

INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um fenómeno mundial e acompanha a humanidade desde as primeiras civilizações. Hoje, apesar de variar de região para região, afecta praticamente todos os países. Entretanto, nas últimas décadas, a tendência para o uso de drogas, especialmente entre os jovens, tem vindo a acentuar-se, merecendo uma maior atenção por parte das autoridades e da sociedade em geral.

O fenómeno da toxicodependência é, actualmente, um problema macro-social, no qual se encontram correlacionados factores individuais, familiares, económicos, políticos e civilizacionais. É um dos problemas sociais mais graves do nosso tempo, visto que afecta directamente a sociedade, ou seja, mesmo aqueles que não têm uma relação directa com o problema, acabam por se ver envolvidos pela criminalidade a ele associada.

Em Portugal, tal como no resto do mundo, a toxicodependência está a adquirir contornos inquietantes e a tomar proporções alarmantes (se tivermos em conta as problemáticas subjacentes a esta realidade), sendo a região algarvia também parte da regra e não da excepção.

Com a realização deste trabalho pretendeu-se apurar a percepção que a sociedade algarvia tem acerca desta temática, mais propriamente no que concerne à possível associação (ou não) da toxicodependência à criminalidade. Por outras palavras, procurou-se averiguar as diferenças de percepção sobre toxicodependência e criminalidade associada, no sentido de perceber se as pessoas que associam à toxicodependência os actos criminosos de que foram vítimas, se tornaram mais intolerantes face a esta problemática.

A iniciativa para a elaboração deste estudo partiu de uma parceria estabelecida entre o Gabinete Académico de Investigação e Marketing (GAIM), a Câmara Municipal de Loulé (CML), a Delegação Regional do Algarve do IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) e o ex-CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) do Sotavento/Olhão, a Brigada Sul da GNR e o Estabelecimento Prisional de Faro, entidades que, dadas as suas competências, nos ajudaram a ter uma visão mais específica sobre o problema

em estudo.

A participação dos alunos do 3º ano do curso de Psicologia do Instituto Superior Dom Afonso III (INUAF) neste projecto, surgiu a partir da proposta dos professores das disciplinas de Psicologia Organizacional II e Psicologia Social II que, por sua vez, organizaram o projecto e formalizaram todos os contactos e parcerias necessárias com as referidas entidades para que este pudesse ser realizado.

O presente projecto insere-se no âmbito dos PASC (Projecto Académico de Serviço à Comunidade), que é uma componente de formação que o INUAF assume como uma das suas funções enquanto instituição de ensino superior, permitindo aos alunos, por um lado, pôr em prática conhecimentos metodológicos e, por outro, encetar uma pesquisa mais aprofundada sobre uma problemática que afecta a sociedade. É, portanto, mais uma iniciativa formal no sentido de se conseguir estreitar a ponte entre o trabalho académico e as necessidades da comunidade, tentando assim conciliar duas finalidades essenciais: o trabalho curricular e o serviço à comunidade.

Este estudo revelou-se um desafio considerando-se as inúmeras dificuldades com as quais nos confrontámos, como sejam: a harmonização das matérias a ministrar e a estruturação da matéria a que respeita a investigação; a conciliação dos critérios de avaliação de várias disciplinas com o trabalho desenvolvido no projecto; a moderação entre as várias disciplinas do semestre em termos de trabalho solicitado aos alunos de forma a que a investigação não compromettesse as restantes obrigações lectivas; os *timings* próprios do calendário escolar com a programação do projecto, nomeadamente: a disponibilidade das instituições envolvidas, o ajustamento de oito grupos de trabalho (de modo a que todos pudessem realizar um trabalho útil e peculiar sem sobreposições ou desfasamentos) e o facto de intentar em conseguir suprir as carências de investigação em alunos com pouca experiência nesta área.

A elaboração e apresentação do trabalho de alunos com capacidades muito distintas e sem qualquer experiência de investigação a este nível, num relatório que cumpre as normas internacionais (Manual da APA – *American Psychological Association*), usadas para a elaboração de trabalhos científicos, e o facto de proporcionar ferramentas de apoio às necessidades da

comunidade em termos de sugestões para suporte à tomada de decisões é, talvez, o grande valor e mérito deste estudo, e o que o torna por si só merecedor de sentido e de consideração, por parte de todos os interessados. Sobre esta última finalidade – a preparação de sugestões para apoio à tomada de decisões – temos de admitir que o *trilho a palmilhar* é ainda muito extenso, tão descomunal é a distância que separa as finalidades académicas das da sociedade real. A maior dificuldade sentida foi, por essa mesma razão, conseguir fazer sugestões de melhoria (que, sem esta investigação, muito dificilmente poderiam ser obtidas), por forma a fornecer algo de benéfico e inovador para uma problemática, para a qual a sociedade ainda não encontrou respostas eficazes, apesar das inúmeras proposições e sugestões.

Este projecto, por ser um trabalho elaborado por alunos e professores, dirigiu-se, na sua parte metodológica para os mesmos e, nas suas conclusões e recomendações, para a comunidade. No que respeita ao trabalho no terreno, foi realizado na sua totalidade pelos alunos, tendo cada grupo posteriormente apresentado o seu próprio relatório (após a recolha dos dados). Num momento final, professores e alguns alunos voluntários utilizaram esses mesmos relatórios como base para a elaboração das partes respeitantes à revisão de literatura, metodologia e algumas partes dos resultados qualitativos os professores complementaram o trabalho dos alunos com os seus contributos.

Ao nível da sua composição, este relatório encontra-se estruturado em três partes: na primeira parte do trabalho expõe-se (após a presente introdução) o enquadramento teórico do problema da toxicodependência e, em especial, da criminalidade associada à toxicodependência. Na segunda parte, procede-se à descrição do trabalho de campo (em cujo âmbito se caracteriza a população inquirida e entrevistada), e à exposição de todo o procedimento seguido na investigação, assim como a caracterização do instrumento de pesquisa. Por último, na terceira parte, apresentam-se os resultados obtidos, na vertente quantitativa e qualitativa, a discussão dos mesmos, as conclusões, as limitações da investigação, as propostas para investigações futuras e, por fim, as recomendações decorrentes da análise de toda a investigação.

CAPÍTULO 1

DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA

Aspectos Histórico-culturais do Consumo de Drogas ao Longo dos Séculos

Seja por motivos de cura, por motivos religiosos, recreativos ou até existenciais, as drogas acompanharam desde sempre a história da humanidade. Trata-se de uma presença contínua, envolvendo não somente a medicina e ciência, mas também a magia, a religião, a cultura, a festa e o prazer (Seibel, 2001).

O nosso sistema nervoso central é uma máquina de fabricar estímulos (dor ou prazer) e o uso de drogas afecta estes estímulos: no início, o prazer mas posteriormente, com o uso excessivo, surge a dor (desprazer). A origem do consumo de drogas está pois, particularmente ligada a um desejo intenso do Homem em atingir o prazer, tentando, para isso, dominar a sua mortalidade, explorar as suas emoções, melhorar o seu estado de espírito e intensificar os sentidos ou promover a sua interacção com o meio social, facilitando a desinibição para o alcançar. Contudo, o uso das drogas desperta no indivíduo significados diferentes e assenta em determinados contextos culturais e sociais específicos, que fazem com que nem sempre este “prazer” alcance os seus propósitos iniciais, persistindo no sujeito apenas na medida em que estes exercem determinadas funções a nível físico, psíquico e social (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000). Perante esta verdade, torna-se assim importante percebermos o percurso do fenómeno do uso das drogas – das drogas naturais às drogas sintéticas – ocorrido nas nossas sociedades e verificarmos se esse “prazer” já foi plenamente alcançado com o seu uso.

Segundo Borges & Filho (2004), as primeiras experiências humanas com drogas deram-se através do consumo de plantas e dos seus derivados directos - situação que acompanhou a história humana durante muitos milénios. Reúnem-se aqui as drogas chamadas naturais, como a coca e o ópio, mas também a cocaína e a morfina, cujos princípios activos são retirados

directamente das plantas.

A mais antiga utilização de “drogas” parece remontar a cerca de 5000 A.C. Nessa época, consumia-se essencialmente a cannabis ou cânhamo indiano. (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000). O ópio, classificado como depressor, foi descoberto pelos povos na Mesopotâmia, em 2.500 A.C., nome dado por eles ao extracto da papoila, considerada a “Flor do Prazer” (o seu fluido branco era mastigado, inalado, ou misturado em líquidos para, então, ser bebido em ocasiões festivas e solenes). Quinhentos anos antes do nascimento de Cristo, os Citas, cujo território se estendia do rio Danúbio ao rio Volga, na Europa Oriental, depositavam haxixe sobre pedras aquecidas no interior de pequenas cabanas e, à noite, inebriavam-se com a inalação dos “vapores mágicos”. Avançando um pouco no tempo, há quase oito séculos, o Imperador inca Manco Capac decretava o direito de se mastigar cocaína e considerava-a como um rico presente “acima da prata e do ouro”.

O uso de drogas na civilização ocidental disseminou-se principalmente a partir do século XIX, em particular na Europa, sobretudo pela acção exercida pela Inglaterra nas suas possessões do Oriente, através da tristemente célebre “Guerra do Ópio”. Na Inglaterra, o uso do ópio banalizou-se e foi a partir das experiências de consumos de ópio que se chegou ao entendimento do paradigma de dependência física, não referenciada até princípios do séc. XIX. É pois, em pleno séc. XIX, que é isolado o alcalóide do ópio, ao qual foi dado o nome de “morfina”; este factor associado ao fabrico em série de certos produtos de síntese (cocaína e heroína) e a invenção da seringa e da agulha hipodérmica, vieram transformar visceralmente a estabilidade que as sociedades tinham conservado durante séculos (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Em 1856, a cocaína foi obtida da folha da coca pelo químico Wehler e, a partir de 1860, esta começa a ser usada em diferentes partes do mundo, nos mais variados produtos (tónicos em refrigerantes Coca-Cola, cigarros, doces, gomas de mascar), pois não deixava as pessoas ficarem cansadas. Há ainda alguns exemplos célebres, considerados até chiques, da utilização de cocaína, no final do século XIX. O *Vin Mariani* por exemplo, um excelente vinho Bordeaux, com extractos de folhas de coca, tornou-se numa bebida popular na

Europa de 1890, contando com ilustres adeptos.

As primeiras drogas sintetizadas totalmente em laboratório foram a anfetamina – Benzedrine – em 1887, tendo a mesma passado a ser utilizada clinicamente só a partir de 1927 e, paralelamente, os barbitúricos, a partir da síntese do ácido barbitúrico, em 1863, que deu origem, em 1903, à produção do barbital.

Medicamentos vendidos, sem censura, na viragem do século, tinham na sua composição ópio, heroína ou cocaína. O *glamour* relacionado à “loucura” das substâncias psico-ativas ou, por outro lado, o desconhecimento sobre os seus efeitos destrutivos, chegava ao ponto de permitir que estojos de cocaína e heroína fossem vendidos em lojas e publicitados e anunciados em jornais e revistas. É então que, no início do século XX (1903), o uso de cocaína em alimentos, bebidas e medicamentos foi proibido, pois constatou-se o potencial dessa droga em criar dependência e, em 1914, a cocaína foi classificada como uma droga extremamente perigosa e o seu consumo expressamente proibido.

As duas grandes guerras tiveram igualmente um papel muito importante na evolução da história das drogas. A I Grande Guerra vem marcar o fim de um ciclo (drogas naturais e semi-sintéticas), pois a necessidade de calmantes para os feridos e de estimulantes para os exércitos, contribuiu para um salto em frente na pesquisa sobre os estupefacientes. A ambivalência em relação ao consumo de drogas alcança então o seu apogeu. Simultaneamente, surgiu o LSD, sintetizado em 1938, cujo estudo foi aprofundado pelo químico Hofmann (1943).

Em 1941, o *Pure Food and Drug Act (1906)*, o *Opium Exclusion Act (1909)* e o *Harrison Narcotic Act (1914)* “arrancaram” os opiáceos e a cocaína dos balcões das farmácias e, com esta medida, ao mesmo tempo que se instalou uma opressora restrição, gerou-se, analogamente, o seu primeiro efeito perverso: o rígido controlo das vendas encorajou o desenvolvimento do comércio ilícito nos Estados Unidos (algo de semelhante havia ocorrido com as bebidas alcoólicas, na década de 20).

Utilizados pela primeira vez na viragem do século, os barbitúricos atingiram o auge de consumo nos frenéticos anos 50 - a época do lema “*Viva melhor com a química*”. O culto dessas drogas, tidas como “leves” e “recreativas”, levou muita gente a acreditar que estas podiam trazer bem-estar,

criando assim uma certa curiosidade pela experimentação e iniciando-se a fabricação das drogas sintéticas. Os países da América do Sul começam a plantar coca e a cocaína reaparece na Inglaterra (já como droga de uso clandestino), espalhando-se rapidamente pelo mundo. Pelo seu alto custo, tornou-se a droga predilecta da elite, e passou a ser a droga dos executivos, dos atletas e dos políticos.

Na continuidade da emergente “influência química” sobre o comportamento das pessoas, especialmente os jovens, o Dr. Timothy Leary, famoso guru do LSD, fez ecoar as suas ideologias aos jovens dos anos 60. Com o aparecimento de uma nova droga, sintetizada em laboratório, o médico norte-americano defendia a autonomia de poder “mudar a mente”, para atingir a sintonia com os tempos liberais da “paz e do amor”. Alucinogénios e estimulantes tornaram-se assim tão populares como a Coca-Cola.

Efectivamente, até às décadas de 50 e 60 as drogas ainda não punham em causa nem a segurança nem a saúde, ocupando um papel bastante minoritário na civilização ocidental (Poaires, 1998).

Em relação aos anos 70 pode dizer-se que estes marcaram o crescimento do uso de depressores. No meio de uma guerra indesejada no Vietname, a heroína ganhou forte impulso no mercado negro das drogas, juntamente com o ópio vindo do Triângulo Dourado (Cambodja, Laos e Tailândia). Foram também realizados grandes festivais de *rock* nos EUA, que divulgaram para o mundo o movimento *Hippie* e a cultura das drogas, e todo o mundo queria fazer “o que lhe dava na cabeça”; surge então uma explosão do uso de drogas em todo o planeta. O consumo de haxixe, cocaína, LSD e outras substâncias aumentou assustadoramente e, com isso, surgiu a *máfia internacional de drogas*.

Ainda no decorrer dos anos 70, surgem também no mercado as chamadas *designer drugs* (drogas de desenho). Estas substâncias ganharam grande popularidade nos anos oitenta por serem consumidas nas discotecas e *raves*, enquanto as pessoas dançavam ao som da música electrónica, como é o caso do *ecstasy*. As *designer drugs* foram modificadas em laboratório, com o objectivo de criar ou potenciar efeitos psico-activos e evitar efeitos indesejáveis.

A década de 80 testemunhou, por sua vez, o consumo de cocaína

fumável (base livre, *rock*, *crack*) e das metanfetaminas ilícitas. Nesta onda de abuso de estimulantes, o haxixe, a heroína e, especialmente, o álcool, jamais perderam o seu espaço, sendo consumidos, em maior ou menor escala, de acordo com as condições culturais e sócio-económicas dos diferentes países. Foi nesta altura que tiveram início as primeiras grandes campanhas anti-droga, lideradas pelos EUA.

A população consumidora passou a ser diferente da dos clássicos morfinómanos; passou a ser uma população mais jovem que procurava contestar o que estava instituído e, simultaneamente, potenciar a criatividade, facilitar a comunicação e o convívio, procurando novas experiências e descobertas. O consumo de determinadas drogas correspondia a uma filosofia de vida, que fazia abertamente a apologia do prazer e este estava intrinsecamente associado ao consumo de drogas.

Gradualmente, o consumo banalizou-se e perdeu a sua originalidade. A droga, em vez de ter um cariz social e contestatário, passou a ser sobretudo uma forma de fuga da realidade do mundo e da depressão de cada um. Vulgarizou-se o “drogar para não sentir” e, paralelamente, foi diminuindo a idade de início de consumo.

Segundo os autores Rosa, Gomes e Carvalho (2000), *“O consumo de drogas foi então subvertido: o êxtase, a embriaguez intelectual dos velhos tempos, tornou-se oficialmente na “curtição” actual. O consumo banalizou-se e perdeu a sua originalidade. (...) já não é intelectualizado, já não se pode falar de um desejo, mas sim de uma necessidade ou dependência latente. A toxicoddependência tornou-se num grave problema de saúde, social, económico e político à escala internacional”* (pp. 34).

Desenvolvimento Histórico do Uso e Abuso de Droga em Portugal

Na opinião de Gameiro (1992), o nascer do consumo da droga em Portugal remonta a alguns séculos. Foi, com efeito, no século XVI e com as descobertas marítimas, que o uso de droga se alastrou e diversificou.

O aumento do problema da droga em Portugal ocorreu na década de 70. Até então, o uso de drogas não era significativo e encontrava-se localizado nas classes urbanas intelectuais e de estatuto socio-económico mais elevado, assim como na classe dos profissionais da saúde, levantando poucos problemas a nível sanitário ou criminal. Os utilizadores de droga, que recorriam a centros especializados, eram principalmente consumidores de medicamentos, tais como a morfina e as anfetaminas. Só nos anos 70, com o regresso dos soldados da guerra colonial, dos repatriados das ex-colónias e dos exilados no estrangeiro, é que se verificou um aumento considerável do uso de drogas - principalmente de *cannabis*.

Pelo facto do uso de drogas não levantar muitos problemas, a legislação portuguesa não incriminava o consumo directamente. A sua importação e venda eram reguladas pelo direito fiscal e, durante algum tempo, após 1974, a dependência de drogas, que continuava a ser rara, encontrava-se ainda especialmente relacionada com o consumo de substâncias como a morfina e os seus derivados. À medida que aumentava a circulação de drogas e se assistia a uma mudança inerente de atitudes em relação às mesmas, também se foi alterando a interpretação política do seu uso e do fenómeno em geral. As intervenções políticas e legislativas adoptaram uma visão cada vez mais plural e integrada do problema da droga e foram tomadas uma série de medidas psicossociais, terapêuticas e legislativas de combate ao problema.

Nos anos 80, houve uma mudança de cenário. Com a explosão dos centros urbanos e da degradação e marginalização de algumas comunidades, o uso e abuso de drogas aumentou exponencialmente, deixando de ser apenas um fenómeno micro-cultural. As drogas começaram a ser facilmente acessíveis, assistindo-se à explosão da disponibilidade da heroína. Segundo Neto (1996), *“desde a introdução da heroína em Portugal, parece que o fenómeno não tem parado de aumentar. O consumo começou nas grandes cidades e no Litoral, mas espalhou-se, usando-se esta droga agora em todas as cidades e vilas do país, (...)”* (pp. 56). Para além disso, fumar tornou-se uma via de administração significativa para a heroína, o que contribuiu para a disseminação do seu uso. Como consequência, esta droga, juntamente com o haxixe, transforma-se na droga de abuso mais generalizado. Este período correspondeu também a uma alteração na percepção da abordagem a fazer

aos toxicodependentes, cada vez mais considerados nas suas vertentes clínica, social e psicológica.

Em 1983, o Decreto-Lei 430/83, de 13-12, reflecte esta nova abordagem visto que prevê a suspensão da pena em alguns crimes relacionados com droga se o infractor aceitar tratamento. Nesta fase, a toxicoddependência é cada vez mais vista como um problema de saúde e não como crime e o consumidor é considerado como um doente que necessita de cuidados de saúde, tratamento e reabilitação.

Na mesma altura, é criado o Plano Nacional de Luta Contra a Droga que, em 1987, conduz à criação do Projecto VIDA. Os primeiros Centros de Apoio a Toxicoddependentes, que posteriormente viriam a ser designados como Centros de Atendimento a Toxicoddependentes (CATs), criados pelo Ministério da Saúde, abriram em 1987, em Lisboa (Centro das Taipas). Em 1989, abriram no Porto (Cedofeita) e em Faro. Por essa altura é também criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência (SPTT).

Actualmente existe uma rede assistencial de tratamento que cobre a globalidade do Continente de Portugal, até meados de 2007 foi assegurada pelos CAT, os quais, no âmbito do recente processo de reorganização do IDT foram integrados em Centros de Respostas Integradas (CRI), que passaram a ser as estruturas responsáveis pelas respostas anteriormente asseguradas por estes mesmos Centros de Atendimento.

O início da década de 90 caracterizou-se pelo acesso fácil à heroína e à *cannabis* e pelo aumento da oferta de cocaína; o consumo de haxixe e heroína atinge tanto os centros urbanos do interior como as zonas rurais e aumenta também o uso e abuso de cocaína, principalmente nas zonas urbanas. O abuso de psicotrópicos sedativos e estimulantes diminuiu, talvez, devido à criação de medidas legais de controlo e ao maior cuidado dos profissionais de saúde em não facilitar o acesso a este tipo de substâncias.

Nos correntes anos e, incidindo nomeadamente na região do Algarve, podemos referir que, segundo a evolução nos consumos de drogas de 1999 a 2004, de acordo com os dados referenciados pela Policia Judiciária e pela Delegação Regional do Algarve, do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (2005), houve uma diminuição no número de toxicoddependentes em

tratamento, uma diminuição da prevalência de Hepatite C e dos consumos de heroína. Porém, esta diminuição é ilusória, pois não pressupõe uma diminuição do número de toxicodependentes, mas sim um não alistamento oficial dos mesmos, não havendo, desta forma, um número estatístico real deste aumento.

Consumo e Dependência

“Um consumidor de drogas pára de crescer sob o ponto de vista interior e fica com a mentalidade que tinha quando iniciou os consumos. Isto acontece porque as drogas travam o seu amadurecimento pessoal. O que pensam depende em grande parte da fase de consumo em que se encontram. Quanto mais consomem menos capacidade têm para deixar de consumir. De facto, a falta de droga (ressaca) provoca um sofrimento físico e ou moral muito grandes.”

Hapetian I., In *Entender a Toxicodependência*

De acordo com Cole (2001) e para a maior parte da comunidade científica, “droga” é toda a substância que, pela sua natureza química, afecta a estrutura e o funcionamento do organismo vivo quando em contacto com ele. Por outras palavras, droga é tudo aquilo que provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis, mas que cria com a pessoa uma relação em que esta se sente cada vez mais ligada à droga e cada vez menos capaz de se interessar e sentir prazer nas coisas normais da vida.

De acordo com os tratados internacionais de controlo de drogas (*vide* www.unodc.org), a toxicodependência é o uso de qualquer substância sob controlo internacional com outros fins que não médicos e científicos, que altera os processos bioquímicos ou fisiológicos do organismo. Segundo a Declaração de Lisboa de 1992, a toxicodependência “é a expressão de um sofrimento, e determina dificuldades físicas, psíquicas e sociais”. Define-se igualmente como uma dependência de uma “droga” que provoca adicionalmente perturbações psicológicas no consumidor.

Ainda segundo outras definições como, por exemplo, para a OMS (1997), a toxicodependência é um estado de intoxicação periódica ou crónica, produzida pelo seu uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu

consumo lícito ou ilícito “(...) *uma condição na qual a droga produz um sentimento de satisfação numa pulsão psíquica que exige uma administração periódica ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar um estado depressivo (...) e um estado de adaptação que se manifesta por perturbações físicas intensas quando a administração da droga é suspensa (...)*” (Morel, Hervé e Fontaine, 1998). Pode também ser resultado de factores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais.

As drogas que estão relacionadas com a toxicod dependência são apenas uma parte do conjunto das drogas. As drogas psico-activas, que se caracterizam pelo poder de modificar as funções do Sistema Nervoso Central (S.N.C.) são, contudo, as que se encontram mais directamente ligadas à toxicod dependência. O uso destas drogas influencia o funcionamento do S.N.C., provocando alterações nos processos cognitivos através da modificação da acção dos neurotransmissores, que são substâncias químicas produzidas pelas células nervosas, por meio dos quais enviam informações a outras células.

As substâncias psicoactivas que alteram o S.N.C. podem ser classificadas em três níveis: as drogas *depressoras*, que inibem e diminuem as actividades do cérebro – álcool, barbitúricos, benzodiazepinas, os solventes voláteis e os analgésicos opiáceos naturais ou sintéticos; as *estimulantes ou excitantes* do S.N.C. (aumentam as actividades do cérebro), – anfetaminas, psicoestimulantes, cocaína, *crack*, cafeína e nicotina; e as *perturbadoras* (desordenam as actividades cerebrais), que modificam o curso do pensamento e as percepções sensoriais – *cannabis* e seus derivados, o LSD, alucinogénios e as drogas de síntese.

Todas estas, quando administradas em qualquer organismo vivo, são capazes de modificar as suas funções fisiológicas ou de comportamento e têm como característica fundamental comum a todos, a dependência que podem provocar a quem as consome, bem como o facto de exercerem sobre o S.N.C. efeitos diferentes, consoante a dose e a personalidade do consumidor (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

O conceito actual de dependência química é baseado em sinais e sintomas típicos, que se traduzem em critérios de diagnósticos claros. É visto como uma combinação de factores de risco, que aparecem de maneira

diversificada, mas específica de indivíduo para indivíduo. O Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV da Associação Psiquiátrica Americana – APA (1996), vem reforçar esta ideia, classificando-a como transtornos por uso de substâncias. As características essenciais do abuso de substâncias psico-ativas são a intoxicação, a abstinência, o delírio induzido, a demência persistente induzida, o transtorno amnésico persistente, o transtorno psicótico induzido, o transtorno do humor induzido, o transtorno de ansiedade induzido, a disfunção sexual e o transtorno do sono induzido por substância. Estes problemas devem acontecer de maneira recorrente, durante o mesmo período de 12 meses, segundo os critérios de diagnóstico do DSM (APA.DSM-IV, 1996).

A dependência foi também classificada, pela OMS (1964), em dependência psicológica e dependência física. A dependência psicológica está relacionada com os mecanismos de reforço positivo, devido à sensação de bem-estar experimentada pelo consumidor e diz respeito, essencialmente, a um processo em que a droga toma progressivamente conta da vida do seu consumidor, associando-se a uma ilusão de poder e controlo dos problemas e a uma negação da dependência. A dependência física, por sua vez, está associada aos mecanismos de reforço negativo, na qual o organismo do consumidor está habituado à presença da substância e, quando ocorre a interrupção do consumo, esta provoca grande mal-estar físico, característico da síndrome de abstinência. Corresponde assim a uma adaptação inadequada do organismo à droga consumida regularmente (convém frisar que nem todas as drogas provocam este tipo de dependência).

Podemos pois referir que, no comportamento de dependência, se observa uma tendência para repetir a utilização da substância e uma perda substancial do controlo para poder abandonar o seu uso. Quando o dependente tenta “largar” o vício, muitas são as dificuldades psicofisiológicas com que se depara: a síndrome de abstinência, que surge quando a dependência física e a psíquica se encontram instaladas e que se faz representar em incómodos físicos e perturbações; a abstinência física ou «ressaca» física, que surge quando há consumo de substâncias que provocam a dependência física (tais como a heroína, o álcool ou barbitúricos) e que se

caracteriza por um estado de agitação muito grande, ansiedade, dores musculares, suores, tremores e, algumas vezes, delírios; e, por fim, a «ressaca» psicológica, que é descrita pelo dependente como uma sensação terrível de perda, de vazio e uma total incapacidade de enfrentar as realidades que constituem o cotidiano de uma pessoa dita «normal».

Outro facto importante a ressaltar, relativamente às drogas, é a capacidade que muitas delas têm, ao serem consumidas de forma regular, de desenvolverem *tolerância* no indivíduo, que consiste no facto de se reclamar uma dose cada vez maior para atingir os mesmos efeitos. Segundo Pina (2001), é por isso que alguns dependentes de heroína começam por fumar heroína e, posteriormente, para obterem o mesmo efeito, ou consomem mais heroína fumada, ou iniciam a administração endovenosa para obter um efeito mais forte.

Podemos ainda, para entendermos melhor a sequência psicossomática do consumidor, designar como se estrutura o percurso dos toxicodependentes. Este faz-se em três etapas: a primeira etapa denomina-se de “*lua-de-mel*”, uma vez que é caracterizada pela ausência de efeitos negativos, apresentando apenas os mecanismos de reforço positivo, ou seja, os efeitos positivos da droga (nesta fase ainda não se verifica nem dependência física, nem dependência psicológica); na segunda etapa, surge a dependência psicológica e, ainda que predominem os mecanismos de reforço positivo, o indivíduo consome a substância com mais frequência, de modo a contornar os efeitos negativos que já sente; na terceira e última etapa, os mecanismos de reforço negativos prevalecem sobre os mecanismos de reforço positivo e torna-se provável que, neste momento, o consumidor se entregue à criminalidade, pois este percebe-a (entenda-se a criminalidade) como um recurso para restabelecer a sua normalidade, ameaçada agora pela abstinência da substância em questão. Tal como nos é indicado, segundo o modelo psicofisiológico, as propriedades associadas a determinadas drogas conduzem a manifestações delinquentes, mais predominantemente à violência. (Borges & Filho, 2004)

Segundo Fernandes (1998), o consumidor não se apercebe do que lhe está a acontecer ao longo destas três etapas e não aceita os avisos dos

amigos e familiares. Chega a um ponto em que a droga é a única razão de ser e de existir dessa pessoa. A família, a escola, o trabalho, os amigos, tudo deixa de interessar. Neste estado, a recuperação é extremamente difícil, pois retirar a droga à pessoa equivale a retirar-lhe a razão de viver. É o vazio absoluto que fica e que se torna insuportável para qualquer ser humano.

Características Individuais do Consumidor

“O mundo da droga surge-nos como um domínio situado nos confins do real, cheios de difíceis segredos de penetrar, e do qual, uma vez franqueado o limiar, é ainda mais difícil libertar-nos. Os toxicómanos são indivíduos sedutores, uma sedução eventual, devida ao poder de atracção das substâncias às quais dedicam uma forma de culto, e seguramente, decorrente da sua personalidade paradoxal e ao seu estilo de vida rebelde”.

Martine Xiberras, 1989, in “a *Sociedade Intoxicada*”

Os toxicodependentes, ao nível de pensamento, apresentam um mundo de ideias muito próprio, caracterizado pela desorganização ideativa. Esta desorganização é sempre acompanhada por níveis elevados de estimulação de tonalidade dolorosa, relacionados com um profundo estado de angústia e com grande dificuldade de controlo e tolerância ao *stress*. A sua relação com o meio é pouco consistente, estando orientada, ora pelo mundo das suas ideias e pensamentos, ora pelos aspectos afecto – emocionais e exteriores que internalizou (Agra, 1998).

Bergeret (1996) refere que, embora muitos autores tenham tentado definir uma personalidade toxicodependente, em rigor não se pode definir algo que não existe, visto não se poder identificar uma personalidade toxicodependente, mas antes uma conduta toxicodependente. Existem, contudo, determinadas características do hospedeiro que o tornam mais ou menos vulnerável ao consumo de drogas (Borges e Filho, 2004). Segundo Neto (1996), podemos definir uma série de características gerais do

toxicodependente, que o tornam mais vulnerável ao consumo do que os demais. Estamos a falar, por exemplo, de sentimentos de dependência, de ambivalência interpessoal, de assertividade pobre, do controlo externo em vez de interno, da dificuldade na identificação, da tendência para o *acting out*, da baixa tolerância à frustração, da necessidade de aprovação social e da incapacidade de deferir o desejo. Todavia, segundo Pina (2001), as características individuais do consumidor não são as únicas responsáveis pelo seu consumo, mas também a idade e o ambiente social que o rodeia exercem grande influência na escolha desse caminho. O ambiente, quer como factor de risco quer como factor de protecção, é uma fonte de grande importância para a adição; a família, a escola, o trabalho, o grupo de amigos, as actividades sociais, a comunicação social e a publicidade, o nível sócio-económico, a cultura e os aspectos geopolíticos também vão interferir fervorosamente nas causas da toxicodependência.

Também, segundo Rosa, Gomes e Carvalho (2000), existem determinados factores que contribuem para o aparecimento e dependência das drogas na vida dos sujeitos - são os chamados factores de risco. Estes podem agrupar-se sinteticamente em 3 grupos: os factores sociodemográficos, os factores familiares e os factores pessoais. Nos primeiros estão envolvidas as variáveis idade, sexo, origem étnica, local de residência, origem social, situação escolar/profissional e a influência do grupo/pressão social, que podem, segundo as vivências individuais, conceber efeitos negativos no desenvolver do seu crescimento; nos segundos, incluem-se o uso de tóxicos pela própria família, da psicopatologia associada do sujeito, a situação familiar, as relações conjugais e familiares, as relações afectivas e potenciais abusos físicos e sexuais. Este factor tem a ver, essencialmente, com a família do indivíduo e com a solidez da sua estrutura; o terceiro e último factor tem a ver com a sua atitude em relação aos tóxicos, com as experiências e expectativas prévias, com a estrutura da personalidade e com os respectivos traços dos conflitos emocionais.

Todas estas perspectivas são facilmente comprovadas pela facilidade e evidência com que se encontram indivíduos toxicodependentes que foram criados num ambiente familiar marcado pela instabilidade, pela falta de

compreensão e afecto, pela intolerância e frieza, com rejeição e hostilidade, com indiferença e desconfiança, com excesso de mimo ou ausência total dele, pela falta de limites e de disciplina, pela falta de respeito às individualidades e pelo não-suprimento das suas necessidades básicas.

Segundo Hepatien (1997) essas “carências” levam a que mais tarde o indivíduo fique com a auto-estima destruída e com a personalidade muito fragilizada o que, conseqüentemente, se reflectirá na sua incapacidade em superar as pressões de dentro das suas próprias casas e das relações interpessoais e em não conseguir superar as pressões do meio em que vive, acabando tragicamente por sucumbir às drogas.

Sampaio (2006) reforça também a importância do papel dos pais, bem como a relevância dos conflitos e das rupturas familiares, afirmando serem de interesse extremo, na medida em que podem vir a ser factores precipitantes do início do consumo de droga, pois a sua disfuncionalidade e instabilidade afecta directamente a construção da sua personalidade. Para o Autor, se os pais tiverem uma atitude de amor ao longo da vida, acompanhada por uma disciplina firme mas respeitadora da especificidade de cada filho, é um passo decisivo (embora não completamente seguro) para que o filho resista ao consumo de drogas.

Hiperactividade e Toxicodependência

A ideia da associação hiperactividade / isolamento escolar / toxicodependência surgiu no seguimento do contacto com o estabelecimento prisional de Faro, tema que não pode ser deixado sem uma análise cuidada, considerando-se a possível relação entre este transtorno e comportamentos socialmente desajustados.

A Perturbação de Hiperactividade e de Défice de Atenção (PHDA), um problema cujo impacto na vida escolar e familiar de uma criança é significativo, tem vindo gradualmente a despertar maior interesse por parte de profissionais de diversas áreas tais como professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e, naturalmente, os pais. No entanto, apesar dos progressos ao

nível da investigação, ainda são muitos os casos de falhas de diagnóstico, o que compromete a possibilidade de intervenção precoce e de redução dos danos psicológicos causados em consequência das dificuldades de interacção da criança com o meio.

A hiperactividade infantil é uma perturbação de instabilidade, da qual resultam comportamentos como a dificuldade de atenção e distração permanente (com maior frequência em relação ao observado em nível equivalente de desenvolvimento), impulsividade, agitação, desorganização (dificuldade de antecipação de necessidades e problemas), imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, fraca auto-estima e irritabilidade. Estas características, frequentemente atribuídas à criança hiperactiva, dificultam a aprendizagem escolar e comprometem o relacionamento social e familiar da criança.

Lopes (2003) aponta várias causas possíveis desta perturbação: hereditariedade (uma criança hiperactiva tem o risco 5-7 vezes superior de ter um irmão hiperactivo do que uma criança sem esta perturbação), lesões, bioquímica e actividades cerebrais; prematuridade; factores ambientais (como o consumo de certas substâncias, tais como o álcool ou tabaco, no decurso da gravidez ou a exposição ao chumbo). Segundo Cabral (2003), a hiperactividade é três vezes mais frequente nos rapazes e, com a idade, os sintomas têm tendência para se atenuarem embora, em alguns casos, persistam na adolescência e na idade adulta. Portanto, quanto mais cedo for identificado o problema, maiores são as possibilidades de interromper um processo gradual de fracasso pessoal.

O insucesso escolar e os comportamentos desajustados a este ambiente, como a desatenção, actividade motora excessiva e o falar de forma excessiva e imprópria, conduzem a criança hiperactiva a um isolamento provável, por parte dos educadores e dos colegas. No ambiente familiar, a impulsividade exacerbada e incontrolável irá exigir o máximo da atenção parental, podendo resultar em castigos excessivos, o que pode ainda agravar a situação e comprometer o desenvolvimento de laços afectivos saudáveis. Deste processo, a consequência será a baixa auto-estima. A baixa confiança, associada ao *deficit* de aprendizagem e à falta de habilidades sociais, poderá

conduzir o adolescente ao abandono escolar, a uma baixa motivação, a comportamentos anti-sociais e ao abuso de substâncias. É neste sentido que alguns estudos indicam uma forte ligação entre a hiperactividade e a formação de um carácter passível de culminar, mais tarde, em comportamentos socialmente desajustados, como o alcoolismo, a toxicodependência ou mesmo comportamentos criminais.

De acordo com um estudo realizado na Noruega (Lauritzen et al., 1997), uma elevada percentagem de consumidores de drogas sofreu graves problemas familiares durante a infância e adolescência. Setenta por cento vivenciaram problemas de aprendizagem e comportamentais na escola, 38% foram vítimas de intimidações e 21% receberam tratamento psiquiátrico durante a infância e adolescência.

Outras investigações (Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003) indicam que as perturbações psicológicas ou da personalidade acontecem habitualmente antes das perturbações por consumo de substâncias; em outras palavras, elas aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos aos comportamentos aditivos e às consequências que deles derivam.

A fim de contornar esta problemática, é preciso, primeiramente, vê-lo como um problema comportamental e de saúde da criança e não como um problema disciplinar. É necessário estar atento aos sintomas mais frequentemente associados à PHDA para que a criança seja encaminhada, o quanto antes possível, para diagnóstico com profissionais especializados. Como medida de tratamento, alguns procedimentos podem ser assumidos, como a utilização de medicamentos que actuam ao nível dos neurotransmissores, o que aumenta a sensibilidade a estímulos exteriores e a capacidade atencional, diminuindo, portanto, os efeitos da PHDA, e ainda intervenções como a terapia Psicoeducativa, cujo objectivo é recuperar a auto-estima da criança e ajudá-la (assim como aos demais envolvidos, como pais e professores) a compreender os sintomas da doença, bem como os prejuízos causados pela mesma.

Só assim é possível travar esta situação, que pode comprometer um desenvolvimento adequado da criança, podendo culminar em comportamentos desajustados, tais como o consumo de álcool e droga, comportamento criminal, exclusão social e outros.

Comportamento Desviante

O toxicodependente orienta toda a sua vida em função da droga, particularmente a heroína, tornando-se dependente dum complexo e extensivo código intra pessoal. Agra (1998), refere que “(...) *a sua relação com os outros é meramente instrumental, dependente e utilitarista: a sua existência minimalista é presidida pelo interesse financeiro, em ordem à aquisição de droga (...), a dependência física e psicológica implica a dependência económica que se alimenta de várias fontes: colaboração na distribuição do produto, dívidas contraídas, roubos (...)*” (pp.27).

Patrício (1997) afirma-nos que, analogamente à decadência física, psicológica e social, o estilo de vida do toxicodependente sofre variadas flutuações ambivalentes no que concerne aos seus valores morais e éticos. A motivação para consumir drogas leva à transgressão de valores (que, contudo, não deixaram de existir); a pessoa, depois de saciada, sofre quando toma consciência de que infligiu esses valores, pois o seu código interno ético-moral fá-lo sentir a censura dos seus comportamentos anti-sociais. Esta ambivalência, ao acentuar-se, pode originar a decisão de suspender os consumos. Porém, o enfraquecimento ético é normalmente auto-justificado e auto-anulado pela utilização do estereótipo social que recai sobre os ambientes relacionados com drogas.

O uso regular de substâncias tóxicas, nomeadamente a passagem do uso à dependência, introduz um conjunto de alterações comportamentais indesejadas, que conduzem àquilo a que poderemos chamar uma *nocividade social*, que se caracteriza por um aumento do absentismo, abandono e degradação familiar, acidentes laborais e ainda tendência para o *acting out*, que conduz à prática de actos delinquentes. Além disso, o critério de valores de um toxicodependente passa a ser bem diferente do critério comum. Caso não tenha dinheiro para comprar a droga, ele não se incomodará em roubar, seja da própria família, seja de amigos e as suas conversas, atitudes e interesses deixam de interessar àqueles que querem viver saudavelmente, pois o contraste de valores e condutas, entre ambos os grupos, é extremamente grande.

Os toxicodependentes sentem, por isso, muita dificuldade em enfrentar as frustrações decorrentes das actividades do dia-a-dia e reagem a elas de modo agressivo ou impulsivo, o que os torna inadequados ao ambiente familiar, profissional ou social, uma vez que os transtornos por uso de substâncias psico-activas exercem considerável impacto sobre si, sobre as suas famílias e a comunidade, determinando grande prejuízo à saúde física e mental, grande comprometimento das relações, perdas económicas e, na maioria das vezes, problemas legais. Por exemplo, Angel (2002) assinala a associação entre transtorno do uso de substâncias psico-activas e a violência doméstica, acidentes de trânsito e crime.

De uma forma insidiosa, o consumidor de drogas inicia assim uma escalada de comportamentos instrumentais face à necessidade de consumir: começa por sacrificar os recursos disponíveis, depois compromete o seu crédito junto de familiares e amigos, passa às burlas, cheques sem cobertura, roubos, prostituição, etc. ocorrendo em paralelo graves sequelas induzidas pelo efeito das drogas: desleixo, incumprimentos a nível relacional, social e profissional, doenças físicas, entre outros factores de ordem pessoal. Desde a sua experiência inicial com drogas, a motivação para obter prazer torna-se cada vez mais dominante, manifestando-se por uma concentração progressiva na cultura da droga e nas modificações paralelas ao seu estilo de vida, cada vez mais distante de outras motivações e actividades, que ficam relegadas para posições cada vez mais secundárias, até se apagarem totalmente. Colateralmente, através do consumo, desenvolvem formas de delinquência, adquiridas na sequência do contacto com a droga, ou no desenvolvimento de outras actividades criminais, deixando assim o toxicodependente forçosamente num enquadramento de vida de crime ou tráfico pois, regra geral, quando este esgota os seus meios financeiros, dentro e fora da família, tende a recorrer a actos ilícitos com o fim de satisfazer o seu prazer químico, uma vez que toda a sua vida se encontra desestruturada e a saída mais fácil, apesar de tudo, é a droga.

De acordo com as investigações de Agra (1997; 1998) e de Negreiros (1997), no universo dos sujeitos detidos nos estabelecimentos prisionais em Portugal, 70% destes consumiam regularmente uma substância psico-activa antes da entrada na prisão. Mas este facto não é suficiente para estabelecer

uma relação quanto à natureza entre os dois comportamentos.

No que diz respeito às substâncias relacionadas com a criminalidade, encontramos a heroína como a mais consumida, seguindo-se o consumo de álcool e da cocaína. Quanto à relação entre o consumo e a actividade delituosa, as substâncias que têm mais poder preditivo são a heroína e a cocaína, verificando-se que os crimes mais frequentes estão intimamente ligados a delitos contra a propriedade, podendo-se mesmo afirmar que a frequência do consumo de heroína e cocaína está significativamente relacionada com práticas de crimes de natureza aquisitiva (Agra, 1998).

A este propósito, um dos reclusos entrevistados referiu que, das duas drogas citadas, a cocaína é aquela que predispõe o sujeito a cometer delitos, pois *“a dose necessária para satisfazer o vício vai aumentando ao longo das tomas”*; a heroína não tem esta estrutura nem esta necessidade. Quanto à tipologia dos delitos, esta é variada, sendo recorrente o esticção, o assalto a viaturas, a casas e a estabelecimentos comerciais. Com a venda dos bens roubados, conseguem aquilo por que mais anseiam: *“com o dinheiro obtido compramos mais droga”*.

É, pois, de extrema importância ter-se em consideração o comportamento desviante do toxicodependente, como um caminho *“necessário e sem alternativa”* para a alimentação da doença que tem. Porém, este fá-lo com extrema ansiedade e necessidade, pois este caminho é o único que encontra para abafar o desprazer que sente quando está na ausência da droga. Claro que não podemos desculpabilizar os toxicodependentes dos seus comportamentos desviantes, uma vez que estes também nos afectam directa ou indirectamente a todos nós, de modo bastante prejudicial; mas podemos e devemos encarar as suas atitudes e comportamentos como sinais visíveis de uma doença que não controlam sozinhos e como um estilo e padrão de vida completamente destruído e desenraizado de toda a realidade externa que o circunda.

Comportamentos Desviantes em Grupo

De acordo com Vieira (2006), trabalhos anteriores têm apontado para o facto do comportamento desviante ser multi-determinado, encontrando-se associado a variáveis intra-individuais, como ser do sexo masculino (Farrington, 1987; Emler & Reicher, 1995; Giordano & Cernkovich, 1997; Gottfredson, Sealock & Koper, 1996; Estatísticas de Justiça, 1997), e ter idade compreendida entre os 13/ 14 e os 17 anos (Quay, 1987; Moffitt, 1993; Emler & Reicher, 1995; Gottfredson, Sealock & Koper, 1996; Moffitt et al., 1996), pertença a uma etnia minoritária, (Farrington, 1987, Hindelang, 1978; Gottfredson et al., 1996; Gersão, 1998), e ser originário de uma família de classe sócio-económica baixa (Gottfredson, Sealock & Koper, 1996), o que resulta numa maior incidência de delitos.

Nos estudos longitudinais, as variáveis relacionadas com a família têm sido as mais salientadas, designadamente as práticas educativas (McCord, 1979; Snyder & Patterson, 1987; Wilson, 1980; Melby, et al., 1993), a existência de criminalidade parental (Clark, Kirisci & Moss, 1998; Wu & Kandel, 1995; Rutter, 1985) e o ser originário de uma família numerosa (West, 1982), uma vez que são os grupos primários, os principais responsáveis pela conduta, transmissão de valores, educação e instrução do indivíduo, nos primórdios da sua existência.

Um dos aspectos mais estudados, relativamente ao consumo de produtos ilícitos, como é o caso da droga na adolescência, é o facto destes ocorrerem com maior frequência em grupo (Reiss & Farrington, 1991). O apoio do grupo de pares é considerado tão importante para a iniciação dos comportamentos desviantes como para a sua manutenção (Kandel, 1978). Neste contexto, o significado de um comportamento não é o comportamento em si, mas o significado que o grupo lhe atribui. Assim, a influência do grupo de pares, definida como a percepção do comportamento do melhor amigo (Morgan & Grube, 1991; Bauman & Ennett, 1994; Kandel, 1978), sugere a existência de semelhanças entre o comportamento do próprio e do amigo (Keenan et al., 1995; Emler & Reicher, 1995).

Há vários tipos de normas subjacentes ao funcionamento dos grupos.

Tais normas são desenvolvidas de forma progressiva, silenciosa, sendo simultaneamente causa e efeito dos processos de influência social, tais como as pressões para a conformidade e para a convergência.

Paralelamente, a influência activa da oferta surge como um conceito importante nos programas de prevenção do consumo de substâncias tóxicas (Brown, Clasen & Eicher, 1986; Donaldson, 1995). Segundo Graham, Marks & Hensen (1991) a influência social dos pares tem sido estudada com base em diferentes operacionalizações do conceito, que podem ser distinguidas entre influência passiva (percepção do comportamento do melhor amigo) e influência activa da oferta e dos convites para uma actividade.

Palmonari, Pombeni & Kirschler (1990), ao estudarem em que medida a pertença a diferentes grupos afecta a imagem do próprio no grupo e a dos outros, verificaram que, independentemente do grupo de pertença, os jovens tendem a descrever positivamente o seu grupo, e negativamente os grupos exteriores. Segundo a Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1972), os indivíduos, através do processo de categorização social e da comparação social, definem a sua identidade social, de modo a acentuá-la de forma positiva em relação a outros grupos naquela situação específica. Uma vez que a categorização social está associada ao sentimento de pertença ao grupo, o significado emocional e avaliativo que resulta deste sentimento exprime-se através do favoritismo pelo próprio grupo, em detrimento do outro grupo. Estudos de Simon e Hamilton (1994) demonstraram que a percepção de maior homogeneidade no endogrupo é devida a uma necessidade de reforço da coesão deste, para uma identidade social positiva, gerada por um baixo estatuto grupal. Assim, os grupos sociais só podem contribuir para uma identidade social positiva dos seus membros na medida em que se distinguem positivamente de outros grupos.

Turner et al. (1987), para desenvolverem a Teoria da Auto-Categorização (TAC), basearam-se na Teoria da Identidade Social e aplicaram-na ao nível intra-individual, ou seja, o modo como um indivíduo, num determinado contexto, actua como elemento de um grupo, ao categorizar-se como pertencente àquele mesmo grupo. O conjunto de auto-categorizações está organizado em diferentes níveis (identidade humana, identidade social e identidade pessoal) e corresponde a diferentes planos de abstracção. A identidade social, neste quadro teórico é definida directamente como sendo a

soma das auto-categorizações sociais do *eu*, estando na base dos processos de grupo (Turner & Oakes, 1989). A categorização do *eu* e dos *outros*, ao nível intermédio (identidade social), acentua o protótipo do grupo, a normalização e a estereotipia da pessoa. O indivíduo é despersonalizado perceptiva e comportamentalmente, em favor do protótipo relevante do seu grupo.

Assim, o auto-conceito é dinâmico na medida em que está dependente do contexto social em que o indivíduo está inserido. Segundo a TAC, a fonte de influência reside naqueles que identificam os critérios informativos respeitantes às normas do seu grupo e não naqueles que reforçam ou punem, ou fornecem informação acerca da realidade, no que respeita a influência normativa e informativa (Deutsch & Gerard, 1971). O processo de categorização social organiza o mundo real, ao mesmo tempo que adopta determinados grupos com maior capacidade de influência – influência do referente informativo (Turner et al., 1987). Esta tem lugar quando o *eu* é percebido como fazendo parte de uma determinada categoria, de tal modo que o meio envolvente é estruturado segundo essa categoria: ao julgar um indivíduo do grupo de pertença, poderá identificar-se com a pessoa julgada, ou seja, ver-se a si próprio como uma entidade indiferenciada da sua própria categoria. O inverso também poderá ser válido. Assim, o auto-conceito pode ser visto como uma estrutura cognitiva reguladora do comportamento, em certas condições particulares. Situações diferentes estimulam auto-concepções diferentes, que são utilizadas para construir os estímulos sociais e que regulam o comportamento de forma adaptativa. Neste contexto, coloca-se a hipótese de o comportamento delinvente estar associado à influência social, sobretudo através de elementos de grupos significativos. Mais: a identidade social estará associada ao comportamento directamente e indirectamente, através da mediação da influência social.

No caso do toxicodependente, existe a necessidade da criação de um grupo, pois nele se encontra a luta pelo objectivo que é comum, que representa angariar dinheiro de forma rápida e descomplicada, através da execução de pequenos crimes e, ainda, devido à segurança que se traduz no facto de poderem cometer o delito com mais confiança pela presença ou simplesmente pelo apoio dos outros elementos do grupo, devido ao sentimento de partilha de responsabilidade.

CAPÍTULO 2

TOXICODPENDÊNCIA E CRIMINALIDADE

Toxicodpendência e Delinquência

Ao experimentar os efeitos do desconhecido (as drogas), por instinto de aventura ou para agradar ao grupo de amigos no qual deseja integrar-se, o jovem inicia uma viagem sem regresso. Enfiado na miséria, muitas vezes abandonado pela família e amigos (sempre pela sociedade), tem como único recurso, para a sua sobrevivência, a marginalidade.

A auto-degradação implica que a necessidade da droga seja cada vez maior, empurrando-o em passo acelerado para a marginalidade, visto que os recursos financeiros, por norma, não chegam para cobrir as despesas crescentes das suas necessidades. Ele vive para a droga e droga-se para viver. Instalada que está a doença, o toxicodpendente, de espírito centrado na droga de que necessita, alheando-se por completo de tudo o que o rodeia, passa a ter como objectivo principal a obtenção de dinheiro para a dose seguinte. A falta dela tem como resultado a ressaca e esta é um sofrimento tão grande que o leva ao desespero. Então, desesperado, há que recorrer ao que for possível. Dentro deste possível está a mentira, a manipulação, o roubo e, se necessário for, a agressão física (Sousa, 1998).

Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1998), as drogas ilícitas custam caro e é preciso, por isso, muito dinheiro para as consumir regularmente, o que coloca os toxicodpendentes na necessidade de se tornarem delinquentes. Esta equação droga = toxicodpendência = delinquência é, certamente, uma das ideias mais difundidas na opinião pública e está definitivamente assente desde que a legislação (respeitante à França) sobre os estupefacientes (lei francesa de 30 de Dezembro de 1970), em que se definiu qualquer uso ilícito de drogas como um delito em si: o utilizador é, por definição, um delinquente (Fontaine, 1998).

Esta delinquência não é, contudo, tão frequente como habitualmente se pensa. Para além de uma participação nos níveis mais baixos do tráfico, a

dependência de substâncias determina muito fracamente e apenas em certos contextos, actos de agressão ou ataques aos bens alheios (Tannelet, 2001). Os recursos só provêm de actos delituosos (roubos, encobrimentos, assaltos, falsificações de cheques, tráfico a um grau mais elevado) quando todos os outros sistemas estão esgotados ou são insuficientes ou, então, quando a delinquência já estava lançada antes da toxicodependência (Fontaine, 1998).

Para alguns autores e mais em particular para Doron & Parot (2001), a delinquência é constituída pela diversidade das infracções sancionadas penalmente, que tratam de actividades agressivas e nocivas legalmente reprimidas, que revelam essencialmente uma patologia da identidade, do vínculo e dos limites e, por isso, o paciente identificado como toxicómano é visto socialmente como um doente delinquente e como um delinquente doente.

Segundo Valleur (2002), toda a história das toxicomanias pode ser lida como uma longa profanação que permaneceu inacabada. Os laços entre a toxicomania e a delinquência, numa óptica complexa e multifacetada, dão lugar às interacções entre indivíduos, substâncias e contexto. Neste emaranhamento de sistemas, o toxicómano não se dá conta de que representa um perigo para os outros. A procura egoísta do seu prazer tem, por vezes, consequências muito graves para o outro. Em primeiro lugar, o toxicómano pesado é um ser de difícil convivência: é assocializado, não integrado; vive à margem e é um peso para os familiares ou para o seu grupo e, quando em carência, é capaz de todas as violências, verbais ou físicas (Tannelet, 2001).

Segundo estudos realizados por Brochu (1994), no Quebec, descobriu-se ainda que as substâncias psicotrópicas fornecem aos indivíduos *a audácia e a coragem para cometer delitos*, ou seja, estas são potenciais desinibidores da delinquência. Abusos de drogas e comportamentos desviantes rotulados foram, por isso, ligados esquematicamente segundo cinco sequências: a delinquência precede a adição; a adição inscreve-se na continuidade da delinquência; a adição precede a delinquência; a delinquência inscreve-se na continuidade da adição; e, por fim, a adição e delinquência são coincidentes no tempo. Estes processos, na sua generalidade, dizem respeito quer aos indivíduos quer aos sistemas ou aos grupos e verifica-se, por isso, existirem vários tipos de toxicodependentes delinquentes (Colle, 2001).

Para Agra (1997; 1998) e Matos (1997), existem três tipos de

características tipológicas das trajetórias desviantes droga-crime, estabelecidas através da análise biográfica, sendo elas o Tipo I ou dos delinquentes/toxicodependentes, o Tipo II ou dos especialistas droga-crime e o Tipo III ou dos toxicodependentes/delinquentes. Assim, o Tipo I é o grupo maioritário, concentrando mais de metade da população estudada em meio prisional, caracterizada por indivíduos que, desde muito cedo, possuem uma frágil vinculação social. Estes sujeitos fazem parte de agregados familiares numerosos e com elevada ocorrência de alterações estruturais; o relacionamento intra-familiar é perturbado por problemas de ordem relacional. A ruptura com o agregado ocorre na sua maioria antes dos 16 anos, devendo-se quer ao abandono voluntário, que ao internamento em instituições. No que diz respeito ao seu percurso escolar, este revela-se irregular desde o início e é abandonado após a conclusão do 1º ciclo. O percurso laboral inicia-se após o abandono da escola ligado a actividades não qualificadas, principalmente na área da construção civil, mas o seu exercício é, por norma, irregular.

A actividade desviante, que emerge por volta dos 11 anos, é um contínuo que vai desde o absentismo escolar aos comportamentos pré-delinquentes (pequenos furtos), relacionados com questões de sobrevivência e com as actividades desviantes características dos seus grupos de pertença. O primeiro contacto com as drogas leves ocorre antes dos 16 anos, relacionado com uma integração na subcultura delinvente ou pré-delinvente, constituindo um elemento do sistema de vida desviante, que faz parte da actividade geral do grupo. A passagem para as drogas duras aparece por arrastamento, muitas vezes por curiosidade, sendo as primeiras experiências avaliadas negativamente pelos próprios.

Em suma, estes indivíduos afirmam-se na delinquência como modo habitual de vida antes do consumo ocasional, tendem a especializar-se na delinquência aquisitiva e praticam ocasionalmente e secundariamente delitos associados ao mercado ilícito.

O segundo tipo, o Tipo II ou de especialistas droga-crime, é formado por indivíduos também eles provenientes de famílias numerosas, mas apresentam um enquadramento familiar mais estruturado que os indivíduos do grupo anterior. A maioria dos elementos deste grupo revela uma tendência para o restabelecimento de laços familiares, traduzindo-se no elevado grupo de

agregados constituídos que procuram manter ao longo da vida. As rupturas voluntárias com os agregados familiares de origem justificam-se, preferencialmente, por um desejo de autonomia ou pela necessidade de afastamento de um relacionamento familiar turbulento. Possuidores, na generalidade, de estratégias adaptativas a ambientes estruturados e normativos, cerca de metade dos sujeitos efectua um percurso escolar regular e o seu percurso laboral inicia-se aos 16 anos, em actividades não qualificadas, na área da construção civil ou da indústria hoteleira. O primeiro contacto com as drogas leves dá-se antes dos 17 anos, devido aos contactos mais ou menos frequentes com a subcultura delinvente ou com consumidores regulares de droga. O contacto com as drogas duras emerge por volta dos 22 anos, fundamentalmente caracterizado pela prática do tráfico de estupefacientes.

No que diz respeito a práticas desviantes ligadas à delinquência, esta aparece entre os 17 e os 19 anos, ligada a furtos e roubos, mas a principal tendência prende-se com o tráfico, levando a que aos 24 anos quase a totalidade destes sujeitos tenha sido objecto da intervenção das instâncias formais de controlo. Em estilo de resumo pode dizer-se que este tipo se especializa no tráfico de drogas antes do estado de dependência ou do consumo moderado de drogas duras, praticando, secundariamente, crimes de receptação ou roubo.

Por último, o terceiro grupo, ou dos toxicodependentes/delinquentes, é constituído por elementos originários de agregados familiares menos numerosos e mais estáveis do ponto de vista socio-económico e estrutural. Possuem uma forte vinculação à família de origem, onde permanecem, em regra, até à constituição de agregados familiares próprios. O seu percurso escolar prolonga-se, no geral, até aos 15-16 anos, poucos chegando a concluir o ensino secundário. Revelam comportamentos de inadaptação ao contexto escolar (absentismo, rejeição), que se manifestam logo na fase inicial ou em período imediatamente anterior ao abandono dos estudos.

O percurso laboral inicia-se após o abandono escolar, em actividades ligadas aos serviços, comércio e indústria hoteleira, sendo exercidas com regularidade pela maior parte dos sujeitos até cerca dos 20 anos. Os primeiros contactos com as drogas leves ocorrem entre os 14 e os 16 anos e com as drogas duras, essencialmente antes dos 19 anos. Os delitos aparecem mais

tarde e estão ligados à manutenção do consumo e é neste grupo que mais se faz sentir o controlo social, inicialmente através de clínicas de desintoxicação e, posteriormente, pela intervenção penal, com a aplicação de penas não privativas de liberdade ou penas leves de prisão.

Do estudo em menção pode concluir-se que, não obstante a aparente semelhança das trajectórias ligadas à droga, quer nas suas dimensões do consumo, quer nas do tráfico, o percurso dos indivíduos difere orientado por motivações distintas, as quais, no final, se homogeneízam numa personalidade apodrecida, em que o centro fundamental é a droga. Nesta óptica, podemos avaliar quão complexo é o mundo da droga pois se o toxicodependente conhecesse previamente o seu percurso de marginalidade, de dor e de vergonha (que inevitavelmente passa), jamais experimentaria as drogas (Sousa, 1998).

Criminalidade Relacionada com a Droga

“A droga constitui, conjuntamente com o terrorismo e a delinquência económica, o principal fenómeno criminal da segunda metade do presente século (...)”

Poaires C., 1998, in *Análise Psicocriminal das Drogas – o Discurso do Legislador*

Em Portugal, até aos anos 70, foram inexistentes ou casuais os casos processados por crimes resultantes do uso de drogas. Contudo, a partir desta data, a droga assumiu proporções de uma questão criminal, já não pelo desvio que o seu consumo interpreta, mas por imposição de outros comportamentos a que induz, quer na fase de distribuição, quer como meio de angariação dos fundos necessários à subsistência (Poaires, 1998).

Segundo Agra (1997), para se obterem dados reais relativamente à evolução da criminalidade associada à toxicodependência, é necessário cruzar aspectos provenientes de várias fontes de informação, de modo a minorar os efeitos que possam enviesar as conclusões. Embora as investigações científicas neste âmbito sejam recentes, até aos anos 80 já tinham outrora sido

desenvolvidos vários projectos nos quais era referenciada a evolução desta problemática, em que se verifica um desenvolvimento acentuado do volume de conhecimentos sobre droga e questões criminais. No que diz respeito à literatura referente a este tema, esta foi maioritariamente desenvolvida nos últimos 10 anos, nos EUA.

Segundo Joaquim Costa (2005), a toxicodependência tem vindo a assumir contornos preocupantes, estando-lhe associadas, quer questões relacionadas com as diversas alterações sociais, quer questões da globalização, quer interesses económicos de determinados grupos ou mesmo de determinados países. É, por isso, uma questão extremamente difícil de contornar, dado que à comercialização e divulgação das referidas substâncias, estão subjacentes estratégias de negócio e eventualmente de *marketing*, que as famílias, os Estados e a comunidade, de um modo geral, têm dificuldade em perceber e controlar.

Quando falamos de criminalidade, temos de procurar estabelecer uma ligação desta com o consumo de substâncias psico-activas e encontrar a tipologia de crimes associados a esta realidade.

A acção 25.1, do plano de acção da UE de luta contra a droga 2005-2008, prevê a adopção pelo Conselho, até 2007, de uma definição comum de «criminalidade relacionada com a droga», a partir de uma proposta da Comissão baseada nos estudos existentes, que deverá ser apresentada pelo OEDT e, muito embora, ainda não exista uma definição comunitária de criminalidade relacionada com a droga, considera-se habitualmente que esta se refere: a) *Crimes psicofarmacológicos* - delitos cometidos sob a influência de uma substância psicoactiva; b) *Crimes económicos compulsivos* - delitos cometidos com o intuito de obtenção de dinheiro (ou droga) para alimentar o vício da droga; e c) *Crimes sistémicos* - delitos cometidos no âmbito do funcionamento dos mercados ilícitos, como parte do negócio de distribuição e abastecimento de drogas ilícitas (Relatório anual 2004: *A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*).

Findadas estas reflexões gerais acerca da toxicodependência e da criminalidade, passemos então à amostragem de alguns dados que nos podem elucidar melhor sobre o seu carácter real.

Tendo como base os dados da Polícia Judiciária (2006), os crimes de

furtos e de roubos cometidos pelos toxicodependentes são de categorias diversas, tendo estes registado um aumento significativo ao longo dos anos (desde 1996 a 2003). Dentro do tipo de furtos, encontram-se: *furto de veículos motorizados, assalto a residências com arrombamento, actuação de carteiristas, furtos em supermercados*. Dentro dos roubos temos: *roubos a motoristas de transportes públicos, a postos de abastecimento de combustível, na via pública e por esticção*. Desta forma, e uma vez que são tipos de crimes diferentes, é importante salientar a diferença entre roubo e furto, até como forma de podermos compreender um pouco a mente do toxicodependente, assim como os seus estímulos e reacções. O roubo é definido pela sua conotação agressiva, ou seja, pressupõe que se trata de retirar algo contra a vontade do proprietário, estando este a ter conhecimento do acto; o furto, por sua vez, não pressupõe agressividade, visto que a pessoa alvo do crime não tem conhecimento do acto ilícito.

Num outro estudo realizado, com o objectivo de analisar o discurso da imprensa portuguesa sobre as drogas (Fernandes, 1997), podem salientar-se os seguintes resultados da associação droga-crime: 60,3% dos delitos cometidos correspondem a assaltos (29,4%) e a furtos (30,9%), tentados ou consumados; 20% dos delitos correspondem a homicídios (contudo é importante referir que esta percentagem pode estar sobre-representada, uma vez que apresenta um elevado grau de noticiabilidade, ao passo que o furto é, por sua vez, banalizado); 5,9% correspondem ao delito de posse de droga, e a restante percentagem corresponde a “*outros*”, que inclui a picada com agulha (a picada de agulha constitui um delito, pois trata-se de uma nova arma, portadora hipoteticamente de sida), ameaças, exploração infantil, tentativa de suicídio, fraude e ofensas corporais.

É importante ainda que seja referida a idade do toxicodependente como uma referência, visto que os tipos de crimes executados pelo mesmo estão intimamente ligados à sua faixa etária, querendo com isto dizer que o toxicodependente jovem organiza-se em “gangs” de características idênticas às dele, com o fim de passar ao acto criminoso de forma violenta, para a obtenção de droga. Ao passo que o toxicodependente, dentro de uma faixa etária mais elevada (20/30 anos), concretiza os actos criminosos agindo individualmente consoante a oportunidade do momento, ou mediante um plano pré-

estabelecido.

Num outro estudo realizado, em 2001, à população portuguesa dos 15 aos 64 anos, revelou-se que a população do 3º ciclo do ensino básico e a população reclusa evidenciavam a *Cannabis* como a droga mais consumida, enquanto os utentes de diversas estruturas de tratamento de toxicoddependência evidenciam a heroína como droga principal. Revelou também que 63% dos sujeitos consumiam apenas heroína, 22% consumiam heroína e cocaína simultaneamente e apenas 3% consumiam só cocaína (IDT, 2003).

Em relação às contra-ordenações por consumo de droga em Portugal, em 2004, foram registadas 5370 ocorrências, originando a abertura de processos. Este valor apresenta um decréscimo de 12% em relação ao ano anterior, em que se registaram 6100. Assim, 49% das ocorrências foram remetidas às Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência pela PSP (Policia de Segurança Pública), 27% pela GNR (Guarda Nacional Republicana) e 27% pelos tribunais. A estatística concluiu que 68% dos processos das contra-ordenações estavam relacionadas apenas com a *Cannabis*.

Segundo o boletim de notícias do Observatório Europeu da Droga e Toxicoddependência, pelo menos 50% dos reclusos da União Europeia, o que corresponde a aproximadamente 356.000 indivíduos, têm um historial de consumo de drogas, apresentando também taxas elevadas de VIH (Vírus de Imunodeficiência Humana), Hepatite, tuberculose e diversas doenças infecto-contagiosas relacionadas com o consumo de drogas (Relatório anual 2005: *A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*).

Segundo o Plano Nacional Contra a Droga e Toxicoddependência, elaborado em 2005, o consumo e o tráfico de drogas tem vindo a registar grandes alterações durante os últimos anos. Essas diferenças são explicadas pela variedade de oferta de substâncias, isto é, pela emergência de novas drogas, pela alteração do perfil dos consumidores e dos padrões de consumo de substâncias (como o álcool e a cocaína) e pela percepção social.

Relação de causalidade droga - crime

Referente à estatística nos últimos anos, o problema da droga tem sido cada vez mais estudado e enquadrado nas respectivas populações, abordando as diferentes variantes relacionadas com a droga, nomeadamente o tráfico, consumo e crime sob efeito e para a obtenção de droga.

Segundo análises de carácter epistemológico Agra (1998) agrupou os modos de explicação da relação droga-crime do seguinte modo:

I) A Explicação causal: os dois fenómenos, droga e crime, estão ligados directa, simples e causalmente. A droga causa o crime. Esta é a hipótese de inevitabilidade de ligação droga → criminalidade. São alegadas três razões fundamentais: o poder psico-activo das substâncias, quando ingeridas, desencadeia, inevitavelmente, modificações no comportamento dos indivíduos, com consequências anti-sociais (violência, crimes contra pessoas, etc.); no segundo argumento, o toxicodependente em estado de carência de substâncias (não possuindo recursos económicos para adquiri-las no mercado ilegal), é obrigado, inevitavelmente, a cometer delitos, dos quais procedem os recursos de que necessita. Se, para o primeiro argumento, é a presença da droga que conduz à inevitabilidade droga → crime já, no segundo argumento é, sobretudo, a sua ausência; o terceiro argumento sustenta que a sub-cultura da droga, designadamente o mercado ilícito, está fortemente marcada pela violência.

No sentido inverso (tipo causal), alguns sustentam, a partir da evidência empiricamente estabelecida, que o crime causa a droga: o consumo de drogas é precedido de actividades criminosas e a elas está associado (umas vezes, delinquência ocasional; outras, criminalidade séria e persistente).

II) A Explicação estrutural: supõe este modo de explicação que se encontra demasiado simplista a explicação causal e que, se a droga e o crime aparecem juntos, é porque isso se deve à determinação de um factor comum, a um e/ou a outros comportamentos. Em vez do esquema $D \rightarrow C$ (a droga causa o crime) ou $C \rightarrow D$ (o crime causa a droga) segundo o modelo causal, no modelo estrutural, o esquema explicativo é $F \rightarrow D + C$, ou seja, defende que a ligação entre a droga e o crime ($D + C$), ao nível do comportamento, se deve a uma determinação subjacente, situada a um outro nível mais profundo, ou seja,

nas estruturas de funcionamento do próprio indivíduo e dos seus contextos. A teoria do *síndrome da desviância* (que supõe um estado latente de “desviância”, do qual emergem comportamentos manifestos, como consumo de drogas e prática de actos ilícitos) é bem o exemplo deste modo de explicação, que nos obriga a deslocar de nível: do comportamento manifesto até às variáveis que lhe são latentes.

III) A Explicação Processual: a explicação baseada em dados empíricos, faz interferir o tempo ou a história, na ligação droga-crime. Esta ligação variaria em função das biografias dos indivíduos; inscrever-se-ia em tipos de “carreira” ou estilos de vida. O esquema explicativo é agora: $D + C \rightarrow (t1)$; $D + C \rightarrow (t2)$; $D + C \rightarrow (t3)$ são exemplo, deste modo de explicação, as tipologias de “carreiras desviantes” de Faupel (EUA) ou ainda o mais actual conceito de “estilo de vida” (Grapendaal, Brochu), segundo o qual não é possível explicar as relações entre a droga e o crime se nos limitarmos às técnicas de inquérito. A ligação droga – crime compreende-se e explica-se quando estes comportamentos associados são mergulhados na história da “carreira desviante” ou no estilo de vida dos indivíduos que os manifestam. Mas para tal estudo é necessária a adopção de novas metodologias, o abandono dos rotineiros inquéritos e a adopção das técnicas biográficas e etnometodológicas.

Na investigação de Manita, C. & Negreiros, J. & Agra, A. & Guerra, M. (1997), as conclusões vão no sentido da droga como impulsionadora da criminalidade, isto é, 91% dos delinquentes-consumidores afirmaram que essa relação existiu de facto na sua situação particular, contra apenas 9% dos consumidores a referir a inexistência de uma relação entre os seus consumos e os delitos praticados.

Quando impelidos os sujeitos do estudo para explicitar o carácter dessa relação, 35% não foi capaz de o fazer, reafirmando apenas que “ela existe” ou “existe porque existe”, etc.; dos restantes 56%, 43% afirmaram que os delitos surgem da necessidade compulsiva de adquirir a substância da qual estão dependentes, 7% referiram que o delito foi cometido pelo facto de estarem sob o efeito de uma substância psico-activa e os restantes referem que foi o próprio consumo ou posse de drogas que constituiu o delito.

De acordo com os investigadores, nestas posições pode estar patente a utilização de técnicas cognitivas de neutralização, desresponsabilizadoras dos

actos, inculcando uma desresponsabilização face aos crimes praticados pelos sujeitos, relacionando-os com o consumo de substâncias psicoactivas.

Outros estudos apontam para a ideia de que o uso de drogas constitui um factor importante no desencadeamento de comportamentos delinquentes e criminais. Essa ideia é defendida num importante trabalho de revisão da literatura publicada desde 1960 até à década de 80, por Speckart & Anglin (1985, cit. por Teixeira, J. E. M., 1997) tendo os autores demonstrado que: (1) estudos pré e pós adição revelaram aumentos nos crimes contra a propriedade, contíguos com o início da adição; (2) a primeira prisão precedia frequentemente a adição a narcóticos; (3) os estudos efectuados durante o tratamento ou durante a manutenção em metadona sugeriam uma diminuição nos crimes contra a propriedade; (4) os crimes contra a propriedade aumentavam com o nível ou a intensidade do uso de narcóticos ao longo da carreira aditiva, tendo os analisadores concluído que o uso de narcóticos era um agente criminogéneo na sociedade da época.

Na sequência destes trabalhos muitos investigadores sugerem o mesmo tipo de associação. Entre eles estão Farrow & French (1986, op.cit.), Kandel e Col. (1986, op.cit.) estudos efectuados na Suécia por Benson e Holmberg (1984, op.cit.) e Nurco & Col. (1989, op.cit.), tendo estes últimos demonstrado ainda, através de um estudo longitudinal numa amostra de 328 mulheres, que comportamentos desviantes precoces prediziam posteriores crimes contra a propriedade mas não prediziam a prática de tráfico de drogas ou prostituição.

Em 1989, Jarvis e Parker (op.cit.) salientaram que a ocorrência de crimes independentemente do uso de drogas era um acontecimento raro, salientando a importância do papel dos crimes para o financiamento dos hábitos de consumo.

Por último, e analisando as diversas variáveis de causalidade, um estudo realizado, em 1988, por Bean & Wilkinson (op.cit.), pretendeu analisar as ligações entre o consumo de drogas e o crime nos seguintes termos: (1) em que medida o consumo de drogas conduz ao crime, (2) em que medida o crime conduz ao consumo de drogas e (3) em que medida o crime e o consumo de drogas emergem de um conjunto de circunstâncias comuns. Os resultados desta importante investigação não apoiaram as duas primeiras premissas, dando relevo à terceira, desde que ela fosse definida em termos da posição e

do contacto dos consumidores com o sistema ilícito de fornecimento, sugerindo que esta relação prediz um maior número de crimes.

A Droga e o Alarme Social

Relativamente à questão da droga e ao alarme social, Agra e Matos (1997) sugerem que o problema da droga não é apenas uma ilustração do sentimento de insegurança e menos ainda um dos seus componentes, como podem ser consideradas as violências, roubos, vandalismos e outras faltas de civilidade: ele cristaliza o sentimento de insegurança e dá-lhe um aspecto concreto, uma objectivação. Enquanto em matéria de insegurança em geral, fazemos referência a comportamentos e a sujeitos-actores, o problema-droga refere-se ao objecto-droga, cuja existência e disponibilidade não podemos negar.

O fundamento da insegurança encontra-se explícito nas seguintes premissas:

- Em primeiro lugar condensam-se aí medos pessoais que, a maioria das vezes, não podem ser ligados a um perigo identificável e real na experiência das pessoas, mas que, em parte, se apoiam numa realidade.

- A preocupação da opinião pública funda-se na ideia de uma ameaça generalizada e difusa e exprime-se em termos de ordem moral (a droga é um flagelo que se desenvolve por causa do laxismo excessivo).

- Os representantes visíveis do problema (neste caso os *dealers* e os consumidores) são fortemente estigmatizados.

- É facilmente estabelecida uma ligação entre perigos e estrangeiros (imigração, países muito permissivos...).

- A opinião e os poderes públicos encontram-se, num consenso aparente, à volta de soluções essencialmente repressivas, sendo os discursos sobre a prevenção sempre suspeitos de, ao fim e ao cabo, enfraquecerem a autoridade da sociedade e das suas instituições.

Esta similitude dos processos psicossociais subjacentes a “A Droga” e ao sentimento de insegurança evidencia por que razão, enquanto o Estado e os *media* apoiarem certas representações sociais, apenas conseguirão confirmar a ameaça e reforçar os medos. Isto permite compreender igualmente que, enquanto a estratégia de intervenção escolhida não adoptar uma distância crítica face à construção mítica de “A Droga”, a prevenção não só não diminuirá os abusos de drogas, como não fará outra coisa que não seja aumentar a distância entre a realidade de fenómeno e a sua representação social, porque esta realidade realmente existe, incluindo os seus aspectos inquietantes, mas a sua mistificação impede a sua justa apreensão.

Impõe-se uma exigência, para nos afastarmos do círculo vicioso da prevenção convencional: avaliar o que instila no mundo de hoje a insegurança, que qualificámos como cultural, isto é, que intervém na própria evolução da sociedade e na sua dificuldade intrínseca para manter ligações e identidades sociais.

A prevenção, enquanto estratégia de intervenção sobre o homem para modificar o seu futuro, levanta um conjunto de questões altamente éticas e políticas.

O exemplo das disposições da lei francesa em matéria de “estupefacientes” indica como, desde que se trate de “droga”, uma democracia pode cegar, ir até ao ponto de negar os seus princípios e fabricar novas marginalidades, instaurando medidas de excepção. Estas liberdades tomadas pela ética explicam em grande parte, aos nossos olhos, a inadequação da actual política das drogas e o seu fracasso. A ética não é um dogma revelado e intangível. Ela varia e traduz-se em concepções e estratégias políticas, encarna em actos jurídicos e práticas de intervenção.

A ética representa a dimensão da universalidade de um projecto sobre o homem; a política, a sua dimensão real e relativa. A prevenção, enquanto empresa de mudança e de melhoramento das condutas dos homens, comporta limites numerosos e intangíveis. O primeiro de entre eles é o próprio homem e a sua parte indomesticável a que chama liberdade. Não só a liberdade formal, escrita nos textos e nas tábuas da

lei, mas a que torna o indivíduo capaz de resistência, capaz de se revoltar de forma consciente contra uma disposição social (Agra, 1998).

Mas a liberdade dos homens é mais do que um assunto do indivíduo; é também um assunto da colectividade, isto é, um assunto de necessidades, de fins e de decisões partilhadas, mais ou menos conscientemente, por uma comunidade. Isto significa que é preciso deixar de fazer da prevenção apenas uma abordagem individualizante. A partir do momento em que, existindo uma preocupação com a saúde pública, esta se traduz em medidas legislativas, as coisas passam-se deste modo: com o cuidado posto em se proteger, a colectividade geralmente tomou disposições que consistem em medidas de afastamento e de constrangimento contra os doentes julgados perigosos.

Em matéria de saúde pública, o controlo sobrepôs-se durante muito tempo à educação e o interesse colectivo ao interesse individual. Toda a dificuldade consiste, em função do estado de uma sociedade, num dado momento e tendo em conta o nível de conhecimento e de inquietação da sua opinião pública, em encontrar o ponto de equilíbrio entre a preservação das liberdades e da segurança, em encontrar o compromisso positivamente aceitável para que os comportamentos perigosos mudem e a medida adoptada seja de uma real eficácia. Demasiado rigor nas medidas de protecção da colectividade tem todas as hipóteses de agravar os conflitos. Estas medidas tomam um caminho discriminatório e tornam-se contraproducentes. Ao contrário, a ausência de regras, o seu carácter demasiado impreciso ou muito distanciado das realidades fazem com que deixe de haver limites e referências que permitam a cada um compreender o sentido das escolhas que tem de fazer.

Não é inútil lembrarmo-nos de que o recurso a substâncias psico-activas não se reduz a um problema de saúde pública; ele diz respeito a um domínio essencial da actividade humana: a busca do prazer e o alívio dos sofrimentos. Se a escolha de uma substância corresponde a uma indução cultural e a significações simbólicas, torna-se evidente que os sistemas de regulação (o conjunto dos códigos e

das normas de comportamento de consumo de substâncias psico-activas, culturalmente estabelecidos, estudados e transmitidos, que dão sentido a comportamentos e que lhes limitam os riscos de excesso ou de perdas de controlo) da sua utilização são igualmente estabelecidos por e no seio da cultura.

Quando, por diferentes razões, a comunidade se encontra ameaçada e perde os seus próprios recursos, estes sistemas de regulação deixam de funcionar e as drogas fazem então parte da manifestação de uma insegurança cultural.

A noção de espaço marginal convoca uma outra, a de estigma. Os espaços marginais não estão necessariamente em periferias geográficas mas, primeiro e acima de tudo, têm sido colocados na periferia de sistemas culturais de espaço, nos quais os lugares são ordenados uns em relação aos outros. Todos eles carregam a imagem e o estigma da sua marginalidade, que se torna indistinguível de qualquer identidade básica que alguma vez possam ter tido.

A manutenção deste estigma alimenta-se sem dúvida do facto de os bairros serem todos iguais. Por um processo idêntico ao da etiquetagem dos indivíduos, procede-se assim também à etiquetagem de espaços, que passam a ser recorrentemente sublinhados como lugares de marginalidade. A própria etiqueta de *espaço perigoso* é mantida graças a um duplo processo, de acordo com a verificação que fizemos, ao longo da nossa experiência de terreno.

Chamamos aos seus dois constituintes: *redução cognitiva* e *evitamento experiencial*. Pelo primeiro, cujo agente laborioso é o rumor e veículo fundamental os *media*, os indivíduos identificam os lugares inseguros e as actividades desviantes, através dos estereótipos circulantes, procedem a uma redução cognitiva. O que permite que esta não seja confrontada com uma realidade que eventualmente a contradiga é precisamente o evitamento experiencial: O cidadão normativo evita os lugares perigosos; sabe-os diferidamente (pela notícia), alucina-os (pela imagem televisiva), mas raramente os pisa.

De resto, a própria topografia da cidade facilita o evitamento experiencial: os bairros sociais não levam a lugar nenhum, não é

preciso lá ir ou passar por lá para os serviços normais que uma cidade oferece. Os bairros sociais ou se habitam ou se evitam. Constituem enclaves, áreas delimitadas, na melhor das hipóteses situam-se ao lado de um eixo viário importante.

Esta dupla redução, cognitiva e experiencial, alimenta representações sociais simplistas e estereotipadas em torno de realidades ameaçadoras. Eis a base do imaginário de insegurança, tema actualmente alvo de grande atenção; eis a base dos territórios do medo: tal como os indivíduos que julgamos serem a causa da delinquência e aos quais aplicamos uma etiqueta, também alguns espaços são alvo de etiquetagem.

Trata-se, pois, de um processo de construção de estereótipos sócio-territoriais cujo efeito é homogeneizar os indivíduos de uma mesma zona mal afamada, considerando-os a todos problemáticos e dirigindo-lhes indiscriminadamente a mesma reacção social. Outro fenómeno que a etiqueta *espaços perigosos* produz reflecte-se na própria população que, por extensão, é alvo do rótulo: acaba por se desenvolver a crença na pouca viabilidade do destino colectivo do bairro, da sua infestação por indivíduos marginais (que *Vêm de fora*, no discurso dos residentes).

No limite, é a auto-estima de uma colectividade que é afectada, ao ser posta sob mira. Este mecanismo acentua a eventual exclusão social que já exista. O estigma aplica-se aqui, não ao *eu*, não a indivíduos, mas a populações e seus *habitats*. O sentimento de insegurança tem por efeito produzir etiquetagens. Neste sentido, contribui para apontar certas categorias da população como suspeitas de serem autores de actos de delinquência. Esta identificação estereotipada dos transgressores tem um papel simbólico importante na manutenção da normatividade do tecido social: a marginalidade é a colocação sob o olhar social de uma parte da população. Globalmente, podemos concluir que um espaço marginal corresponde a um espaço retirado, ou seja, afastado de uma zona de visibilidade e de transparência.

Um bairro pode funcionar como um sítio protector para o

indivíduo: o sítio da sua rede de sociabilidades, dos seus percursos familiares, da repetição quotidiana dos encontros e das rotinas. É neste sentido que funciona como um território.

Um território é, mais do que coisa nossa, a coisa onde o que é nosso ganha significações. Mas pode também ser o sítio que serve à topologia da insegurança urbana, das drogas, da delinquência. Um território psicotrópico é um atractor de indivíduos que têm interesse em torno das drogas.

É, normalmente, um território secundário, acessível aos estranhos, controlado por grupos mais do que por indivíduos, e a mobilidade de que é capaz. Um território psicotrópico é também um lugar convivial. As características comunicacionais fundamentais do território psicotrópico têm dois regimes: o distendido e o tensional.

O primeiro ocorre quando os actores não estão envolvidos em nenhum comportamento direccionado pela droga, funcionando como um grupo que, simplesmente ocupa o tempo livre; o segundo ocorre durante as actividades em torno das drogas. Um território psicotrópico é, normalmente, um território acossado; é identificado através de um processo de etiquetagem social; a etiqueta, junto com a marginalidade topográfica em relação à cidade dominante, determina o evitamento experiencial (Agra, 1997).

Estereótipos: uma armadilha social

As relações sociais são, por natureza, complexas. Este facto, acrescido à característica intrinsecamente humana do medo do desconhecido ou do pouco compreensível, faz com que os toxicodependentes, como grupo social, sejam uma parte não integrante daquilo que constitui o “padrão” da sociedade. Como todos os grupos que têm comportamentos diferentes do esperado ou que sustentam ideias contrárias às da maioria, este também recebe uma “etiqueta” social desfavorável. Esta forma estigmatizada de ver os indivíduos não como pessoas que possuem atributos específicos mas como indivíduos

pertencentes a uma classe cujas características estão previamente estabelecidas, contribui para que as relações entre os grupos sociais sejam comprometidas.

Os estereótipos (uma visão distorcida e simplificada da realidade social) já foram, em outros tempos, interpretados pelos investigadores como sendo uma espécie de fenómeno sociopatológico. Mas o facto é que hoje sabe-se que esta é uma característica perfeitamente normal e até necessária ao funcionamento do ser humano (Vala & Monteiro, 2000). Ao observar uma pessoa, os indícios de tipo perceptivo são associados a outros de valores sociais carregados de conteúdo implícito (agressivo, submisso, preguiçoso, etc.).

As normas sociais levam-nos a ter expectativas relativamente ao comportamento das pessoas. Regemo-nos segundo estas normas e esperamos observar comportamentos socialmente desejáveis (e de preferência não observar comportamentos socialmente indesejáveis). Entretanto, pelo facto de alguns grupos sociais serem numericamente inferiores e, por esta razão, estarem mais sujeitos a tornarem-se discrimináveis, esta expectativa torna a ocorrência de uma característica negativa muito mais evidente e incomodativa, caso a pessoa observada seja membro de um grupo minoritário. Em outras palavras, se o comportamento reprovável for observado no grupo ao qual pertencemos, o seu valor é minimizado e, em caso contrário, tenderemos a colocar em evidência ou mesmo a exagerar a sua ocorrência. Indo mais além e no sentido de preservar a sua própria identidade social, os membros de um grupo podem distorcer (provavelmente de forma não intencional) a informação observada, preservando assim a diferenciação entre o grupo ao qual se identificam e os demais grupos. Podem até mesmo estabelecer o que os investigadores Hamilton e Gifford (1976) chamaram de *correlação ilusória*, ou seja, há uma impressão de que dois eventos (a pertença a um grupo e a ocorrência de um traço) estão associados mas que, na realidade, não o estão. Estas inconsistências são ignoradas e o traço observado é generalizado indiscriminadamente a todos os elementos do “outro” grupo. Estas características revelam uma tendência comum que as pessoas têm de tornar a informação (o comportamento do membro do grupo minoritário) consistente com os valores atribuídos a um determinado estereótipo, valores estes

adquiridos ao longo da vida, através dos agentes de socialização (escola, família, meios de comunicação e outros).

Os toxicodependentes, assim como outros grupos minoritários, não estão livres da influência deste e de outros fenómenos sociais. Esta postura de expectativa com relação ao comportamento do outro irá culminar num sentimento de medo: medo daquilo que foge às normas, do que não se compreende e daquilo que não se pode controlar. Um medo fundamentado em avaliações afectivas ou morais, já que não há evidências de que os toxicodependentes, como grupo social, sejam violentos, ameacem a integridade física de pessoas da comunidade ou apresentem um comportamento qualquer que justifique o receio e que os torne, efectivamente, prenúncio de algum perigo, embora uma minoria cometa pequenos delitos, a fim de angariar recursos financeiros. Ao ser vítima ou ao ter conhecimento de um caso de crime (furto ao carro, à casa ou outro) que por alguma razão seja associado aos toxicodependentes, abre-se um caminho para a intolerância face à problemática. Como subterfúgio e graças à natural capacidade humana de generalização do preconceito, a postura passa a ser de evitamento da convivência social com toxicodependentes.

Nos vários contextos que constituem a vida social de uma pessoa, o toxicodependente vê, aos poucos, que as portas se lhe são fechadas. No contexto do trabalho, na medida em que o vínculo psicológico e físico do indivíduo com a substância psico-activa aumenta gradualmente, inicia-se a deterioração das suas respostas com uma consequente redução da sua produtividade. Numa sociedade em que o índice de produtividade tem grande relevo, não tarda o momento em que o toxicodependente é levado ao desemprego. Sem recursos para a manutenção dos hábitos aditivos e alívio do desconforto e da dor, pequenos furtos iniciam-se no meio familiar. Este comportamento é mantido até que a família se torna intolerante.

Excluído da possibilidade de exercer as suas competências profissionais, reduzidas as possibilidades de relacionamento social saudável e rejeitado pela família, a pessoa dependente de substâncias psico-activas está fadada à exclusão social e ao isolamento em zonas de consumo junto ao grupo de pares.

Para além das consequências sofridas pelo indivíduo dependente, a

sociedade, ao atribuir um estereótipo ao grupo de toxicodependentes, estará ela própria sujeita a outras consequências menos explícitas que, no entanto, poderão ocorrer. Em outras palavras, os indivíduos da sociedade (tendo ou não sido vítimas de crimes), ao atribuírem a um grupo minoritário (toxicodependentes) a responsabilidade pelos seus sentimentos negativos (insegurança, medo, raiva, depressão ou outros), podem assumir posturas que visam expressar o preconceito através da hostilidade, em diferentes graus de intensidade.

Caso tenham sido vítimas de crimes, as consequências sociais resultantes do processo de vitimização podem ir mais além. Segundo Hill (2003), ocorrem mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, que podem alterar a forma como a pessoa vê o seu mundo, os seus relacionamentos e a ela própria. As características e a gravidade do crime (contacto ou não com o criminoso, uso de armas, uso de violência e outros) têm influência directa na reacção da vítima. As reacções mais comuns podem ser raiva, medo e isolamento, mas podem também ter expressão através da depressão, ansiedade, dificuldade na resolução de problemas e comprometimento das relações interpessoais e sociais.

O medo do crime ou a reacção emocional desencadeada pela visualização antecipada de uma situação de risco (real ou imaginária) faz com que as pessoas adquiram certos comportamentos de precaução, que vão desde acções triviais como trancar portas e ligar alarmes e tornar-se fechado na convivência social, até outras que resultam em consequências sociais e económicas consideráveis, tais como evitar intencionalmente áreas urbanas marcadas como “áreas perigosas”. Devido a esta reputação, muitas áreas urbanas possuem regiões (tais como parques, bairros periféricos ou mesmo centrais, praias e outros) que se constituem como uma espécie de “fronteiras” para grande parte da população. A esta análise pode ser acrescentada a perspectiva que considera outro fenómeno igualmente importante nas relações sociais: o medo altruísta, ou seja, o medo de que outras pessoas importantes e pelas quais se teme pela segurança (crianças, esposas, parentes, etc), sejam colocadas em situação de risco. De acordo com resultados de investigações realizadas nesta matéria por Mark Warr (2000), o medo altruísta é um problema social tão significativo quanto o medo relativo à auto-protecção, pois as

medidas de protecção ao outro podem ser muito mais extremistas e determinadas do que aquelas tomadas em causa própria. Tendo como base esta constatação, podemos então inferir que este fenómeno, associado à atribuição social de estereótipos, pode resultar na adopção de comportamentos anti-sociais, mesmo em situações que na realidade não se constituem como uma ameaça.

Embora uma postura de isolamento/evitamento da sociedade comprometa em certo nível as relações sociais, maior será este comprometimento quando houver extremismo por parte desta na atribuição do estereótipo e no julgamento em relação a indivíduos que não se mostram coerentes com a norma positiva instituída socialmente pois, neste caso, a reacção contra o grupo minoritário pode ser desproporcionalmente maior que a “ameaça” que ele supostamente oferece. A história já nos mostrou que efeitos podem ser produzidos em casos extremos nos quais os estereótipos sociais são exacerbados, tanto em situações em que as normas sociais, reguladoras dos valores e das atitudes, eram contrárias à redução do preconceito (e.g. a institucionalização do *apartheid* na África do Sul), como em situações em que (sub)grupos sociais foram formados – contrariamente às normais sociais instituídas - em função do objectivo comum de exprimir o preconceito (*ku-klux-klan* ou mesmo os *skin-heads*).

São evidentes os prejuízos pessoais e sociais para o grupo minoritário ao qual foi atribuído o estereótipo. Porém, como visto anteriormente, menos evidentes são as consequências para a sociedade, geradora do estereótipo.

Considerando-se que o sentimento de medo e intolerância possa futuramente crescer na mesma medida em que o aumento progressivo de novos casos de dependência, provavelmente, maior será o estereótipo atribuído aos dependentes de substâncias químicas e, conseqüentemente, maior o isolamento social a que ambos os grupos estarão sujeitos. A predominância ou mesmo o crescimento do estigma poderá agravar as relações sociais e inviabilizar estratégias de recuperação e reintegração do indivíduo na sociedade, já que o mal-estar colectivo (induzido pelo estereótipo) gera alarme social que por sua vez provoca alteração do comportamento das pessoas, com a conseqüente acentuação da rejeição dos toxicodependentes como grupo social.

As atitudes preconceituosas, assim como a atracção interpessoal, estão ligadas à adopção dos valores de pessoas com as quais nos identificamos e às normas do grupo ao qual pertencemos. Por esta razão, há que encontrar uma forma de desmistificar falsas crenças, fazendo com que o problema da toxicodependência seja amplamente conhecido, que as diferenças sejam identificadas e as semelhanças sejam evidenciadas. Este conhecimento poderia alterar conceitos estereotípicos pré-estabelecidos alterando-se também, em consequência, as expectativas mútuas, em situações de interacção social e reduzindo-se o sentimento de hostilidade que compromete qualquer relação social saudável.

Dados Estatísticos Gerais

Actualmente, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase de 5% da população, entre os 15 e os 64 anos - usam drogas ilícitas, pelo menos uma vez por ano, e, cerca de metade destes, usa drogas regularmente; isto é, pelo menos uma vez por mês. A droga mais consumida no mundo é a *cannabis* (maconha e haxixe). Cerca de 4% da população mundial, entre 15-64 anos, usa *cannabis* enquanto 1% usa estimulantes do grupo anfetamínico - cocaína e opiáceos. O uso de heroína é um grave problema em grande parte do planeta: 75% dos países enfrentam problemas com o consumo da droga (*Relatório anual 2005: A evolução do Fenómeno da Droga na Europa*).

As estatísticas a nível nacional são actualmente assumidas pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), que tem a responsabilidade da elaboração de um Relatório Anual sobre a Situação do País, em Matéria de Drogas e Toxicodependência, a fim de serem apresentados à Assembleia da República os dados apurados. Este instrumento permite não só uma caracterização da população como também fornece elementos de apoio fundamentais a decisões políticas e de planificação e intervenção.

Assim, no último relatório realizado, referente a 2005, verificou-se que o número de utentes em ambulatório tem vindo a aumentar, nos últimos dois anos, ao contrário do que se verificou entre 2001 e 2003; quanto ao número de

consultas de seguimento, este foi o mais alto desde 2000, representando um aumento de 9%, relativamente a 2004 (tendo havido, contudo, um decréscimo de primeiras consultas, que se tem verificado nos últimos 5 anos). Na rede pública e convencionada, verificou-se um aumento de utentes em Unidades de Desabilitação, nos últimos 3 anos, assim como no número de utentes em Comunidades Terapêuticas, que aumentou ligeiramente e também progressivamente nos últimos anos. A nível de Centros de Dia, verificou-se também um crescimento no número de utentes de cerca de 6% comparativamente ao ano anterior.

Relativamente à rede licenciada e sem convenção, também se registou nas Unidades de Desabilitação, um aumento de internamentos, cuja tendência se tem verificado nos últimos 3 anos (mais 47% do que em 2004). Contrariamente, nas Comunidades Terapêuticas tem-se assistido a um decréscimo de internamentos nos últimos anos (cerca de menos 10% do que em 2004). Nos Centros de Dia, o número de utentes não tem sofrido alterações significativas desde 2003, apesar de ter aumentado relativamente a 2002.

Em 2005, na rede pública de tratamento da toxicod dependência, deu-se um acréscimo (9% relativamente a 2004) de utentes em programas de tratamento com agonistas opiáceos, 66% dos quais em estado ambulatorio.

No geral, pode observar-se um aumento gradual nos internamentos e tratamentos ao longo dos últimos anos, o que pode reflectir um maior apoio e informação, que leva os toxicod dependentes a procurarem mais ajuda. Por outro lado, esta tendência pode também ser um indicador de que há um aumento do número de consumidores, em que o aumento de tratamentos não reflecte necessariamente uma diminuição do consumo a nível percentual. Por exemplo, os internamentos e tratamentos podem ter aumentado em 10%, mas o número de consumidores pode ter aumentado em 20%; daí que, apesar de haver mais tratamento, pode não haver menos consumo e, conseqüentemente, menos crimes.

Os programas terapêuticos com agonistas opiáceos representaram, em 2005, cerca de 66% do total dos utentes em tratamento, aumento que se tem vindo a verificar desde o ano 2000, em que a percentagem era de 36%, sendo que, no Algarve, a percentagem é de 83%. O aumento de utentes nestes programas foi de 9%, relativamente a 2004 e 98% relativamente a 2000. Neste

tipo de tratamentos, tanto em 2005 como em 2004 verificou-se que cerca de 69% dos utentes acorreram a Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), 19% em Centros de Saúde, 4% em Estabelecimentos Prisionais, 3% nas farmácias, 2% em hospitais e, por fim, 3% procuraram outras estruturas.

No contexto prisional, nas Unidades Livres de Droga, ocorreu um aumento no número de internamentos (13% mais do que em 2004). Contudo, na Comunidade Terapêutica, verificou-se um decréscimo (27% menos do que em 2004). Relativamente a programas terapêuticos com agonistas, verificou-se o valor mais baixo de tratamentos dos últimos 6 anos, com um decréscimo de 14%, comparativamente a 2004. As estimativas disponíveis indicam que, pelo menos metade da população prisional da UE, constituída por 356 000 reclusos, tem um historial de consumo de drogas e que muitos dos que chegam às prisões sofrem já de problemas graves de toxicodependência. Neste caso, a diminuição de internamentos (na Comunidade Terapêutica) e tratamentos com agonistas pode ser interpretada como apresentando um decréscimo de toxicodependentes que se encontram presos.

Dados Estatísticos Sobre a Criminalidade Associada à Droga em Portugal

De acordo com o estudo «A Criminalidade Associada à Droga – Evolução Comparativa 1996-1999 e 2000-2003», elaborado em Setembro de 2004, pela Secção Central de Informação Criminal da DCITE, o agregado de crimes associados à droga aumentou, em média, 7,3% no quadriénio 2000-2003, relativamente ao quadriénio 1996-1999.

Após a análise da evolução dos crimes associados à Droga, nos períodos entre o 1996-1999 e entre 2000-2003, verificou-se que foram os seguintes os crimes que aumentaram: *Furto de Veículo Motorizado; Furto em Veículo Motorizado; Furto por Carteirista; Furto em Supermercado; Outros Furtos; Roubo por Esticção; Roubo na Via Pública (excepto por Esticção); Outros Roubos; Burla; e Outros Crimes de Falsificação.*

No sentido inverso, os crimes em que ocorreram diminuições foram os de: *Furto em Residência com Arrombamento, Escalamento, Chaves Falsas; Furto em Edifício Comercial, Industrial, com Arrombamento, Escalamento,*

Chaves Falsas; Assalto/Roubo a Banco ou Outro Estabelecimento de Crédito; Assalto/Roubo a Tesouraria ou Estações de Correios; Roubo em Posto de Abastecimento de Combustível; Roubo a Motorista de Transportes Públicos; Emissão de Cheque sem Cobertura; Receptação e Auxílio Material; e Contrafacção ou Falsificação de Moeda e Passagem de Moeda Falsa.

Quanto aos tipos criminais de execução menos complexa, verificou-se um aumento bastante significativo em cerca de 26,4%, no decurso do quadriénio 2000-2003 e diminuíram, também, de uma forma significativa, em igual percentagem, no decurso do quadriénio 2000-2003, os tipos criminais de execução mais complexa com particulares requisitos e exigências em termos de planeamento, organização e execução, independentemente do grau de violência implícito.

Dados Estatísticos Sobre a Criminalidade Associada à Droga no Algarve

Reportando-nos mais especificamente à região do Algarve, podemos analisar os dados apresentados em estudos efectuados pelo IDT. Em amostras representativas de jovens algarvios aos 18 anos, nos anos de 2000 e de 2005, verificou-se que as drogas mais experimentadas no Algarve continuam a ser o álcool, o tabaco e a *cannabis* (17,5%). Destaca-se ainda um aumento do consumo de sedativos, sobretudo no Sotavento, e uma diminuição da heroína, sobretudo no Barlavento. A freguesia da Sé, de Faro, ostenta uma diminuição generalizada de consumo para quase todas as drogas, contrariamente à freguesia de VRSA que se distingue por ter aumentos generalizados.

Relativamente à principal droga consumida no Algarve, no relatório anual de 2004 (IDT, 2005), constata-se que a heroína prevalece (75%), geralmente por via fumada inalada (72%). Apesar do consumidor no Algarve ser sobretudo heroinómano, tem havido também um grande aumento do consumo de álcool.

Quanto às quantidades de substâncias psico-activas ilícitas apreendidas no Algarve, constata-se existirem maiores apreensões na generalidade das drogas de origem não europeia (heroína, *cannabis*, cocaína) e menores

apreensões em drogas sintéticas como o *ecstasy*. O número de apreensões é elevadíssimo comparativamente à média nacional, figurando, sobretudo, o tráfico de substâncias em transporte para outros locais nacionais ou no estrangeiro, não tendo qualquer paralelismo com o consumo actual.

No que diz respeito ao sexo dos consumidores, as mulheres estão representadas em maior número no Algarve (18%) do que no resto do País (16%), sobretudo nos concelhos de São Brás, VRSA e Lagos (superior a 25%). Em relação ao factor idade, a idade média de início de drogas não problemáticas dá-se aos 14 anos e os consumos problemáticos (75% heroína) aos 21 anos. Os concelhos onde se inicia o consumo mais cedo são S. Brás, Portimão, Silves e Olhão.

Nos crimes associados à Droga, o Algarve tem, no sector da droga, mais ou menos o dobro da taxa de contra-ordenações de detenções de presumíveis infractores e de processos judiciais decorridos e de contra-ordenações, relativamente ao resto do País (*A Criminalidade Associada à Droga, Evolução Comparativa 1996-1999 e 2000-2003*).

Acções Preventivas e Remedativas

Salas de Consumo Assistido

A criação das salas de consumo assistido (ou salas de chuto) é uma iniciativa que tem como objectivo contribuir para a diminuição dos riscos de contaminação e propagação de doenças associadas ao consumo de drogas intravenosas (tais como Sida e hepatite), reduzir os riscos de mortes por overdose (principalmente casos de acidentes devido a um período de abstinência forçada, tal como o período pós-libertação de estabelecimentos prisionais e durante o qual a tolerância à droga é drasticamente reduzida) e, sobretudo, reduzir os actos de violência relacionados com o uso da droga.

Nestes equipamentos (que podem funcionar em estruturas móveis ou fixas), o toxicodependente pode adoptar práticas de consumo mais saudáveis e serem acompanhados por um técnico de saúde. Além disto, algumas

estruturas visam prestar atendimento psicossocial, enfermagem, apoio médico, alimentação, centros de abrigo transitório e espaços para terapia ocupacional. Todo este conjunto de medidas tem como meta subjacente aproximar os utilizadores de drogas dos serviços de saúde e, possivelmente, incluir uma percentagem dos seus frequentadores em programas de recuperação.

Embora os benefícios desta medida pareçam ser evidentes, a sua implementação não é pacífica. Um relatório publicado com o apoio das Nações Unidas condena a criação e manutenção de salas de injeção assistida, por violar as regras internacionais segundo as quais as drogas deverão apenas ser usadas para fins médicos e científicos. Mas, como bem argumenta Malheiros (2007), algumas das razões apresentadas em defesa das salas de consumo assistido são claramente razões médicas e isto deveria ser suficiente para incluir estas instalações no domínio das actividades médicas. As grandes carências de cuidados de saúde da população toxicodependente não podem ser resolvidas por outros serviços de saúde e constituem um problema para as comunidades locais. Além disto, existe sempre uma cuidada monitorização das actividades das salas de chuto e dos seus resultados (e.g., a quantidade de toxicodependentes atendidos; quantos aceitaram o tratamento proposto pelos técnicos de saúde; quantos aceitaram fazer o rastreio de doenças infecto-contagiosas, etc.), o que certamente permite considerá-las como parte de um programa de investigação. Embora as experiências das salas de consumo assistido não sejam excepcionais, os resultados são positivos, o que já não é pouco, numa área onde os resultados são escassos.

Em Portugal, a iniciativa depende da posição das autarquias, o que não contribui para alavancar o programa. Ainda assim, algumas unidades encontram-se em processo de estruturação e estarão, a médio prazo, em funcionamento em bairros e outras zonas degradadas dos grandes centros (em zonas onde os toxicodependentes adquirem e consomem a droga e onde estes se concentram para injectar em condições extremamente degradantes). Os sinais de abertura manifestados por algumas câmaras, contribuem para o optimismo do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), que vê nestes equipamentos uma porta de entrada dos toxicodependentes para o tratamento.

Prevenção

O IDT tem por missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências. No âmbito da sua missão, o IDT tem como atribuições:

- a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de luta contra a droga, o álcool e as toxicodependências e na sua avaliação;
- b) Planear, coordenar, executar e promover a avaliação de programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social;
- c) Apoiar acções para potenciar a dissuasão dos consumos de substâncias psicoactivas;
- d) Licenciar as unidades de prestação de cuidados de saúde na área das toxicodependências, nos sectores social e privado, definindo os respectivos requisitos técnico-terapêuticos, e acompanhar o seu funcionamento e cumprimento, articulando com a administração Central do Sistema de Saúde, I. P., sem prejuízo da competência sancionatória da Entidade Reguladora da Saúde;
- e) Desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno das drogas e das toxicodependências que lhe permita cumprir as actividades e objectivos enquanto membro do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT);
- f) Assegurar a cooperação com entidades nacionais e internacionais nos domínios da droga, do álcool e das toxicodependências.

No plano da prevenção Primária das toxicodependências esta instituição acredita ser essencial partilhar recursos e saberes com entidades locais intervenientes neste processo pois não pode estar isolada de um conjunto de áreas de intervenção no âmbito da promoção da saúde e do desenvolvimento

social e comunitário. Antes de mais, é importante conhecer a realidade do meio para perceber as causas ou factores que possam levar ao tal uso/abuso de drogas e a outros comportamentos de risco; compreender a sua importância relativa; definir objectivos concretos e se possível mensuráveis para alterar uma situação; contar com todos os recursos locais para levar a cabo as actividades programadas; avaliar o processo e os resultados obtidos.

Assim sendo, a prevenção primária deverá ser assumida como uma responsabilidade do conjunto da sociedade, dos poderes públicos, das associações privadas, da comunidade escolar, das famílias, das empresas e dos meios de comunicação numa competência partilhada. Além destes agentes sociais, a entidade destaca ainda a importância do empenhamento dos serviços de saúde locais e das autarquias, que têm um papel fundamental na definição e concretização das políticas sociais.

As constantes mudanças na realidade da toxicodependência (o tipo de substâncias consumidas, os contextos dos consumos e as características dos consumidores), a evolução permanente dos conceitos e das modalidades terapêuticas fazem da área do tratamento um desafio permanente às capacidades do IDT.

A área de intervenção central, segundo a instituição, tem como perspectiva, não um modelo que vise exclusivamente a abstinência, mas sim um modelo que considere as diferentes áreas de vida do indivíduo, os aspectos psicológicos, de história de vida, familiares, sociais e laborais. O tratamento é, assim, entendido como um processo dinâmico e complexo, que não visa apenas a paragem do consumo. Os seus reflexos são avaliados a partir do conjunto de mudanças que aos poucos têm lugar na vida do indivíduo e que englobam mudanças psicossociais, psicológicas e na saúde física.

O tratamento do toxicodependente reflecte a complexidade biológica, psicológica, histórica e social do problema e, neste enquadramento, evoluiu-se de uma perspectiva em que ao toxicodependente se propunha como objectivo a cura através da paragem dos consumos para uma concepção mais próxima do cuidar, que implica uma intervenção contínua que se adequa às necessidades de cada fase: desabilitação, terapêutica de substituição e reinserção, apelando as áreas da saúde quando nos confrontamos com as

situações de co-morbilidade psiquiátrica ou de tratamento de doenças infecciosas.

Programas Promovidos pelo IDT- PIF E PORI

De acordo com o IDT, através de um amplo plano de acção contra a droga e as toxicodependências, a instituição tem como meta investir os seus recursos em programas e projectos com carácter de continuidade que privilegiem actividades que se insiram no âmbito da redução da procura de substâncias psicoactivas.

Através da experiência adquirida em planos anteriores, o instituto verificou que é fundamental uma intervenção selectiva e mais focalizada e os investimentos devem ser dirigidos a subgrupos ou segmentos da população que apresentam factores de risco ligados ao uso/abuso de substâncias (licitas ou ilícitas) e/ou a contextos específicos que suscitem comportamentos de risco.

Pelo facto das áreas de missão não serem estanques, mas antes interdependentes e complementares, o IDT pretende colocar um especial enfoque no pensar e no agir baseados na óptica da visão conducente a abordagens e respostas integradas, tendentes a uma optimização de saberes e recursos e a uma maior eficácia e eficiência das intervenções.

A partir destas orientações foram criadas duas medidas de intervenção:

→ O Programa de Intervenção Focalizada que visa criar condições para o desenvolvimento de projectos na área da prevenção das toxicodependências, baseados em evidência científica, que vão ao encontro das problemáticas de grupos específicos, introduzindo no processo de selecção, monitorização e avaliação um sistema mais rigoroso e estruturado.

→ O Plano Operacional de Respostas Integradas que é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito da redução do consumo de substâncias psicoactivas, assumindo-se como um plano de acção territorial que integra respostas interdisciplinares (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção).

Além destes, o IDT também apoia outros projectos que são promovidos

e patrocinados por outras entidades que, de diferentes modos, contam com o suporte técnico científico desta instituição, através de parcerias, supervisão e acompanhamento.

Para além de participar em projectos Nacionais, o IDT também trabalha em projectos Internacionais, com diferentes responsabilidades e atribuições.

A estratégia da União Europeia de luta contra a droga 2005-2012, dá prioridade à partilha de conhecimento e a intensificação da cooperação entre os Estados Membros, com o intuito de desenvolver medidas eficazes nas áreas da prevenção, intervenção, tratamento, redução de danos, reabilitação e inserção social. Ao abrigo deste apoio foram desenvolvidos vários projectos junto à comunidade, coordenados por diversas instituições sociais e com diferentes enfoques ao nível da prevenção.

Informações relevantes sobre projectos desenvolvidos âmbito da prevenção, tratamento e redução de danos foram disponibilizados com o objectivo de permitir a troca de conhecimentos entre os profissionais das diferentes áreas. Com a implementação deste sistema pretende-se ajudar os profissionais a planear e a implementar intervenções de elevada qualidade no âmbito das drogas e das toxicodependências.

Paralelamente às parcerias estabelecidas com várias instituições europeias, o IDT desenvolve pequenas campanhas dirigidas aos jovens e adolescentes para promover actividades lúdicas – desportivas além de outras com carácter informativo acerca do uso de substâncias psicoactivas. Informações específicas sobre os projectos desenvolvidos pelo IDT podem ser adquiridas no portal da entidade (<http://www.idt.pt>).

Tratamento

O Instituto de Drogas e Toxicodependência proporciona tratamento adequado a todas as situações e solicitações. No que concerne ao consumo de substâncias, designadamente as ilícitas, o IDT segue um modelo compreensivo de tratamento dos toxicodependentes, cujo objectivo é principalmente o seu

enquadramento psicossocial, que pode passar pela capacitação para a gestão consciente e responsável destes consumos (que pode, eventualmente, não passar pela abstinência total, em alguns casos). O acompanhamento e apoio vão desde o primeiro pedido de ajuda até ao momento em que o consumo de substâncias deixa de ser o objectivo principal na vida do ex-toxicodependente. O tratamento é, assim, entendido como um processo dinâmico e complexo que não visa apenas a paragem do consumo e a sua eficácia é avaliada a partir de um conjunto de mudanças que vão tendo lugar na vida do sujeito (psicossociais, psicológicas e mudanças na saúde física). As mudanças psicossociais correspondem a uma melhoria nas relações com os envolventes, voltar a estudar ou a trabalhar e ruptura com padrões de comportamento anti-social. As mudanças psicológicas traduzem-se na capacidade de se envolver com mais estabilidade e continuidade em relações efectivas sentidas como gratificantes, maior autonomia e capacidade de conhecimento de si próprios. E, por fim, as mudanças na saúde física ocorrem quando o ex-toxicodependente adquire a capacidade para identificar precocemente os sintomas ou a manifestação de uma determinada patologia e, conseqüentemente, procurar a ajuda de técnicos de saúde, prevenindo-se assim a degradação do indivíduo e o risco de propagação das doenças infecto – contagiosas, em especial a sida, hepatites e tuberculose. Só uma intervenção feita nas diferentes áreas da vida do indivíduo, pode travar o seu vício.

Segundo o IDT, a sua actual política assegura as respostas necessárias em tratamento ambulatorio, tem convenções para desabilitação de utentes que estão em tratamento nas equipas de tratamento dos Centros de Respostas Integradas (CRI), bem como para internamentos em comunidades terapêuticas e a permanência em Centros de Dia, de utentes do IDT ou referências por outros serviços de saúde. Estas equipas de tratamento trabalham em regime ambulatorio e prestam cuidado global a toxicodependentes, individualmente ou em grupo. As equipas que integram os CRI são constituídas por médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicas psicossociais que apoiam toxicodependentes nas várias etapas do tratamento e reinserção social. É ainda assegurado pela entidade a manutenção de várias unidades especializadas em tratamento: as UD (Unidade de Desabilitação), orientadas

para o internamento de curta duração em toxicod dependentes que não o conseguem fazer em ambulatório; as UA (Unidades de Alcoologia); as CT (Comunidades terapêuticas), orientadas para internamentos prolongados com apoio psicoterapêutico, socioterapêutico, e têm como objectivo promover o seu tratamento e sua ressocialização; e os CD (Centros de Dia), que faz o ponto de ligação entre o tratamento e a reinserção, envolvendo a aprendizagem de um modo de vida diferente das anteriores vivências, pondo ao dispor do toxicod dependente actividades terapêuticas, educativas, formativas e ocupacionais.

Através do seu plano de actividades o IDT pretende cumprir três objectivos principais: garantir aos toxicod dependentes que querem romper com a sua dependência, meios para o fazerem; elaborar estratégias de intervenção junto dos toxicod dependentes que não os procuram; e reforçar a cooperação internacional no âmbito do tratamento. A fim de cumprir estes objectivos o instituto acredita que será necessário aumentar o acesso à rede de cuidados especializados a todos os toxicod dependentes que se queiram tratar, reduzir as listas de espera para as primeiras consultas nas unidades especializadas além de promover uma melhor divulgação dos serviços disponibilizados pelo IDT.

Objectivos e Proposições

Conforme foi referenciado na introdução, o trabalho de investigação insere-se na tentativa de clarificação da estreita relação entre a toxicod dependência e a criminalidade associada, não tanto nas vertentes criminais do tráfico mas sim nos efeitos que os crimes perpetrados para obter drogas e sob o efeito destas podem causar nas populações, em termos do desenvolvimento do estereótipo relativo à toxicod dependência e aos toxicod dependentes.

As recomendações posteriormente enunciadas neste trabalho serão essencialmente baseadas nas opiniões recolhidas através dos inquéritos por questionário e entrevistas, que constituíram a forma quase exclusiva de obtenção de informação sobre o problema.

Os objectivos do relatório são:

- Explicitar os conceitos da toxicodependência e criminalidade associada.
- Clarificar os efeitos da toxicodependência na sociedade.
- Especificar os motivos originadores na razão pela qual os toxicodependentes optam por uma vida de criminalidade.
- Inventariar os tipos de crimes cometidos pelos dependentes de substâncias psicotrópicas.
- Construir uma base de dados de toda a população-alvo, que permita a realização de amostragens significativas em estudos futuros.
- Construir um instrumento de medida das diferentes percepções da população inquirida.
- Estabelecer uma relação entre o facto de se ter sido vítima de crime, que se associa à toxicodependência, e a atitude de intolerância que se desenvolve por esse facto.
- Apresentar recomendações que decorram da análise específica da população investigada.

Como respostas possíveis ao problema em equação: *Será que os indivíduos que foram objecto de actividades criminosas, que associam à toxicodependência, desenvolvem uma atitude mais intolerante para com a toxicodependência e para com os toxicodependentes do que os restantes indivíduos?* O presente trabalho tem como proposição fundamental a demonstração de que a resposta ao problema de investigação é positiva, isto é, *os indivíduos que foram objecto de actividades criminosas, que associam à toxicodependência, desenvolvem uma atitude mais intolerante para com a toxicodependência e para com os toxicodependentes do que os restantes indivíduos.*