	
Heroína	
LSD	
Outras	

2- Na sua opinião o que poderia ser feito, para que se afasta-se das drogas?

3- Nos programas que já participou quais foram os aspectos na sua opinião que lhe ajudaram a deixar de consumir?

4- O que pensa acerca da legalização das drogas para consumo?

5- No seu percurso de vida com as drogas que aspectos exteriores a si o influenciam mais para o consumo?

6- Na sua perspectiva como classifica o acompanhamento dos técnicos em relação a sua toxicodependência.

7- Qual o seu principal motivo para consumir drogas?

8- Se fosse o Tribunal a encaminhá-lo para o tratamento da sua toxicodependência, como reagiria?

9- Com quem fez a 1ª experiência de consumo de outras drogas?

10- Com quem costuma falar sobre os seus problemas?

11 – Quais são as suas fontes de rendimento actuais?

12- Recebe o RSI? Se recebe após receber o RSI abandonou o tratamento? Porque?

13- Já teve ou tem processos em tribunal relacionados com os consumos de alguma forma?

Sim **Quantos** _____

Não

14 - Depois do tratamento o que poderia ser feito pelos órgãos competentes para que não voltasse a recair?

15 - Como vê a alternativa do tribunal, em vez de aplicar outras medidas de coação lhe permitir um tratamento a sua toxicodependência?

16- Qual foi os principais obstáculos que encontrou quando pensou em realizar um tratamento?

17- Quais foram os principais obstáculos que encontrou depois de efectuar um tratamento que o levaram a recair?

18- Como costuma ocupar os seus tempos livres?

19- Com quem costuma falar sobre os seus problemas?

Anexo III - Instituições.

CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES.

Projecto Homem ²

O Projecto Homem de Braga é um Programa Terapêutico reconhecido oficialmente e que tem protocolos celebrados com o Instituto da Droga e da Toxicoddependência, para 60 camas convencionadas. Tem como modelo terapêutico o Modelo do Projecto Homem (Programa Educativo-Terapêutico, Bio-Psico- Social, de cariz humanista, estruturado na Logo terapia e na Análise Transaccional). A sua direcção clínica é composta por Psicólogos, Sociólogos, Técnicos de Serviço Social, Pedagogos, Juristas e Monitores.

A filosofia do “Projecto Homem” situa o problema da droga na pessoa que está por detrás da substância, pelo que se define deste modo como um “Programa Livre de Drogas”. O objectivo deste Programa Terapêutico é que o indivíduo que o realize possa adquirir autonomia pessoal e uma capacidade de decisão, que esteja baseada na liberdade e não na dependência, assim como um alto nível de responsabilidade.

Tem como fundadores a Diocese de Braga, Caritas Diocesana e Vigararia da Acção Sócio Caritativa. Assume o estatuto jurídico de I.P.S.S, não tem fins lucrativos e não se situa no âmbito de nenhum partido político, sendo deste modo de carácter privado.

FASES DO PROGRAMA

1ª Fase: Centro de Dia

Esta fase do Projecto Homem tem como objectivos principais, que os indivíduos tomem a consciência do consumo de drogas e da sua dependência. Bem como façam a sua integração num meio favorável à mudança de atitudes e comportamentos. Passando assim a adquirir um conhecimento suficiente dos seus problemas e das suas dificuldades pessoais, desenvolvendo capacidades e habilidades necessárias para realizar um processo pessoal dirigido para alcançar um estilo de vida satisfatório.

²

http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERE
S Consultado em 14-11-10

2ª Fase: Comunidade Terapêutica

Esta fase do Projecto Homem tem como objectivo principal fomentar o conhecimento pessoal. Neste sentido defende que este processo alcança-se mediante a mudança de um estilo de vida individual e comunitário.

Que de acordo com esta comunidade, desenvolve-se a diferentes níveis, comportamental, emocional, cognitivo e existencial. No nível **comportamental** procura-se ajudar a pessoa a passar de um comportamento auto-destrutivo para outro socialmente adaptado. No nível **emocional**, existe a descoberta do “eu” e da forma como se relacionam com os outros e como se sentem consigo e com os outros. No nível **cognitivo**, dá-se um processo de mudança, no modo de processar a informação, de uma maneira mais funcional e cognitiva. No nível **existencial**, onde a Comunidade Terapêutica experimentará, à medida que vai realizando uma mudança nos outros níveis, que a vida dos indivíduos se vá apoiando num estilo de vida orientado por valores que deveram assumir como seus e que são ampla e socialmente divididos. Neste sentido para o “Projecto Homem” o problema não está na substância consumida, mas sim na pessoa que está por detrás desta substância. De acordo com o PH, a experiência demonstra que dentro da dependência das drogas, existe um profundo fastio pela vida e um profundo desencanto de si mesmo, deste modo, vê como é importante conseguir com que o indivíduo seja protagonista e sujeito activo da sua recuperação. Neste sentido esta Comunidade Terapêutica confia nas capacidades do Indivíduo para resolver os seus problemas e facilita -lhes os instrumentos para que, a pouco e pouco, se encontre consigo mesmo, tomando as rédeas do seu próprio processo.

3ª Fase: Reinserção Social:

Esta ultima fase do Projecto Homem tem como principais objectivos que os indivíduos adquiram a sua autonomia, consigam um equilíbrio entre o pessoal, o familiar e o social, potenciem um processo de maturação, atinjam o equilíbrio entre os desejos, os sentimentos, os pensamentos e a capacidade de eleger e de tomar decisões.

Critérios de admissão no Projecto Homem:

Os critérios de admissão nesta Comunidade Terapêutica passam pela **negação** a droga, ao álcool, à violência física ou verbal, às relações sexuais entre utentes do Programa. Pelo envolvimento do agregado familiar no Programa e na frequência no Centro de Dia antes da entrada na Comunidade Terapêutica.

São admitidos ambos os sexos, no caso de casais só podem estar juntos no Centro de Dia, ou seja, na Comunidade Terapêutica têm de ficar separados. No caso de filhos, não são admitidos juntamente com os pais. Excepto grávidas.

Critérios de suspensão:

Violação das Regras do Regulamento Interno

Critérios de expulsão:

Violência Física

Custos do tratamento:

O Tratamento é gratuito só no caso de instituição convencionada e na existência de um Termo de Responsabilidade. A família (ou outra entidade) responsabiliza-se pela garantia de um Fundo de Maneio do Residente no valor de 25 €. Se o utente tiver necessidade de ficar a residir num dos apartamentos residenciais, durante a Fase e Centro de Dia as famílias deverão pagar 150€ mensais.

Custo de Internamento em cama convencionada:

Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia: Valor mensal pago pelo IDT 80% e pelo utente ou família 20%.

O valor máximo definido em 2008 é de 900 € mês. No caso de programas específicos o valor máximo pode ir até 1000€.

Unidades de Desabituação: Valor por dia de 75 €, pago na totalidade pelo IDT.

CRUZ VERMELHA PORTUGUESA ³

O Centro de Alojamento Temporário Dr. Francisco Alvim, da Cruz Vermelha, tem como população alvo, a população sem-abrigo. Tem como principais objectivos, satisfazer as necessidades básicas dos utentes, promover as competências pessoais, relacionais e de trabalho, reintegrar a nível sócio - familiar e profissional os indivíduos que, após sucessivas rupturas sociais e afectivas, se encontrem em situações extremas de marginalização e exclusão social.

No que concerne as acções presta apoio psico-social, alojamento, alimentação, higiene, apoio ocupacional, equipas de rua e ateliê.

Relativamente ao tipo de alojamento, possui alojamento temporário com 33 camas, destinadas a indivíduos após desabituação ou em tratamento de substituição. Alojamento de emergência, com 14 camas destinadas a indivíduos consumidores.

³

http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERE
Consultado em 14-11-10

CLÍNICA DO OUTEIRO⁴

O seu programa terapêutico foi fundado em Montreal no Canadá em 1970 (Portage), por um grupo de técnicos e cidadãos preocupados com o problema da droga na cidade. Ao longo dos anos, o programa Portage expandiu-se nacional e internacionalmente. Em 1991 iniciou-se a colaboração entre a Clínica do Outeiro e a Portage. Desde Outubro desse ano que a Clínica do Outeiro tem vindo a desenvolver um trabalho único na área da prevenção secundária e terciária da dependência de substâncias. A sua abordagem integradora da problemática da dependência é reconhecida a nível nacional e a eficácia que lhe é atribuída resulta de uma metodologia que procura promover uma reintegração na sociedade do indivíduo dependente de substâncias fornecendo-lhe meios, competências e sistemas de suporte que o capacitem a progredir na sua vida sem recorrer ao consumo de drogas.

Lotação da Clínica.

Total de camas licenciadas – 81 Convencionadas com o IDT - 58	Comunidade de Adultos Convencionada com o IDT - 20
	Comunidade de Adolescentes Convencionada com o IDT - 14
	Comunidade Duplo Diagnóstico Convencionada com o IDT - 24
Total de camas licenciadas - 25 Convencionadas com o IDT - 15	Unidade de desabituação Convencionada com o IDT - 15

⁴ <http://www.clinicaouteiro.pt/> Consultado em 14-11-2010

Custos do Tratamento.

Valores respectivos aos honorários dos diferentes serviços prestados pela Clínica do Outeiro.

Serviços	Regime privado	Regime de cama convencionada com o IDT
Desabituação	1.150,00 €	Proposta de admissão emitida pelo CRI de proveniência; 50 € (despesas pessoais)
Internamento em Comunidade Terapêutica.	1.150,00 €	Programa para Adultos 180€ Programa para Adolescentes 200€ Programa para Doentes com Duplo Diagnóstico 200€
Acompanhamento Pós-Residencial (regime ambulatorio)	250,00 €	

