

**Verónica de Sousa Marques**

**Deambulação entre o crime e o consumo de drogas: Uma intervenção  
jusp psicológica**

**Orientador: Dr. Carlos Alberto Poiares**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2016**

**Verónica de Sousa Marques**

**Deambulação entre o crime e o consumo de drogas: Uma intervenção  
jursicológica**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social,  
conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e  
Tecnologias, no dia 16 de Dezembro de 2016 perante o Júri  
nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 368/2016  
com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor José Brites

Arguente: Professor Doutor João Pedro Oliveira

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Poiares

**Orientador: Dr. Carlos Alberto Poiares**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2016**

*“Existem duas coisas que devemos ter em mente: muitas drogas são ilegais; muitas drogas podem matar” (toxicodependente em abstinência)*

## **Dedicatória**

*À minha avó, à minha mãe, ao meu pai, à minha irmã, ao meu namorado e amigos  
pelo suporte dado e por serem pacientes.*

*Ao meu avô, meu herói.*

*(in memoriam)*

## **Agradecimentos**

O caminho foi longo e duro e encontrei pessoas a quem devo um sincero agradecimento.

Agradeço de forma muito especial e grata ao professor Dr. Carlos Poiares, pelo suporte, pelo apoio e pela ajuda incondicional, pela presença, pela orientação e pela paciência que teve.

À minha família por ter sido o maior suporte de todos e por ter tido um papel fulcral no meu desempenho, por serem os meus maiores apoiantes. Por todo o carinho, conforto e dedicação.

Ao meu namorado, por estar sempre lá quando eu precisei, por ter ouvido as minhas lamúrias e desabafos e pelo apoio prestado.

Aos meus amigos pelo apoio constante, pela força dada para nunca desistir, mas sim ir em frente.

### **Resumo**

Esta dissertação relaciona o consumo da droga e o crime, pois é importante perceber a evolução do fenómeno do consumo, incluindo as substâncias utilizadas e como as próprias substâncias têm vindo a ser alteradas e como a integração das novas drogas afeta a nível físico e psíquico, existindo um desejo ou a necessidade compulsiva de procurar e obter a substância quer pelos seus efeitos, quer para eliminar os sinais de abstinência. A maioria dos consumidores tem patologias associadas como VIH, tuberculose, sífilis entre outros ou psicopatologias, como esquizofrenia. Também a componente criminal em articulação com o uso de drogas deve ser objeto de análise.

A segunda parte da dissertação corresponde a um programa de intervenção juspsicológica tendo como objetivo central descrever, analisar e compreender o percurso da passagem da exclusão social como toxicodependente, para uma vida socialmente reinserida. Os objetivos pretendem corresponder às necessidades e características específicas da população em causa – toxicodependentes – de forma a promover a inclusão social.

### **Abstract**

This thesis relates to drug use and crime, it is important to recognize how changes in land use and the substances themselves have been changed and as the integration of new drugs affect the physical and mental level and there is a desire or compulsive need to seek and obtain the substance, whether by its effects or to eliminate unpleasant psychic signs that arise with the deprivation of consumption. Most consumers have associated pathologies substances such as VIH, tuberculosis, syphilis among others and psychopathology, as schizophrenia. The concept of crime is also important to be noticed. Then there is talk of Social Reinsertion it is an essential process for anyone who wants to stabilize his life, beginning with the treatment.

The second part of Dissertation corresponds to an intervention program with the central objective to describe, analyze and understand the route of the passage of social exclusion as a drug addict for a socially reinserted life. The objectives aim to meet the specific needs and characteristics of the population concerned - drug addicts - in order to promote social inclusion.

## Abreviaturas

Existe muito “calão” no que respeita às drogas e palavras murmuradas que não ajudam muito e que podem ser confusas. Existe então um glossário de acordo com Ganeri (1996):

- CAT: Centro de Atendimento a Toxicodependentes.
- CDT: Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência.
- CEPD: Centro de Estudos e Profilaxia da Droga.
- DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.
- IDT: Instituto da Droga e Toxicodependência.
- GHB: Gama-hidroxibutírico.
- LSD: Dietilamina do ácido lisérgico.
- MDMA ou *ecstasy*: Metileno-dioximetilanfetamina.
- OMS: Organização Mundial de Saúde.
- PCP: fenciclidina.
- PICJZHL: Programa de intervenção comunitária e juspsicológica na zona histórica de Lisboa.
- REDOEDT: Relatório Europeu sobre Drogas do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.
- SPTT: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.
- Tolerância: quando o corpo se acostuma a uma droga de forma a ter de consumir cada vez mais para sentir o mesmo efeito.
- Vício: quando não se consegue parar de tomar a substância, mesmo que se tenha vontade de fazê-lo.
- VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana.



# Índice

<b>Dedicatória</b> .....	2
<b>Agradecimentos</b> .....	3
<b>Resumo</b> .....	4
<b>Abstract</b> .....	5
<b>Abreviaturas</b> .....	6
<b>Introdução</b> .....	8
<b>Parte A</b> .....	11
<b>Fundamentação teórica</b> .....	11
<b>Capítulo 1 – Intervenção no âmbito das drogas em Portugal</b> .....	12
<b>Capítulo 2: As novas drogas</b> .....	20
<b>Capítulo 3 – Relação Droga-Crime</b> .....	29
<b>Capítulo 4 – Prevenção: da primária à reinserção social</b> .....	41
<b>Parte B</b> .....	51
<b>Programa de intervenção</b> .....	51
<b>Capítulo 5 – Programa de intervenção juspsicológica</b> .....	52
<b>Conclusão</b> .....	55

## **Introdução**

A presente investigação tem como objetivo a construção de um programa de intervenção juspsicológica, de forma a compreender o fenómeno da toxicod dependência, bem como a promoção de estratégias que facilitem a reinserção social dos toxicómanos. A toxicod dependência é um fenómeno complexo, emergente e transversal, que tem constituído um dos mais graves problemas da atualidade, estando ainda ligada a perturbações mentais devido ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. As drogas são substâncias um espaço privilegiado de comorbilidade desde as patologias físicas às nosologias mentais e sociais, sem esquecer as criminais.

Neto (2008) afirma que os meios até hoje encontrados para combater o problema estão longe de ter atingido a eficácia desejável e que isso se deve ao facto de a investigação científica não ter conseguido os instrumentos necessários. Apesar do investimento feito pelas sociedades e comunidades científicas na tentativa da compreensão e intervenção sobre o grave problema da toxicod dependência, ainda não é suficiente.

O consumo de drogas e tudo o que lhe é adjacente insere-se provavelmente numa gigantesca onda de dependências, física e psíquica, afetiva e social. Na sociedade atual o ritmo de vida é alucinante, exige respostas rápidas que nem todos conseguem dar e os ambientes altamente competitivos não olham a meios para atingir um fim, resultando na perda de valores humanos como a solidariedade e a cooperação.

É por isso que não se pode encarar a toxicod dependência como objetos apenas da psicopatologia, da psiquiatria ou da Medicina. É necessário que áreas como a Fenomenologia, a Sociologia, Psicologia contemplem aspetos preventivos do problema. A toxicod dependência, para além de um conjunto de perturbações de consciência, das faculdades cognitivas, da perceção e do comportamento, é também uma perturbação dos afetos, o que sugere que deva ser compreendida e analisada como um problema que compromete globalmente o equilíbrio, o bem-estar, a qualidade de vida e as relações com os sujeitos, uma vez que a maioria dos consumidores de substâncias tem patologias associadas como o VIH, tuberculose, sífilis, entre outros, e psicopatologias, como esquizofrenia.

A toxicod dependência agrava-se quando associada ao crime, que tem vindo a ser percebido de diversas formas: como um fenómeno natural enquadrado nos comportamentos humanos, de rutura com as regras e com os princípios universais, sendo também interpretado como resultante de um código de normas que visa a manutenção da ordem instituída, a que se acrescentam as leituras interpretativas que remetem para os processos de rotulagem e de construção social. Ou seja, o crime

não passa de uma construção imposta de regras e condutas às quais se atribui o rótulo de crime e todos aqueles que ultrapassem as margens imposta passam a ser alvo de censura (Agra, 2008). De acordo com Cusson (2011, p.14) “todas as sociedades e grupos humanos dotados de uma certa permanência criam as suas próprias normas: regras de conduta cuja transgressão é passível de sanção”. O crime e os comportamentos criminosos “constituem preocupações que persistem no tempo, comuns a todas as sociedades e que mobilizam as diversas áreas da ciência na procura de explicações para a sua emergência, na busca das mais eficazes soluções para o seu combate e prevenção” (Nunes, 2010, p.15).

É importante que haja um tratamento de forma a potenciar a reinserção social do sujeito. A reinserção social é um processo individual e comunitário que exige o estudo das dificuldades e recursos de cada utente com o objetivo de acionar as diversas estratégias favorecedoras da autonomia e responsabilidade, a nível individual e social. As pessoas com problemas de consumo de substâncias psicoativas em processo de reinserção apresentam um conjunto de desvantagens e dificuldades face ao mercado de trabalho. Como tal, surge a necessidade de mobilização de um vasto leque de recursos e agentes, de onde se destacam as intervenções no âmbito da formação profissional e do acesso ao emprego como meio facilitador de recuperação da autoestima e da redescoberta das capacidades individuais de readaptação a uma vida em sociedade. A reinserção socioprofissional é encarada, nesta problemática, como fundamental, já que o processo de tratamento só se encontra completo quando o indivíduo detiver os meios e competências para poder assumir plenamente o seu papel em sociedade. A reinserção social é parte integrante e complementar, tanto do tratamento como da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e da minimização de danos.

Esta dissertação está dividida em duas partes: a parte A, que respeita à fundamentação teórica, e a parte B, que corresponde à cartografia do programa – programa de intervenção juspsicológica.

A primeira parte divide-se em quatro capítulos:

O capítulo 1 - Intervenção no âmbito das drogas em Portugal – corresponde a um enquadramento histórico-cultural do consumo de drogas.

O capítulo 2 – As novas drogas – faz alusão às novas drogas existentes e quais os seus efeitos.

O capítulo 3 – Relação droga-crime – relaciona a droga e o crime e quais os aspetos transgressivos quando associadas.

O capítulo 4 – Prevenção: da primária à reinserção social - a avaliação do consumo problemático de drogas prepara e define a fase de tratamento e reabilitação de toxicod dependentes a uma grande complexidade que exige uma atenção e uma flexibilidade permanentes por parte do técnico, pois é nesta altura que se depara com a realidade difícil da adição às drogas, havendo então a necessidade de definir linhas gerais e orientadoras. A reinserção social – pois é uma das fases cruciais para consolidar o tratamento, já que o processo de tratamento só se encontra completo quando o indivíduo detiver os meios e competências para poder assumir plenamente o seu papel em sociedade. A reinserção social é parte integrante e complementar tanto do tratamento, como da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e da minimização de danos.

A segunda parte da dissertação corresponde à intervenção juspsicológica – e atende no sentido de desenvolver como objetivo central, descrever, analisar e compreender o percurso gradual da passagem da exclusão social como toxicod dependente, para uma vida socialmente reinserida. Desta forma, com a construção deste programa é possível aumentar as competências sociais e interrelacionais, nomeadamente a competência de comunicação, a relação com os pares, a autoeficácia, a assertividade, bem como as competências individuais, como a autonomia, o autocontrolo, a autoestima e controlo de estímulos, a organização pessoal e financeira, tolerância à frustração, capacidade de resolver problemas.

A conclusão realça aspetos que se consideram pertinentes no desenvolvimento da dissertação, seguindo-se a apresentação das referências bibliográficas.

## **Parte A**

### **Fundamentação teórica**

## **Capítulo 1 – Intervenção no âmbito das Drogas em Portugal**

## Capítulo 1 – As drogas em Portugal

O fenómeno das drogas não é um problema atual, assumindo uma história longa e complexa. Assim, para melhor entender o fenómeno na sua forma e apresentação atuais, é imperativa uma abordagem à história das drogas existentes em cada país e cada cultura, com características próprias e diferentes, até na forma de lidar com elas (Ganeri, 1996). É um facto que a cada época da história e a cada tempo correspondem determinadas drogas, sendo inúmeros os registos históricos e literários sobre o uso de substâncias pelo Homem, numa tentativa de intervir a nível biopsíquico e interação com o meio. Com o passar dos anos, a droga tem vindo a adotar diferentes fins, formas e estados, pois há muito que “os Homens procuram nas plantas a possibilidade de alcançar estados de euforia e de conforto” (Nunes e Jólluskin, 2010; p.27). A droga assume, nos últimos dois séculos, uma tripla dimensão: a de mercadoria (que a torna objeto de relações jurídico-económicas e fiscais); a lúdica e/ou terapêutica (em que funciona como meio de desinibição e fomenta o convívio social, ou como tratamento médico); e enquanto objeto e causa de criminalidade e é nesta perspetiva que se tem sobrelevado no decurso da segunda metade do nosso século” (Poiares, 1999, p.4). No entanto, o consumo de drogas surgiu em diversos contextos culturais com o objetivo de estabelecer contacto com as divindades, ou seja, servia de ponte entre a realidade e o Além, podendo haver uma modificação da consciência. Na verdade, cada época tem a sua droga, associada a um rito social. Diz-se que a primeira droga do mundo foi o vinho, associado a “um espírito de regozijo e comemoração, e como meio de desinibição” (Poiares, 1999; p.5) e Noé foi considerado o produtor. Saiu da arca após o dilúvio, plantou uma vinha e bebeu o vinho até se embriagar, ficando excessivamente desinibido. Na antiga civilização egípcia recorriam ao cânhamo para enganar a fome, o cansaço e esquecer as preocupações do quotidiano; no México recorria-se às drogas para fins religiosos enquanto os nativos anteriores à civilização azteca utilizavam as drogas com fins místicos e ritualistas (Nunes e Jólluskin, 2010; Poiares, 1998). Já os sumérios, 5000 anos a. C., serviam-se do ópio para revelar a alegria. No Oriente, os chineses alquimistas produziam um pó à base de minerais dissolvido em álcool quente e que gerava a perda da noção do tempo, levando a um envelhecimento precoce (Nunes e Jólluskin, 2010). Os Romanos eram conhecedores da papoila dormideira e das propriedades do ópio. Na alta Idade Média o acesso a medicamentos era escasso, obrigando as pessoas a extrair substâncias de plantas, o que podia ser associado à prática de exorcismos e cultos demoníacos. Já na baixa Idade Média houve uma recuperação económica significativa, favorecendo a difusão de movimentos e rituais pagãos que faziam uso de drogas (Nunes e Jólluskin, 2010).

O desenvolvimento mercantilista, iniciado na Idade Média e os descobrimentos, levado a cabo por portugueses e castelhanos, suportaram novas descobertas ao conhecimento, uso e comercialização de novas substâncias e de todos os feitios, formas e cores. “O chá, o tabaco e outras espécies botânicas foram entrando na Europa, surpreendendo os europeus com as suas propriedades” (Nunes e Jóluskin, 2010; p.28) o que estimula o sistema nervoso, fazendo-se sentir desperto e mais alerta. O ópio também foi uma das novidades que atraiu muita atenção, principalmente do vice-rei português Afonso de Albuquerque, que sugeriu a produção do ópio para fins lucrativos (Nunes e Jóluskin, 2010). No fim do século XVIII, Seguin conseguiu extrair do ópio os cristais que conduzem à morfina, contudo a descoberta foi atribuída a Serturmer, inspirando-se no deus do sono, *Morfeu*, para batizar a substância. Em 1898, a heroína começou a ser comercializada como um medicamento “cinco vezes mais potente que a morfina” (Nunes e Jóluskin, 2010; p.28). O álcool era direcionado para os trabalhadores que estavam descontentes com as duras condições de trabalho da época, entretanto passou a ser consumido pelas classes mais privilegiadas, não estando a violar a lei ao consumi-lo. Já no século XX, as anfetaminas começaram a ser produzidas e comercializadas. Na década de 40 descobriu-se o ácido lisérgico (LSD) proporcionava “viagens”. O movimento *hippie*, nos anos 60, contribuiu para a dinamização das drogas e para a produção das drogas sintéticas, como as pastilhas, consideradas de baixo custo económico e por isso de fácil acesso. A cultura dos anos 60, a era do “*flower power*”, está relacionada com a influência das drogas, “paz, amor e harmonia andavam no ar, juntamente com o fumo dos inúmeros charros. O objetivo era curtir o mais possível. [...] Drogas e *Rock ‘n’ roll* andaram de mãos dadas.” (Ganeri, 1996; p.15).

Em Portugal, o brutal aumento do uso de drogas deu-se na década de 70, aquando o regresso dos soldados das guerras coloniais, repatriados das ex-colónias e exilados no estrangeiro (Poiães, 1998). Inicialmente, eram as classes sociais mais elevadas que consumiam estupefacientes dentro das suas casas, não se encontrando, por isso, problemas a nível sanitário e criminal (*ibidem*). Os índios sempre souberam que a planta de cocaína é uma droga que mastigavam regularmente em cerimónias religiosas para afastar a fome e o cansaço (Ganeri, 1996). A cocaína, no fim do século XIX, tornou-se a droga preferida entre os artistas intelectuais, pois o seu efeito estimulante potenciava a criatividade e a desinibição social, levando ao êxito. A droga foi saindo das elites, invadindo as ruas das cidades e os bairros sociais, pois as substâncias começaram a ficar mais acessíveis em termos económicos, ou seja, tornaram-se mais baratas e a produção aumentou, o que facilitou a aquisição de substâncias ilícitas às classes sociais mais baixas.



Segundo Poiares (2003, p.76) “a droga traduz-se, por conseguinte, numa das realidades mais polivalentes do tempo presente, submergindo-se nas ciências do comportamento e da vida e produzindo a diluição de fronteiras clássicas dos saberes sociais e das normatividades jurídico-institucionais”. No entanto, para Ganeri (1996, p.9) a droga é “uma substância química que atua no corpo e que pode alterar o estado de espírito, a forma de te comportares, a forma como vês e ouves coisas, e como te sentes e o que fazes”. Portugal foi um dos países que esteve atento à reação internacional do problema da droga. Segundo Sommer (2010), as disposições propostas na Conferência de Haia, de 1912 foram transpostas para o direito português através do diploma publicado em 1914. Foi a primeira vez que os participantes discutiram os problemas associados ao consumo do ópio e de outras substâncias psicoativas, decidindo-se medidas de redução do consumo de drogas. Devido aos interesses económicos do tráfico de ópio na colónia de Macau, Portugal optou por seguir as pisadas dadas pelos franceses e ingleses, que consistia numa regulamentação da distribuição do ópio, fazendo com que o consumo fosse legalmente controlado e respeitável. No século XIX apareceram as casas de ópio por toda a Europa, onde os cavalheiros se podiam “reclinar nos sofás e relaxarem, tudo dentro da legalidade” (Ganeri, 1996; p.13). A segunda fase da legislação, no que respeita às drogas, seguiu as recomendações da Conferência de Genebra, de 1925, onde Portugal também esteve presente. Esta conferência surgiu com o intuito de vincular os países participantes a um maior controlo e supervisão das substâncias da conferência de Haia. Ao longo das últimas décadas, a legislação da droga foi variando consoante o conhecimento que se obtinha sobre a mesma. Poiares (1998) identificou quatro paradigmas que permitem entender de forma mais completa as variações em torno do objeto da droga. Entre 1914 e 1970, a droga emerge como mercadoria e o seu comércio era fiscalizado pelo Estado. Nesta altura o consumidor não era o objeto de estudo. Esta fase é denominada de *paradigma fiscal* (Poiares, 1998), onde se percecionava uma perspetiva fiscal e mercantilista, em que o consumo de substâncias não levava à punição, no entanto, a sua posse era penalizada com uma medida pecuniária ou de prisão. Nesta etapa não havia uma preocupação com o consumidor, logo não trabalhava para a diminuição ou a eliminação das adições, verificando-se ainda uma ausência de cuidados de saúde. Desde 1970 até à Revolução de 25 de Abril de 1974, houve no discurso uma crescente moralização da ordem pública. O discurso político e social da época defendia que a toxicodependência estava enraizada no antipatriotismo, representando uma ameaça à ordem pública (Sommer, 2004), o que gerou um desconforto na população. Com o objetivo de tranquilizar as pessoas, houve a necessidade de criminalizar o consumo de drogas, sendo para o efeito criado o Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de Setembro, que

define o conceito legal de produtos estupefacientes e a partir desta legislação foi elaborada uma lista de substâncias proibidas pelas nações unidas.

De acordo com Gonçalves (2008) os reclusos são indivíduos que são obrigados a viver num clima e espaço social por vontade de entidades como a polícia, tribunal ou sociedade. Estes indivíduos geralmente vêm de estratos mais desfavorecidos da população, com formas de pensar e agir muito peculiares. É evidente que a reclusão irá terminar e as formas de viver até aí enraizadas deixarão de conseguir ser aplicadas no contexto da vida em liberdade, pois o ex-recluso depara-se com uma nova ordem de espaços, tempos, pessoas e vivências a que ele terá de se (re) adaptar.

Com o Estado Novo surgiu a primeira campanha antidroga cujo *slogan* era “Droga, Loucura e Morte”, realçando os efeitos negativos dos consumos, mas desconsiderando a prevenção. Só depois do 25 de Abril a lei mudaria de atitude face ao consumo e aos consumidores, com os diplomas de 1975 e 1876, da autoria do então ministro Almeida Santos (Poiars, 1999). O toxicodependente era alguém que precisava de tratamento e não de castigo, criando-se estruturas médico-reabilitativas. Esta alteração surgiu com o “progressivo aumento de consumo e tráfico de drogas que se verificava; a criminalidade associada às adições; ainda, à ausência de medidas efetivas de combate a estes problemas por parte do Estado Português” (Domingos, 2010; p.18). O fenómeno da droga deixou de estar enraizado apenas no consumidor, passando para um problema público, uma vez que o medo e o receio se alastraram pela comunidade. Entre 1975 e 1982 emerge o *paradigma clínico-psicossocial*, caracterizado pelo combate ao consumo de drogas, incluindo a perspetiva policial e psicossocial, onde houve uma distinção entre *habituação a droga*, onde o desejo de consumir está embutido, excluindo sintomas de tolerância<sup>1</sup> e de abstinência<sup>2</sup> física, e *adição a drogas*, caracterizada pela presença de tolerância e síndrome de privação com sintomas físicos. Com a inauguração dos dispositivos clínicos visando a minimização de consumos, riscos e danos associados, este período é igualmente chamado de arquitetura dos dispositivos que promovam o arranque da prevenção em Portugal. O registo passou a ser pluridisciplinar, reunindo aspetos jurídico-penais, médicos e psicossociais. Por isso, entre 1983 e 1995 houve a necessidade de vários ajustamentos dos tratamentos e das técnicas mais eficazes de reabilitação. O consumidor de drogas apesar de ser considerado delinquente, é igualmente doente, ou seja, precisava de tratamento e não de castigo. Este novo paradigma caracteriza-se como *paradigma biopsicossocial*, onde os toxicodependentes já não faziam consumos isoladamente, mas sim em praça pública e em

---

<sup>1</sup> Quando o corpo se acostuma a uma droga de forma a ter de se consumir cada vez mais para sentir o mesmo efeito.

<sup>2</sup> Quando o corpo deixa de administrar a substância.

plena luz do dia, desafiando a tranquilidade social. Para além de assentar a vertente criminal também se importava com a parte social do consumo. Assim o toxicodependente era visto como um criminoso mas doente, que cumpria a sua sanção em centros de recuperação social, onde lhe eram prestados os cuidados médicos essenciais para a sua reabilitação (Poiares, 1999). O objetivo é a não estigmatização social, passando pela integração social do consumidor, redução de riscos e minimização de danos adjacentes à adição e estratégias de tratamento e assistência ao toxicodependente. A estigmatização “é o processo pelo qual a sociedade atribui a alguém a etiqueta de desviante, processo esse que conduz à exclusão, à interiorização de uma identidade negativa e à multiplicação da desviância” (Cusson, 2011, p.99). Todo aquele que se disponibilizaria para tratamento (terapia e reinserção social) era visto como alguém que estaria disposto à modificação de comportamentos, aberto a novas hipóteses de resolução de problemas e demonstrando condições para ser considerado como potencial exemplo para futuros sujeitos. Um dos tratamentos realizados em Portugal é o programa de substituição através de cloridrato de metadona, havendo mais de 10 000 dependentes desse anti-opiáceo (Sommer, 2010). O problema da droga “começou a ser considerado um processo essencial de análise de vários métodos e teorias subjacentes à toxicoddependência. Assim, a droga, é vista como indissociável da vivência humana e, por isso, considerada como um problema social” (Ribeiro, 2010, p.20). Estes dois últimos paradigmas estão interligados, uma vez que debatem a reabilitação do adito e a minimização do crime aliada ao consumo de drogas, o que proporciona mais segurança e tranquilidade entre a população. A recuperação do dependente evitaria que continuasse a trajetória delinvente e criminosa associada aos seus consumos. O consumo de estupefacientes e psicotrópicos potenciava delitos como atentados ao património, furtos, assaltos a farmácias, entre outros, no período até ao início do século XXI, com grande ressonância social.

Durante o percurso legislativo houve várias mudanças em relação às drogas, surgindo a Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro que definiu o regime jurídico aplicável ao consumo de substâncias psicoativas, que inclui a proteção sanitária e social dos consumidores de substâncias sem prescrição médica. Deu-se, assim, a descriminalização do consumo de drogas, aquisição e detenção para o consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, originando opiniões muito controversas, pois acreditava-se que descriminalizar o consumo de drogas fazia com que a droga, o consumo e o tráfico aumentassem, tal como a criminalidade (Poiares, 2007). A descriminalização em Portugal “teve como objetivo não suprimir a proibição existente nos consumos de droga, mas sim atribuir um carácter mais humano e eficaz à intervenção” (Ribeiro, 2010, p.23), assim o sujeito consumidor teria a oportunidade de se consciencializar dos próprios consumos, encontrando uma nova

perspetiva de mudança dos comportamentos, possibilitando o combate e controlo dos hábitos e uso de substâncias. O consumo ou a posse de substâncias não deixaram de ser punidos, mas passaram a ter sanções administrativas ou coimas. No entanto, o consumo foi descriminalizado mas não despenalizado, isto é, consumir substâncias psicoativas ilícitas continua a ser um ato punível por lei, no entanto “a posse ou consumo não pode exceder as quantidades necessárias para o consumo individual num determinado espaço de tempo, correspondente a dez dias” (Ribeiro, 2010, p.21), deixando assim de ser um comportamento alvo de processo-crime, passando a constituir uma contraordenação social. Esta legislação formou novos horizontes no que respeita à visão pública dos toxicodependentes, deixando de lado o preconceito que o comparava com um criminoso, passando a considerá-lo uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado. Procurou-se solucionar a problemática patente ao consumo de droga com o tratamento voluntário, onde é possível a qualquer médico referenciar o abuso de plantas, substâncias psicotrópicas ou estupefacientes, aos serviços de saúde do Estado. A partir de 1975, plena fase de “arquitetura dos dispositivos” e com regresso da abordagem do fenómeno, foram constituídos vários dispositivos de prevenção e combate à droga o que se alargou pela década de 1980. Estamos deste modo, perante uma mentalidade mais aberta, conseqüente da intercomunicação de saberes que executou novos entendimentos e novas formas interventivas do fenómeno da droga. A descriminalização do consumo de drogas em Portugal teve um reconhecimento internacional, visto que soube consubstanciar as experiências desenvolvidas ao longo da História, orientando as suas políticas para o seu protagonista: o consumidor. Com a Lei 30/2000 e com o Decreto de Lei nº 130-A/2001, de 23 de Abril, Portugal consagrou a política de descriminalização substituída pela prevenção, onde as Comissões para Dissuasão da Toxicoddependência (CDT) assumem um papel fundamental recorrendo-se à juspsicologia em lugar da penalidade. Ou seja, cabe às CDT a supervisão e avaliação dos sujeitos enquanto consumidores/toxicodependentes e a sua relação com o objeto para que seja possível um tratamento eficiente e uma maior minimização de riscos, promovendo sempre a inclusão social, estando relacionadas com a prevenção secundária: o tratamento pode e deve ser um dispositivo de prevenção, cabendo ao Estado dotá-las de meios, técnicos e financeiros ajustados. Criar estruturas desta natureza foi positivo, até porque o Governo começou a compreender a necessidade de descriminalizar construtivamente e agilizar condições apropriadas, como ter técnicos especializados e preparados (Poiães, 2007). Com a criação destas estruturas, nomeadamente as CDT ou o IDT, passa-se a diligenciar de forma adequada encontrando um enquadramento pessoal, social e económico para a população consumidora. De acordo com Ribeiro (2010) é necessário avaliar, conhecer e descodificar para se poder diagnosticar, motivar e encaminhar o indivíduo para um

percurso terapêutico-reabilitador. Com a ajuda essencial destas comunidades intervenientes, o consumidor tem um tratamento mais individualizado, uma vez que o seu caso será analisado por mais do que uma instância, de forma a haver um programa de tratamentos específicos, adequado às necessidades do paciente. Mas, para que o tratamento tenha sucesso, a vontade e motivação do paciente toxicodependente é primordial. Para Foucault (1988), representa um mecanismo de exercício de poder, controlo e de normalização.

Após a descriminalização instaurou-se uma política para minimizar os riscos e danos da droga: como contágio de doenças transmissíveis, infeções, feridas; prevenção das drogas; controlo de produtos, higiene e segurança; criação de condições para consumo asséptico promovendo assim medidas para a alteração das condições de consumo, distribuição e troca segura de seringas; criação de condições para a existência de apoio psicológico na rua, facilitando a aproximação ao toxicodependente, uma vez que é de extrema importância existir um projeto de vida e ainda mais importante, a sua realização (Poiars, 2007).

## **Capítulo 2: As novas drogas**

## Capítulo 2: As novas drogas

Muitas das substâncias, quando usadas e consumidas para estimular, sedar, disfarçar a dor, provocar mudanças sociais, motivar sensações agradáveis, alterar o estado de humor, a cognição e a percepção, alucinar, apreciar diferentes formas de conhecimento divergentes das habituais, entre outros, servem para definir o conceito de consumo de drogas (Ribeiro, 2010). O conceito de droga advém da palavra “*pharmakon*”, que significa que uma substância pode atuar como remédio ou como veneno, dependendo da dose tomada, “por isso, uma tal substância não pode ser catalogada como benéfica ou maléfica, já que a sua toxicidade é definida em função da sua proporção” (Born, 2005, p.37). Logo, o efeito de uma droga depende da dose administrada, da pureza da substância, das condições de utilização e das razões e normas culturais que regulam o seu uso. Na verdade, o próprio conceito de droga tem alguma ambiguidade, mas independentemente da sua origem etimológica, a droga ou substância psicoativa é aquela que “produz alterações no estado de consciência de quem a consome, sendo que o seu efeito pode variar da ligeira estimulação de uma chávena de chá ou de café, até aos efeitos mais profundos como os provocados por alucinogénios, tais como as plantas que conduzem à alteração da percepção do tempo, do espaço e do próprio indivíduo” (*ibidem*). De acordo com Ganeri (1996; p.11), a dependência é “quando já se está tão habituado a uma droga, mental e fisicamente que necessitas de continuar a tomá-la para funcionares normalmente e não consegues parar, sem sofrer sintomas de desabituação<sup>3</sup>”.

De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas, do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2015), o mercado das drogas ilícitas têm vindo a mudar devido à globalização, e às novas tecnologias como a internet, por isso os métodos de produção e tráfico de droga e a criação de novas rotas de tráfico constituem desafios adicionais. A visibilidade e o impacto do fenómeno das drogas têm vindo a alargar a variedade de substâncias que existem e dos seus respetivos efeitos, havendo assim a necessidade de as classificar para serem mais fáceis de identificar e caraterizar, em função das suas semelhas e diferenças. Existem as drogas lícitas, que são aquelas que estão legalizadas e que podem ser livremente comercializadas, como o tabaco e o álcool, como fármacos, no entanto, tal como as ilícitas, pode ser associada a problemas de saúde e de dependência. No que respeita às drogas ilícitas, sendo estas mais pertinentes para o estudo, têm vindo a alarmar cada vez mais as sociedades modernas, não só pelos danos diretos causados ao consumidor, mas também pelas consequências sociais, económicas, legais e políticas. As substâncias sustentam as adições que alteram o comportamento, tornando-o compulsivo, o que

---

<sup>3</sup> Os efeitos físicos variam desde a dor de cabeça, a suores, câibras, tremores incontrolláveis e até mesmo a morte. Psicologicamente, continuas a desejar a droga, podendo ser mais difícil de suportar do que os efeitos físicos.

provoca graves danos sociais e de saúde pública. As consequências do consumo de substâncias passam “pelo aumento da prática do delito, pela propagação de doenças infectocontagiosas e pelo crescente número de mortes prematuras entre os jovens consumidores” (Nunes e Jólluskin, 2010; p.48). Nesta breve abordagem foca-se um grupo limitado de substâncias ilegais, juntando ainda as novas drogas. Existe uma multiplicidade de substâncias ilícitas e neste estudo vão ser referidas algumas, como a marijuana ou *cannabis*, que deriva de uma planta e é principalmente fumada, para atingir estados de prazer, embotamento, fantasia ou exaltação religiosa. Na religião rastafariana a *cannabis* ou *ganza*<sup>4</sup> é venerada como uma droga mística e bastante fumada (Ganeri, 1996). Segundo o Relatório Europeu sobre drogas (2015; p.20) “a *cannabis* é, de longe, a droga mais apreendida, respondendo por 8 em cada 10 apreensões na Europa”. A *cannabis* é uma das drogas mais consumida em Portugal; a dietilamina do ácido lisérgico (LSD) é um alucinogénio absorvido por via oral, causando distorção na perceção das coisas como cores, odores, sons e sabores, imagem corporal e à relação espaço-tempo. Pode proporcionar euforia, pânico ou depressão; a heroína (diacetilmorfina, diamorfina) é um opiáceo muito potente, mas de curta duração, consumida por via endovenosa ou fumada/inalada. Os seus efeitos incluem sudorese, perda de apetite sexual, perturbações do sono, depressão respiratória, perda de apetite, entre outros. Desenvolve uma grande dependência física e psíquica; a cocaína é o estimulante de origem natural mais potente que se conhece e pode criar dependência psicológica numa só experiência, devido ao seu efeito reforçador. Segundo o Relatório Europeu sobre drogas (2015, p.26) “os dados disponíveis indicam que o tráfico de cocaína para a Europa se concentra principalmente nos países da Europa ocidental e meridional, respondendo a Espanha, a Bélgica, os Países Baixos, a França e a Itália por 86 % das 62,6 toneladas apreendidas em 2013”, embora seja em Espanha que se apreende mais cocaína. A cocaína e a heroína são frequentemente consumida juntas formando assim a designada *speedball*, pois é a junção de um estimulante com um depressor; por fim as anfetaminas e metanfetaminas são drogas sintéticas, geralmente consumidas por via oral passando a ser consumida mais tarde por via endovenosa. Têm um grande poder estimulante e efeitos alucinogénios (*ibidem*).

Nos dias correntes, a indústria farmacêutica produz cada vez mais psicofármacos e a um ritmo cada vez mais acelerado, gerando um alargado grupo de substâncias sintéticas<sup>5</sup> produzidas em laboratório e quimicamente manipuláveis. “No âmbito da produção ilegal de drogas, criam-se psicofármacos em laboratórios que mais se assemelham a cozinhas rudimentares, onde o mais

---

<sup>4</sup> Ganza é o nome dado pelas Índias orientais para erva e entre Rastas, a sua forma mais elevada chama-se Kali, que deriva da deusa indiana em honra da qual a ganza é fumada.

<sup>5</sup> Drogas que foram criadas especialmente em laboratórios químicos, tais como várias formas de *ecstasy*. Normalmente são mal confeccionadas e não testadas, o que as pode tornar altamente perigosas.



pequeno erro pode conduzir à produção de um veneno mortal, com efeitos e consequências imprevisíveis” (Nunes e Jóluskin, 2010, p.61). De facto, há um inumerável grupo de drogas sintéticas que seria impossível nomeá-las todas, por isso serão apresentadas algumas, tais como: 3,4 Metileno-dioximetilamfetamina (MDMA) ou *ecstasy*, que pertence ao grupo de anfetaminas, mas que se alastrou rapidamente entre os jovens, principalmente em festas noturnas, criando um grave e alarmante problema. A substância atua como estimulante e alucinogénio, sendo de administração oral em forma de cápsulas ou comprimidos. Tem como efeitos a estimulação mental, alterações de percepção, entusiasmo emocional e um aumento de energia física. Em 2013 foram apreendidos 4,8 milhões de comprimidos de MDMA na União Europeia (Relatório Europeu sobre drogas, 2015); a fenciclidina (PCP) ou *pó de anjo* é utilizada para adulterar outras drogas de elevado custo, pois é uma substância de fácil aquisição e barata, produzida em laboratórios artesanais clandestinos e que provoca efeitos semelhantes ao da marijuana quando consumida em pequenas doses. No entanto, se houver um aumento progressivo pode causar sensações de isolamento relativamente ao meio envolvente, salivação excessiva, descoordenação motora, entre outros. Pode ser administrado por via oral, inalada ou endovenosa e após o consumo o indivíduo entra num estado eufórico e hiperativo. As benzodiazepinas são relaxantes musculares, anti convulsionantes e ansiolíticos; a quetamina ou *purple* apresenta propriedades anestésicas e dissociativas, proporcionando “viagens”. É muitas vezes tomada com outras drogas para potenciar o seu efeito e pode ser administrada por via endovenosa, oral ou por inalação. Por fim o ácido gama-hidroxi-butírico (GHB) ou *easy lady*, que começou a expandir-se quando começou a surgir o culturismo, para substituir os esteróides, pois aumenta a produção de hormonas de crescimento, favorecendo o desenvolvimento muscular. O GHB é vendido clandestinamente, tal como o *ecstasy*. Em pó pode ser consumido por via nasal. Quando a dose consumida é medida consoante o indivíduo, o seu peso e horário da última refeição, verificam-se uma aparente e agradável tranquilidade, euforia, tendência para falar muito, sensação de bem-estar, desinibições, maior desejo sexual. O GHB é também associada à ocorrência de violações, pois a vítima fica sedada, tendo ficado conhecida como “a droga da violação”. A sua utilização pode conduzir a estados de sonolência, náuseas, inconsciência, depressão respiratória severa e coma (*Ibidem*). Assim, as novas substâncias pertencem ao grupo das drogas sintéticas que “formam um conjunto que não pára de crescer e de conquistar novos consumidores, cada vez mais jovens” (Nunes e Jóluskin, 2010, p.69). Segundo o Relatório Europeu das drogas (2015, p.16) “em 2014 foram pela primeira vez detetadas 101 substâncias novas e é interessante constatar como as novas drogas introduzidas no mercado, sobretudo canabinóides sintéticos, estimulantes, alucinogénios e opiáceos, imitam as substâncias tradicionais”. A história apresentada anteriormente

revela como o consumo de substâncias tem acompanhado o homem desde há muito tempo, constituindo uma fonte de grandes preocupações. A classificação de substâncias psicoativas como lícitas ou ilícitas está associada a fatores políticos, culturais, históricos, morais e económicos das sociedades. Quanto maior for a perceção de que o consumo de certa substância ameaça o bem-estar social, originando consequências adversas tanto para o consumidor como para a restante população, maior a probabilidade da substância não ser socialmente aceite. São cada vez mais evidenciados os aspetos psicológicos, sociais e psicopatológicos, atendendo aos distintos efeitos produzidos pelas diversas substâncias.

A dependência pode ser causada pelo consumo de substâncias psicoativas, ilícitas, como por substâncias social e legalmente aceites, nomeadamente psicofármacos. O conceito de dependência serviu para substituir e suavizar a ideia de “vício”. A dependência constitui-se a partir de três elementos: 1) substância psicoativa com características farmacológicas peculiares; 2) o indivíduo com as suas características de personalidade e singularidade biológica; 3) e o contexto sociocultural dinâmico e polimorfo, onde existe o encontro entre o indivíduo e a substância (Figueira, 2015). A OMS (1997) descreve a dependência como sendo um estado físico e psíquico, consequente da interação entre um organismo vivo e determinada substância que conduz a alterações comportamentais, compreendendo sempre a compulsão para a repetição do consumo da substância com vista a manutenção do estado psíquico alterado, incluindo as lícitas ou ilícitas. De acordo com Fonseca (1997 *cit in* Nunes e Jóluskin, 2010; p.30) “a dependência é resultante de uma interação entre o organismo e uma substância tóxica ou droga, que o indivíduo se sente compelido a consumir periódica ou continuamente [...] a dependência física consiste numa adaptação do organismo, com consequente manifestação de uma constelação de sintomas aquando da suspensão da administração da substância, verificando-se a síndrome de abstinência quando esses sintomas são mais visíveis”. A dependência remete para o papel central desempenhado pela substância na vida dos indivíduos que consomem, pois existe uma perda de controlo dos consumos, levando o sujeito a grandes dificuldades. Menciona ainda para além da dependência física (adaptação fisiológica ao consumo habitual da substância), a dependência psicológica (necessidade de consumir para atingir o bem-estar). Já a OMS (2004) defende que a dependência é um transtorno cerebral, ao nível das suas funções, originado pelo consumo de substâncias psicoativas que alteram a perceção, as sensações, as emoções e a motivação do sujeito. É necessário esclarecer que existem três tipos de dependência: a dependência química que consiste numa condição orgânica que nasce da utilização constante de certas drogas psicoativas que provocam o aparecimento de sintomas que atingem o sistema nervoso central.

O dependente pode sofrer assim os efeitos de uma abstinência repentina e prolongada. Não tem uma causa única, mas é, produto de vários fatores que atuam ao mesmo tempo. A dependência física ocorre quando a droga é utilizada em quantidades e frequências elevadas e o organismo defende-se estabelecendo um novo equilíbrio no seu funcionamento, adaptando-se à droga de uma forma, que na sua falta, funciona mal, provocando distúrbios físicos quando o consumo de uma droga é interrompido. Por fim, a dependência psíquica é quando o sujeito é dominado por um forte impulso, quase incontrolável de consumir a droga à qual se habituou, experimentando um mal-estar intenso (fissura), na ausência da mesma (Figueira, 2015).

Entre os critérios de diagnóstico de dependência destacam-se a tolerância, que se caracteriza pela necessidade de doses crescentes para sentir o mesmo efeito da droga e a abstinência que, quando existe a interrupção do consumo, o sujeito sente um mal-estar (DSM-5). Rosário (2009, p.24) defende que a síndrome de dependência envolve um conjunto de fenómenos tais como “a tolerância, traduzida pela necessidade de aumentar a dose para alcançar o mesmo efeito; a persistência em utilizar a substância apesar das consequências nocivas do seu consumo; o abandono de interesses e atividades anteriormente apreciadas, a favor do uso de uma substância; dificuldades em controlar o comportamento do consumo e/ou estado de abstinência”. A toxicodependência é de um fenómeno cuja história se foi construindo com base em diversos interesses, acabando por trilhar um caminho que o tornou num problema transversal e gerador de múltiplas consequências. A sua complexidade acaba por tornar difícil a sua própria definição.

A toxicodependência é um “conjunto de comportamentos aditivos, ou seja, todos os comportamentos que se caracterizam pela realização repetida dos mesmos, mediada por um impulso incontrolável para o consumo de uma ou várias substâncias, estimulado pela obtenção de prazer fácil e imediato” (Rosário, 2009, p.25). Define-se toxicodependência como uma perturbação do comportamento, com desejo ou necessidade compulsivos de procurar a substância, quer pelos seus efeitos, quer para eliminar os sinais psíquicos desagradáveis que surgem com a privação do uso, sendo que a duração e a ação da droga vão pautar a sua procura. Um toxicodependente tem dificuldades em controlar os consumos, persistindo em consumir repetidamente. Os sujeitos dependentes de tóxicos, drogas, narcóticos, traçam um mundo de ideias próprio, acompanhado por níveis elevados de estimulação de tonalidade dolorosa, associados ao profundo estado de angústia e às dificuldades de controlo e tolerância ao stresse, caracterizado pela desorganização ideativa (Agra, 2008). Para além da dificuldade em definir universal e integralmente um fenómeno de imensa complexidade, acresce o fato de se tratar de uma problemática em permanente mudança, flutuando

em função da cultura e dos estilos de vida. Todos os problemas subjacentes e consequentes do consumo descontrolado, colocam a problemática numa grave e incapacitante posição para o consumidor, a que se acrescenta o impacto dramático quer para a família, quer para a comunidade e para si próprio. Diversos modelos explicativos do fenómeno têm sido propostos, sendo possível agrupá-los em função do enfoque em que é colocada a explicação da toxicodependência. Sendo assim as abordagens são: biológica, psicológica e social.

A abordagem biológica considera que a utilização prolongada de drogas promove alterações adaptativas no cérebro, que poderão explicar a instalação da tolerância, dependência física e consumo compulsivo. Neste sentido, a toxicodependência poderá ser entendida como uma doença crónica, originada pela exposição do cérebro aos efeitos de substâncias psicoativas, sendo possível distinguir o cérebro do adito e do não adito através das alterações na atividade cerebral (Nunes e Jólluskin, 2010). A abordagem psicológica centra-se no significado que a substância possui para o indivíduo, bem como os processos cognitivos que conduzem aos consumos e à dependência. Quando se está numa busca constante pela aprovação dos pais, grupos de pares ou outras figuras significativas, mas que não se consegue corresponder às expectativas tende-se a desenvolver comportamentos não convencionais para contrariar essa frustração, procurando novas experiências e sentimentos de autoestima e é nesta fase que pode entrar os consumos de drogas. Já a abordagem social dá ênfase à cultura em que o sujeito se encontra inserido e às suas interações sociais. Todas estas definições são válidas, no entanto, falta uma vertente imprescindível: as motivações intrínsecas dos indivíduos: por isso o contributo de diversas ciências, entre elas a psicologia, é imprescindível para uma visão mais alargada, compreensiva e integradora do problema. Isto porque é importante perceber a relação que ele tem consigo próprio, as suas vivências passadas e presentes, se tem ou não projetos futuros, compreender o ambiente familiar e social, sendo igualmente pertinente perceber a relação do indivíduo com o mundo da droga. Os problemas relacionados com o abuso de substâncias não afetam apenas o indivíduo, mas também as pessoas à sua volta (Gonçalves & Pereira, 2011). O consumo problemático de drogas tem resultados:

“Nocivos a nível individual, pelos efeitos nefastos da substância sobre o organismo, sobre o comportamento e sobre o funcionamento do indivíduo, que é afetado pela perda do controlo; a nível social, dados os prejuízos e mal-estar consequentes, na família e na comunidade, mediante os comportamentos executados sob efeito da droga ou para angariá-la; a nível político, pelo impacto de todos os intervenientes no processo, como sendo a produção e distribuição do produto

no mercado, com implicações diretas sobre as políticas orçamentais, jurídico-legais, policiais, mediáticas, económico-financeiras e geoestratégicas” (Nunes, 2005; p.25).

O termo opióide refere-se a substâncias que estabelecem ligação com os recetores opiáceos, ativando-os. Alguns opiáceos como a heroína e a morfina são usados como droga recreativa de abuso. A heroína é mais potente do que a morfina e existe uma referência ao Síndrome Comportamental da Heroína, que se caracteriza por depressão acompanhada de ansiedade, impulsividade; medo de fracassar; uso da substância para aliviar a ansiedade; baixa-autoestima; têm uma baixa tolerância à frustração com necessidade de gratificação imediata; estabelecimento de relação entre sentimentos de impotência comportamental e o controlo momentâneo propiciado pela droga; relacionamento perturbado com os pares devido a experiências mútuas com substâncias (Nunes, 2005). Quando existe a abstinência de heroína, há sintomas de ansiedade, lacrimejo, midríase, sudorese, insónia, calor/frio, tremores, inquietação, náuseas, vómitos, diarreia, dores musculares e articulares, taquicardia e hipertensão arterial (*ibidem*, DSM-5).

A metadona é um opiáceo sintético, tomado por via oral, e tem como objetivo aliviar os sintomas de abstinência da heroína, sendo usado como terapia de substituição opiácea. Quando assim é, o sujeito liberta-se da dependência da heroína; há uma redução de comportamentos de risco; ausência de sintomas de abstinência; abandono total ou parcial de comportamentos ilícitos; maior possibilidade de reinserção social. No entanto, a metadona também dá dependência, mas permite que o sujeito tenha uma vida normal e estabilizada.

Ao contrário da heroína, a cocaína provoca euforia com diminuição de fadiga; aumento do estado de vigília; do desejo sexual; sensação de mais energia e redução de apetite. O consumo de cocaína entre os dependentes de heroína, ou entre aqueles que fazem terapia com metadona, é bastante frequente e prejudicial, não só em termos de saúde, mas dificulta também a reinserção social. Estamos perante sujeitos policonsumidores.

A toxicodependência é então entendida como uma doença e que implica alterações ao nível das vivências do sujeito adito, bem como em todos os sistemas em que se insere, coincidindo por vezes com trajetórias da vida transgressivas. O consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino, do que no feminino, para todas as drogas, no que respeita aos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular (Relatório Europeu sobre Drogas, 2015).

Um dependente de substâncias é alguém que se encontra limitado na sua liberdade psíquica, empobrecido nas suas capacidades físicas, psíquicas e sociais, mas tem tanto direito de receber tratamento como qualquer outro cidadão, no entanto, a sua condição não é, na maioria das vezes, compatível com deslocações a hospitais/centros de saúde. “Dependências há muitas e para alguns indivíduos, dependendo das condições implícitas, algumas são definidas como patológicas” (Ribeiro, 2010, p.28). Os toxicómanos apresentam uma grande deterioração ao nível físico, dentário, ficando com um aspeto mais envelhecido, são pessoas que precisam de uma ajuda especializada pois têm necessidades específicas e patologias, que na maioria são associadas á toxicodependência e que podem ser um perigo de saúde pública. O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), as Hepatites B e C e a tuberculose põem em risco a saúde pública através dos comportamentos de partilha de seringas e outros materiais de consumo. Sem dúvida que o risco de contrair VIH é mais elevado entre a população toxicodependente por via endovenosa devido à partilha de material, como as seringas (Negreiros e Magalhães, 2005). É importante ter-se em conta que para além destas patologias, existem ainda os comportamentos sexuais de risco, podendo ser transmitido sífilis, SIDA, gonorreia, herpes genital, entre outros.

O facto de se estar dependente de uma ou mais substâncias torna o corpo mais frágil, menos alertado para sua saúde, tendo comportamentos negligentes e impulsivos. A falta de cuidados de higiene, alimentação, problemas psicológicos e sociais faz com que o processo de degradação física e mental do dependente seja rápida. Por essa razão a depressão ou o suicídio entre toxicodependentes é mais frequente do que na restante população, por vezes o consumo decorre de uma automedicação para o alívio de sintomas. Nunes (2005; p.35/36) aponta quatro tipos de perturbações psicopatológicas: “perturbação neurótica (com tendência a reduzir a ansiedade por via dos consumos); psicóticos e borderlines (em que a droga propicia intensa sensação de liberdade); perturbações sociopáticas da personalidade (expressando conflitos psíquicos através do *acting-out*)”. De acordo com Ribeiro (2010), a maior parte dos dependentes apresenta uma estruturação de personalidade depressiva, indicativa de uma imaturidade afetiva e, ainda, da existência de problemas de identidade. De acordo com Agra (2008), os toxicodependentes apresentam uma desorganização ideativa. Esta desorganização é acompanhada de elevados níveis de estimulação de tonalidade dolorosa, associada ao estado de angústia e às dificuldades de controlo e tolerância ao stresse.

### **Capítulo 3 – Relação Droga-Crime**

### Capítulo 3 – Relação droga-crime

O crime tem vindo a ser percebido de diversas formas: como um fenómeno natural enquadrado nos comportamentos humanos, de rutura com as regras e com os princípios universais, sendo também interpretado como resultante de um código de normas que visa a manutenção da ordem instituída, a que se acrescentam as leituras interpretativas que remetem para os processos de rotulação e de construção social. Ou seja, o crime não passa de uma construção imposta de regras e condutas às quais se atribui o rótulo de crime e todos aqueles que ultrapassem as margens imposta passam a ser alvo de censura (Agra, 2008). De acordo com Cusson (2011, p.14) “todas as sociedades e grupos humanos dotados de uma certa permanência criam as suas próprias normas: regras de conduta cuja transgressão é passível de sanção”. A desviância consiste na transgressão de uma norma social (Cusson; 2011). De acordo com o autor, crime ou delito é toda a ação injusta e proibida pelas leis que a tende a ferir a sociedade e a perturbar a tranquilidade pública. Crime é todo o ato previsto pela lei, dando lugar à aplicação de uma pena por parte de uma autoridade superior, e é um processo com três etapas: 1) as normas penais estão estabelecidas; 2) são violadas; 3) e isso provoca uma reação social repressiva (*ibidem*).

A visão jurídico-legal entende o crime como uma ação ou omissão que causa dano a um interesse penalmente protegido e for que o seu executor pode ser penalmente castigado. A análise do grau de gravidade das infrações submetidas num estudo revelam seis critérios: “1) a intensidade das ofensas à integridade física; 2) os perigos a que o ato expõe os outros; 3) a violência dos meios; 4) a importância das perdas pecuniárias; 5) vulnerabilidade em relação à vítima; 6) o dolo” Cusson (2011, p. 23). Quanto mais um ato ameaça a segurança de uma comunidade, maior a probabilidade de ser percecionado como crime. De acordo com Cusson (2011) as noções de crime e de gravidade que emergem da interação social, e que os legisladores e juristas podem descobrir através da observação, parecem preencher duas funções: a segurança interna e um justo equilíbrio das relações interpessoais. O conceito de crime serve para censurar as ofensas intencionais à segurança e à justiça nas relações sociais. O fenómeno criminal pode ser compreendido mediante as normas sociais que estão estabelecidas, sendo violadas, provocando uma reação social repressiva. No entanto há uma dificuldade em alcançar a definição universal de crime. Cada crime, segundo Agra (2008), deve ser diferenciado em termos psicológicos, sociais e jurídicos, uma vez que um determinado comportamento pode ser visto como uma violação a uma norma fundamental, como pode constituir um ato reprovável e danoso sob uma perspetiva social e/ou moral, não sendo, necessária uma ação punível por lei.



O crime e os comportamentos criminosos “constituem preocupações que persistem no tempo, comuns a todas as sociedades e que mobilizam as diversas áreas da ciência na procura de explicações para a sua emergência, na busca das mais eficazes soluções para o seu combate e prevenção” (Nunes, 2010; p.15). O conceito de crime está inteiramente ligado ao conceito de ordem social, por isso o crime deve ser entendido no contexto das interações sociais que vamos instituindo, tendo-se em conta as características intrínsecas do sujeito para enquadrar a sua conduta criminal. Existe uma diversidade de teorias que pretendem explicar o porquê de certas pessoas cometerem crimes. As ideias que definem o que é importante, útil ou desejável são fundamentais em todas as sociedades, as sanções formais e informais são aplicadas pela sociedade de forma a reforçar as normas sociais, no entanto as leis são normas definidas e impostas pelos governos e são essas ideias ou valores que dão significado e orientam os seres humanos na sua interação com o mundo social. As normas são as regras de comportamento que refletem os valores de uma sociedade. São os valores e as normas que determinam como os membros de uma sociedade se comportam, “as sociedades estabelecem regras de boa educação, cuja existência se revela no facto de os autores de atos considerados grosseiros merecem reprovação, e em caso de persistência, o ostracismo” (Cusson, 2011; p.14). A socialização também é um aspeto importante, pois é o processo pelo qual os sujeitos aprendem o modo de vida da sociedade em que vivem e é o principal canal transmissor de crenças, estilos de vida e de comportamentos. A maioria pensa que sabe quem são os sujeitos desviantes, das pessoas atribuindo esse estatuto às pessoas que se recusam a viver de acordo com as regras que são impostas e que a maioria (se rege), por outras palavras: os criminosos violentos, os drogados ou marginais pessoas que não se encaixam nos padrões de comportamentos aceitáveis (Giddens, 2010), tendo por isso existido uma procura constante de aspetos que possibilitassem diferenciar um criminoso dos restantes indivíduos, tais como características que constituíssem indicadores de que o sujeito viria a manifestar comportamentos desviantes. No entanto, como refere Cusson (2011), o delinquente não é diferente dos outros homens. Algumas das primeiras tentativas de explicar o delito tiveram, essencialmente, um carácter biológico. Especificamente, analisavam-se traços anatómicos que, porque são visíveis poderiam facilitar a identificação daquele que tivesse nascido com uma predisposição para o crime. Ou seja, o criminoso teria uma série de traços anatómicos e fisiológicos que o conduziam à prática delituosa. Giddens (2010) afirma que Lombroso acreditava que podiam ser identificados tipos de criminosos por meio de determinados traços anatómicos, investigando a aparência e as características físicas do criminoso, como a forma do cérebro e da testa, o tamanho dos maxilares e o dos braços:

“O criminoso-nato distingue-se do homem normal quer em fatores físicos ou biológicos. O criminoso-nato teria um cérebro relativamente pequeno, maxilares enormes e lábios carnudos, um queixo recuado, arcadas supraciliares salientes, braços muitos longos, órbitas excessivamente grandes e cabelos abundantes. Já o homicida teria os olhos frios, maxilares muito longos, narizes aduncos e caninos muito desenvolvidos. O ladrão teria olhos pequenos, móveis e inquietos, sobrancelhas espessas, nariz achatado e frente fugidia. O retrato psicológico é menos fantasista. O criminoso sofre de uma insensibilidade que atrofia os seus sentimentos de piedade e compaixão; é marcado pela ausência de remorso, pela impulsividade, imprevidência, egoísmo, crueldade, vaidade, intemperança, indolência, sensualidade e superstição. É dado também à tatuagem e ao calão” (Cusson, 2011; p. 60-61).

Embora aceitasse que a aprendizagem social podia influenciar o desenvolvimento do comportamento do criminoso, Lombroso considerava que a maioria dos criminosos eram seres biologicamente degenerados ou patológicos. O facto de um sujeito cometer crimes deve-se à hereditariedade, tal como outros fatores biológicos, relacionando-se com os fatores ambientais (Nunes, 2011; Giddens, 2010). Tal como as interpretações biológicas, as teorias psicológicas sobre o crime incidem sobre o indivíduo e não na sociedade. Contudo, enquanto os aspetos biológicos associam determinadas características físicas a uma maior predisposição para o delito, as perspetivas psicológicas concentraram-se nos tipos de personalidade. As teorias psicológicas da criminalidade podem, na melhor das hipóteses, explicar apenas certos aspetos do crime/delito. Embora alguns criminosos possam ter características de personalidade diferentes do resto da população, é altamente improvável que isto se verifique com a maioria dos criminosos. Tanto a abordagem biológica como a abordagem psicológica, admitem que um crime é sinal de que se passa algo de anormal com o sujeito, algo que não consegue controlar (Giddens, 2010).

Existem estudos que defendem que a tendência para o crime não é adquirida ao longo da vida, mas que já nasce com o indivíduo, havendo assim uma predisposição genética para a infração. Atualmente têm vindo a surgir debates sobre os aspetos de natureza social que podem ser determinantes no processo de passagem ao delito. Ao contrário da questão biológica ou social, alguns autores defendem que é o próprio sujeito que traça a escolha de aderir a uma trajetória criminosa. Nunes (2011) refere que Matza defende a perspetiva do interacionismo simbólico em que o sujeito é quem tem o poder de decidir se quer ou não aderir ao desvio, tendo sempre possibilidade de escolha quanto aos comportamentos a adotar. A base do interacionismo simbólico passa pela capacidade humana de, através da socialização, representar simbolicamente as suas ações, refletir sobre elas e representar as suas ações. No entanto, quanto mais o sujeito se envolve

na atividade criminosa, mais difícil é o seu afastamento. A Escola de Chicago também foi bastante importante, pois procurou compreender os indivíduos, denominados de “outsider” e como se colocam à margem, aderindo a grupos desviantes (Nunes, 2010).

As teorias sociológicas sobre o crime são cruciais na compressão da predisposição delinquencial. Durkheim, referido por Giddens (2010), defende a noção de anomia (ausência de regras), ou seja, quando não há modelos claros de comportamento a seguir numa determinada área da vida social, gerando uma desorientação e ansiedade nos indivíduos. Durkheim via o crime como fatos sociais, pois existe cada vez mais liberdade de escolha nas sociedades modernas, tornando inevitável a existência de algum inconformismo, pois existe “no plano das representações a desagregação dos valores e a ausência de pontos de referência” (Born, 2005; p.51). Para Durkheim a densidade moral é imprescindível para haver coesão em torno dos valores que ligam os indivíduos ao todo social. As ideias de Durkheim foram recuperadas por Robert Merton, que defendia a ideia de que a fonte do crime se localizava no interior da sociedade, ou seja, redefiniu o conceito de anomia para se referir à tensão a que o comportamento dos indivíduos é sujeito quando as normas aceites entram em conflito com a realidade social, havendo uma grande pressão em ser bem-sucedido, independentemente da sua classe social. No entanto, isto não se verifica, uma vez que os mais desfavorecidos tem menos chances de alcançar oportunidades, fazendo com que quem não tenha êxito se sinta condenado pela sua incapacidade de alcançar o sucesso material. É nesta fase que aparecem os atos ilícitos e até mesmo o crime, pois é uma forma mais fácil de alcançar a meta imposta pela sociedade. Assim, o crime/desvio “é uma consequência das desigualdades económicas e da ausência de iguais oportunidades” (Giddens, 2010; p.210). De qualquer forma, a explicação de Durkheim e de Merton aponta que é a sociedade, ou o seu nível de anomia, que produz as disfunções e tensões (Born, 2005).

A teoria do controlo social considera que o crime ocorre devido aos conflitos entre os impulsos que conduzem à atividade criminal e os dispositivos físicos e sociais que a detêm. Esta teoria assume que as pessoas agem racionalmente e que todos podem enveredar por atos desviantes. Um dos autores desta teoria é Hirschi, que defende o facto de os seres humanos serem egoístas e que decidem racionalmente se vão ou não envolver-se na atividade criminal. Refere ainda que existem quatro tipos de laços que ligam as pessoas à sociedade e ao comportamento que foi estabelecido pela lei: apego, compromisso, participação e crença, que quando são significativamente fortes contribuem para o controlo e conformidade social, pois não deixam espaço livre para os indivíduos transgredirem as normas sociais e legais. Caso contrário, se os laços forem

fracos, pode resultar o desvio e a delinquência (Giddens, 2010; Born, 2005). Todas estas perspetivas aqui apontadas foram criticadas, pois não são só os desfavorecidos que cometem crimes, mas no entanto também não se encontra uma explicação exata para o crime fora dessa classe. A organização e a estruturação das sociedades terão um impacto significativo no comportamento das pessoas e no fenómeno do crime.

Os comportamentos aditivos sempre despertaram uma grande curiosidade, existindo por isso inúmeros estudos para tentar explicar os fenómenos. De acordo com Ganeri (1996; p.102-103) existem sinais de que são consumidores de substâncias psicoativas, como “alterações súbitas de humor: contente e alegre para chateado e de mau humor; perda de apetite e de peso; cansaço contínuo; temperamento incharacterístico; tornar-se introvertido e pouco comunicativo; faltar à escola; andar com a malta mais velha; perder o interesse nos amigos, passatempos ou desportos; descuidar da aparência física; [...]”. A maioria das pessoas experimenta a droga pela primeira vez através de amigos. Entre várias explicações estão as questões de carácter biológico, genético e social, bem como as predisposições associadas ao contexto social, ambiental, familiar, social e individual como um risco para que se venha a verificar o consumo problemático de substâncias. Uma outra vertente desta abordagem ao consumo de drogas prende-se não a uma predisposição inata, mas a um estado disfuncional que conduz a uma maior tendência para recorrer aos consumos problemáticos de substâncias (Nunes, 2011). Outra predisposição para o consumo remete para a existência de problemas aos níveis da estrutura e do aparelho psíquico do indivíduo, que recorre às drogas numa tentativa de suspensão de uma realidade interna enfraquecida. Pode afirmar-se que a predisposição biológica do indivíduo para o desenvolvimento destes problemas poderá conter uma tendência genética. A interpretação e as respostas do indivíduo perante a experiência com drogas são um ponto fundamental para o desenvolvimento de uma conduta aditiva, no entanto, essas interpretações e respostas têm uma componente social, vivencial e de personalidade do indivíduo. Sob este ponto de vista percebe-se que os consumos de substâncias são um suporte que ajuda o indivíduo a enfrentar o seu dia-a-dia, o stresse, a dor e a depressão (Nunes, 2011). A busca do sucesso é algo constante no quotidiano, havendo pressão social e familiar para se ser bem-sucedido, mas quando não se consegue alcançar o êxito, procura-se o refúgio no mundo das drogas, pois o envolvente social afeta a forma como o outro interpreta e vive as suas experiências. A família é parte crucial do ser humano, mas que ao ser desadaptativa e irreductível gera e mantém os sinais e sintomas disfuncionais. Os consumidores de opiáceos “relatam frequentemente que os seus pais estiveram ausentes durante o seu período de desenvolvimento e descrevem os pais como violentos e as mães superprotetoras” (Fleming, 2001; p.59) e há uma falta de proximidade afetiva e de mútua rejeição

pela incompetência dos pais nos seus papéis, devido à imaturidade ou incapacidade de adaptação a novas situações. A Psiquiatria e a Psicologia têm vindo a enfatizar cada vez mais a necessidade de entender a família como um todo, passando a família a ser encarada como o *locus* primário da saúde e da doença mental. No entanto, do ponto de vista sistémico não há uma definição de um tipo de família toxicodependente, existindo algumas características que são importantes realçar: 1) fronteiras ou limites pouco claros entre pais e filhos; 2) uma inversão da hierarquia familiar, em que o subsistema dependente é tão ou mais influente do que o subsistema familiar de heroinómanos; 3) uma ausência de limites e elos claros na díade entre pai-filho, sendo relações distantes ou demasiado indefinidas; 4) uma proximidade importante entre um dos pais e o filho toxicodependente, mantendo-se o outro progenitor numa posição periférica (Fleming, 2001). Uma investigação realizada na Califórnia, por Blum na década de 70 concluiu que, entre outros resultados, as famílias com problemas de toxicodependência têm outras dificuldades associadas como:

“1) alcoolismo e abuso de psicotrópicos nos pais; 2) separação precoce do meio familiar; 3) antecedentes psiquiátricos nos pais; 4) conflitos intrafamiliares em grande escala; 5) desentendimento entre diferentes gerações; 6) problemas conjugais graves (*ibidem*). Ao comparar famílias disfuncionais encontraram nas famílias de consumidores de heroína padrões característicos: 1) uma maior frequência, em várias gerações de condutas de consumo (fármacos psicotrópicos e alcoolismo); 2) conflitos claros com o progenitor mais próximo do toxicómano; 3) comportamentos parentais diferentes do que em famílias ditas normais; 4) existência de um grupo de pares ou de uma «contracultura» para os quais o toxicómano se vira, por períodos, a seguir conflitos familiares: há uma alusão da independência muito maior; 5) preponderância dos temas de morte e falecimentos prematuros e imprevistos; 6) a conduta toxicomaníaca induz uma «pseudo-individação»; 7) as práticas educativas das mães prolongam-se por mais tempo na vida de filhos psicóticos. A toxicodependência “acaba por ser uma perturbação do sistema relacional entre o indivíduo e o meio envolvente, e o fenómeno do consumo de drogas resulta, em grande parte, das tentativas do sujeito comunicar por vias das suas incomunicações e desordens biológicas, familiares e socioculturais” (Nunes, 2011; p.39).

Na problemática do consumo de drogas, existe um grande número de teorias e modelos que pretendem explicar o porquê de certas pessoas consumirem substâncias e os processos evolutivos dessa adição, como: teorias parcelares e baseadas em poucos componentes; o modelo da saúde pública, de crenças de saúde e competências: a teoria da aprendizagem social de Bandura; a teoria

integrativa do comportamento desviante, de Kaplan; as teorias baseadas na família de enfoque sistémico; o modelo social de Peele (Nunes e Jóluskin, 2010; Nunes, 2005).

As Teorias de estádios evolutivas abarcam o modelo evolutivo de Kandel; a teoria da socialização primária de Oetting *et al.* (Ibidem). Por fim as teorias integrativas e compreensivas, onde está incluído o modelo de promoção da saúde (Relatório Europeu sobre drogas, 2015; p.16); o modelo do desenvolvimento social de Catalano e Hawkins; o modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência de Becoña (Ibidem).

Com o consumo de drogas a adquirir visibilidade social, tiveram início de especulações e inquietações estabelecendo-se “uma relação de causalidade entre o consumo de substâncias psicoativas e a prática de crimes” (Domingos, 2010). No entanto, esta ideia não passa de um conjunto de estereótipos, pois o consumo de drogas e o comportamento criminoso são duas condutas bastante complexas. A explicação da relação entre droga-crime tem vindo a ser alvo de estudos bastante intensivos. O problema é ainda mais agravado quando há policonsumos, ou seja, não consomem apenas uma substância, mas várias, existindo um elevado nível de consumidores que consomem heroína e cocaína, piorando ainda com o consumo do álcool, levando a consequências imprevisíveis, como a morte. O consumo de álcool encontra-se designado como droga lícita, uma vez que é permitido o seu consumo, compra e venda em locais públicos. Assim, a presença no dia-a-dia de um cidadão português é visto como natural, pois não é encarada como uma droga (substância que provoque mal-estar social intenso) para os seus consumidores (Ribeiro, 2010). Apesar dos estudos se centrarem na população adulta, há fortes indícios que a relação entre droga e crime se debruça também na população mais jovem. Um dos indicadores da frequente coocorrência de consumos de drogas e de práticas criminosas reside nos estabelecimentos prisionais, pois é lá que se encontram muitos indivíduos toxicodependentes ou associados ao mundo da droga (Nunes, 2011) uma vez que os estudos apontam que cerca de metade dos crimes cometidos estejam relacionados com droga e que quem consome substâncias tem mais tendência a delinquir (Nunes, 2011; Agra, 2008). De acordo com um estudo quantitativo realizado nos principais estabelecimentos prisionais em Portugal, mais de 70% dos sujeitos consumiam regularmente, pelo menos uma substância psicoativa, antes da detenção. A heroína é a substância consumida com maior frequência. No entanto, e ainda de acordo com o estudo, não se encontrou uma relação entre o haxixe e o delito, o mesmo já não aconteceu com a heroína e a cocaína, sendo associadas a comportamentos delituosos, principalmente a heroína (Agra, 2008). O problema do consumo de droga é associado a doença, a insegurança, desvios comportamentais, transgressões sociais e crime. A relação entre droga e crime

é bastante complexa e variada, uma vez que os padrões e as modalidades de consumo vão evoluindo, os contextos onde ocorrem os consumos alteram-se, tais como as características dos indivíduos que consomem drogas e cometem crimes.

Durante muito tempo manteve-se a ideia de que o consumo problemático de drogas estaria na origem do crime, uma vez que a explicação mais plausível para a prática criminosa é a necessidade de obter meios económicos para a aquisição de substâncias psicoativas, mas por outro lado também poderia ser explicada com base nos efeitos produzidos pelas drogas, levando o indivíduo a cometer atos delinquentes (Nunes, 2011). Assim, a fundamentação da hipótese de que a droga é causadora do desenvolvimento de atos criminosos tem como base quatro hipóteses: a primeira pressupõe que o consumo de substâncias psicoativas desencadeia alterações no comportamento, desenvolvendo os crimes; a segunda, assentando na necessidade de um indivíduo sustentar os seus consumos e por isso praticar delitos de carácter aquisitivo para obter a substância de que é dependente. Constatou-se que os delitos contra a propriedade são mais frequentes do que qualquer outro tipo de delito quando existe consumo de droga (Agra; 2008); a terceira remete ao modelo sistémico, que não se identifica com o paradigma sistémico propriamente dito. Nesta abordagem, evidenciam-se as características individuais, procurando focalizar o meio em que o consumidor de drogas com práticas criminosas se insere, como os mercados ilegais de droga e a violência aí estabelecida (Domingos, 2010; Nunes, 2011). Assim, os consumidores de droga movem-se num meio agressivo, potenciando os comportamentos violentos; a quarta, por seu turno, refere-se ao modelo tripartido proposto por Goldstein, que procura estabelecer uma perspetiva multifacetada da relação entre o consumo de drogas e o crime, tendo em conta as três abordagens descritas anteriormente. Este modelo distingue os diferentes tipos de drogas consumidas e os seus devidos efeitos, as razões que levam a comportamentos criminais, os diversos delitos que são praticados, tal como a influência do meio social em que se movimentam. Foram ainda desenvolvidos outros modelos explicativos: o psicofarmacológico, o económico-compulsivo, e o modelo sistémico (Nunes, 2011; Domingos, 2010). O modelo psicofarmacológico sustenta que a ingestão de determinadas substâncias conduz a alterações no comportamento. O foque principal é então “a substância ingerida, enquanto determinante do comportamento criminoso” (Domingos, 2010; p.27), que tem variáveis implicadas: os comportamentos situacionais, circunstanciais e os socioculturais. “As características físicas e psicológicas do indivíduo, a atitude dos restantes atores sociais, o nível de permissividade presente na situação, a disponibilidade de meios e de oportunidades para se desenvolverem práticas criminosas, as consequências antecipadas pelo sujeito, a presença/ausência de mecanismos de controlo social e até a eventual existência de fatores

sociais mais ou menos favoráveis ao desvio, são fatores que não podem ser excluídos da análise ao fenómeno da relação droga crime” (Nunes, 2011, p 53).

O recurso às drogas poderia ter o objetivo de acalmar o indivíduo para desinibi-lo de forma a realizar o crime, sendo desresponsabilizado por um ato socialmente reprovável, pois estava intoxicado. É importante reter que o facto de se ter um determinado tipo de comportamento agressivo quando se está sob o efeito de substâncias psicoativas depende de uma determinada substância, pessoa e situação. O modelo económico-compulsivo circunscreve que um indivíduo recorre a uma ilicitude de carácter aquisitivo devido aos elevados custos de uma substância, de forma a assegurar a mesma substância. Estudos garantem que os sujeitos que estão a cumprir pena na prisão declaram que os seus crimes estão relacionados com a obtenção de meios económicos que lhes permitissem manter a dependência (Nunes, 2011). Constatou-se que em muitos casos os crimes de carácter lucrativo tinham como motivo a necessidade de garantir meios para adquirir uma substância, como a cocaína ou heroína (Agra, 2008). Trata-se de crimes de subsistência de toxicodependência (Poiares, 1999). Os consumidores de substâncias apresentam elevadas taxas de participação ativa em crimes, principalmente quando há um descontrolo nos consumos, contrariamente verifica-se que quando os sujeitos estão em tratamento, a criminalidade e os consumos diminuem. No estudo de Agra (2008), a frequência de crimes relacionados com o tráfico é elevada, sobressaindo ainda a distinção de género, pois as mulheres estão mais ligadas às transações de drogas do que os homens. Pode então afirmar-se que “a toxicodependência afetaria inevitável e forçosamente o comportamento do indivíduo no sentido da prática delituosa, com o fim de evitar o estado de carência da (s) substância (s) cujos consumos teriam de ser mantidos” (Nunes, 2011; p.56).

Agra (2008) determina ainda três modos elementares de explicação da relação droga-crime: a explicação causal afirma que droga e crime estão relacionados direta, simples e causalmente. A droga causa o crime e, segundo o autor, esta afirmação rege-se de acordo com três razões fundamentais: o poder psicoativo da substância que quando é ingerida altera o comportamento do indivíduo, com consequências antissociais como a violência, crimes contra pessoas, entre outros; o toxicodependente quando não tem recursos para obter a substância no mercado ilegal é obrigado a cometer delitos; por fim, denote-se que a subcultura da droga (mercado ilegal) é marcado pela violência. O mercadejar de droga ilícita tem o seu carácter auto-organizacional num contexto territorial-desviante. O conceito de território engloba as ruas, as esquinas ou partes de bairros (territórios públicos) e ainda os clubes noturnos de entradas seleccionadas, apartamentos ou outros



lugares, onde o contacto possa acontecer em privado (territórios privados), considerados como foco principal de vendas, quer pela sua morfologia física e ambiental, quer pelas texturas das sociabilidades existentes nesses terrenos (Nunes & Jólluskin, 2010). Contrariamente também é possível afirmar que o crime causa o consumo de substâncias ilícitas; a explicação estrutural defende que a ligação entre droga e comportamento criminoso está relacionada com estruturas de funcionamento do indivíduo e o contexto onde está inserido; finalmente, a explicação processual implica o tempo e/ou a história na ligação droga-crime. Esta ligação varia pois “em função das biografias dos indivíduos; inscrever-se-ia em tipos de carreira ou estilos de vida” (Agra, 2008; p.69). Ao longo do tempo tem-se verificado a tendência para integrar as vertentes biológica, psicológica e sociológica nas teorias explicativas do comportamento desviante, sendo duas as vertentes que congregam o modelo biopsicossocial: neopositivista e fenomenológica. A primeira perspetiva refere o efeito dos fatores psicológicos e sociológicos, não conseguindo identificar a influência que cada fator tem no comportamento criminal. A vertente fenomenológica estabelece a ligação entre o indivíduo e a sua compreensão dos atos transgressivos. Entre o consumo de drogas e o crime agravou-se um sistema bastante complexo, constituído por vários fatores, visíveis e ocultos que incluem a dimensão psicológica, ecológica, social e biográfica dos indivíduos (Domingos, 2010). Houve uma devastadora alteração da realidade no âmbito do tratamento da toxicodependência com o aparecimento do VIH/SIDA. Desde aí, apercebeu-se que devia existir uma lógica que contemplasse o ator social, com uma intervenção médico-farmacológicas.

Uma análise biográfica dos comportamentos associados a droga-crime permitiu estabelecer a seguinte tipologia: o delinquente-toxicodependente; o especialista da droga-crime; e o toxicodependente-delinquente. Esta tipologia deve-se à “precedência afirmada de um comportamento em relação a outro, e a especialização num tipo de comportamento desviante” (Agra, 2008; p.17). A primeira tipologia, delinquente-toxicodependente, aposta na delinquência como um modo de vida antes do consumo ocasional e após o consumo regular de drogas. A especialização deste grupo é a delinquência aquisitiva, mesmo antes de começarem os consumos, mantendo-os após começarem a consumir. Já o especialista em droga-crime inicia a sua atividade criminal grave quando decorre o período de consumo de drogas leves e o consumo de drogas duras. Apesar de haver um consumo ocasional de drogas ligeiras, a criminalidade deste grupo está associado ao mercado ilícito das drogas, onde existe um «território de medo», uma vez que podem aparecer forças de segurança, estando todos os sujeitos sob controlo para a desviância e perigosidade. São especializados no tráfico de drogas mesmo antes de estarem dependentes, praticando paralelamente roubos e furtos. A terceira tipologia remete para o toxicodependente-

delinquente, o crime só é praticado se for necessário e quando for necessário, pois tem uma função instrumental e oportunista e de caráter económico, através do furto, do roubo ou do pequeno tráfico, de forma a adquirir a substância da qual é dependente. Pode dizer-se que não é um especialista no crime (Agra, 2008). Tendo em conta esta tipologia é possível afirmar que o estereótipo mais comum é a do toxicodependente-delinquente. É possível então verificar que por um lado existem evidências sólidas de que muitos dos que se envolvem em condutas delituosas acabam por consumir substâncias psicoativas. No entanto, também se verifica o oposto, quem inicia o consumo de drogas tende a desenvolver atos delinquentes. Existe portanto uma relação droga-crime.

## **Capítulo 4 – Prevenção: da primária à reinserção social**

#### Capítulo 4 – Prevenção: da primária à reinserção social

De acordo com Nunes e Jólluskin (2010), a avaliação do consumo problemático de drogas prepara e define a fase de tratamento e reabilitação de toxicodependentes a uma grande complexidade que exige uma atenção e uma flexibilidade permanentes por parte do técnico, pois é nesta altura que se depara com a realidade difícil da adição às drogas, havendo então a necessidade de definir linhas gerais e orientadoras, como:

1) O tratamento deve ser *individualizado*, porque não há um tratamento único, uma vez que cada caso é específico e com necessidades particulares; 2) o tratamento deve ser *amplo*, pois a adição às drogas carrega consequências graves implicando problemas de saúde física e psicológica; 3) o tratamento deve ser *flexível*, para que os procedimentos e as ações se adaptem às etapas pelas quais o indivíduo vai passando; 4) o tratamento deve ser *dilatado no tempo*, pois é necessário um tempo considerável para que se verifiquem benefícios; 5) o tratamento deve ser *diversificado*, ou seja, depois da fase de tratamento há que assegurar a abstinência; 6) por fim o tratamento deve ser de caráter *interdisciplinar*, uma vez que garante ao indivíduo a atenção necessária sob os pontos de vista sanitário, social e psicológico. A desintoxicação é o conjunto de procedimentos “que visa evitar as consequências patológicas decorrentes do consumo, habitual ou accidental, de uma substância tóxica” (Nunes e Jólluskin, 2010; p. 145).

É importante não confundir desintoxicação com desabituação, sendo que a primeira é a cessão da habituação mediante uma atenuação ou eliminação de uma determinada resposta. A desintoxicação é o primeiro passo para o tratamento do comportamento aditivo e executa-se quando há uma dependência física de substâncias. A desintoxicação pode ser efetuada em regime ambulatorio, onde o indivíduo pode realizar a desintoxicação na sua casa, recorrendo aos fármacos receitados pelo médico, cumprindo as instruções dadas. Também pode ser realizada em regime hospitalar, onde existe uma supervisão técnica/médica, com suspensão do consumo da substância e administração dos fármacos que evitam a síndrome de abstinência. Estas unidades são instituições preparadas para realizar a desintoxicação física em regime de internamento do adito. Após estar desintoxicado, é-lhe dada alta médica, devendo prosseguir com o processo de tratamento até superar a adição às drogas. Há ainda duas modalidades recentes para o processo de desintoxicação: as desintoxicações curtas e as ultra-curtas, que se realizam com o indivíduo sedado, sendo submetido á precipitação da síndrome da abstinência, sendo controlado constantemente a fim de evitar os efeitos secundários do procedimento, bem como os efeitos agudos da abstinência. Este género de desintoxicações só podem ser realizadas entre vinte e quatro a quarenta e oito horas (*ibidem*).

Qualquer desintoxicação que tenha como objetivo o tratamento do indivíduo consumidor de substâncias tem de desenvolver uma intervenção terapêutica tendo em conta a fase em que o indivíduo está, baseada: “1) no reconhecimento por parte do indivíduo de que a sua situação é problemática; 2) avaliação ao problema da adição e aos seus problemas associados; 3) desintoxicação da substância; 4) desabituação psicológica da substância; 5) treino de habilidades de prevenção de recaída; 6) mudança para um estilo de vida saudável” (Nunes & Jólluskin, 2010; p. 147). É importante que para além da desintoxicação e desabituação da (s) substância (s), é imperativo uma orientação do sujeito para a estabilização duradoura e satisfatória. É importante ainda uma outra vertente crucial para o tratamento ser eficaz: a relação entre o técnico e o utente, existindo aspetos consideráveis e importantes como a empatia, o controlo, a escuta e a confiança. Estas características são extremamente importantes em todas as fases do processo e em segundo a intenção e motivação do utente para mudar.

Com base em algumas investigações desenvolvidas nas últimas décadas, conclui-se que para alcançar um tratamento efetivo devem considerar-se alguns aspetos: 1) nenhum tratamento único é aplicável a todos os indivíduos; 2) o tratamento carece de avaliações regulares; 3) o tratamento efetivo tem de atender às necessidades globais do indivíduo e não apenas ao consumo de drogas por parte do mesmo; 4) um plano de tratamento deve ser flexível e aberto para que possa ser modificado para as diferentes necessidades e dificuldades que forem surgindo; 5) a manutenção do tratamento por um período de tempo inadequado pode comprometer a sua eficácia; 6) o aconselhamento e a abordagem comportamental são importantes para a eficácia do tratamento; 7) para determinadas situações muito específicas a medicação pode ser um auxílio da intervenção; 8) quando se verifica a coocorrência da adição às drogas com diagnóstico de outras perturbações mentais ambos os problemas devem ser tratados e acompanhados de forma integrada; 9) a abordagem médica à síndrome de abstinência é apenas uma primeira fase do tratamento, não surtindo efeitos sobre a manutenção de abstinência a longo prazo; 10) a monitorização constante do tratamento é fundamental; 11) os programas de tratamento devem incluir questões de saúde pública, como o VIH/SIDA, hepatites, tuberculose e outras infeções; 11) os programas de tratamento devem incluir a abordagem a eventuais doenças crónicas do indivíduo, bem como treinos de prevenção de recaída (Nunes e Jólluskin, 2010).

Para além das orientações gerais para os programas de tratamento, é essencial conhecerem-se alguns programas. Um deles é o programa/terapia de substituição opiácea que se propõe a um tratamento no qual os opiáceos como a heroína passem a ser substituídos pelo consumo de

substâncias com determinadas propriedades, prescritas e controladas medicamente. Constatam essencialmente de duas etapas fundamentais: a primeira fase, chamada de modelos institucionais, surgiu em 1977 e durou até ao fim de 1992. Numa fase intermédia entre 1987 até 1992 há no Centro de Estudos de Profilaxia da Droga (CEPD) um debate de ideias onde se conseguiu disponibilizar dois programas que até ali eram incompatíveis: o programa de substituição e o programa de manutenção antagonista. A segunda fase inicia-se no final de 1992 e dura até ao fim de 1998, assistindo-se à expansão da terapia de substituição de cloridrato de metadona e ao surgimento de um agonista opiáceo: o levoalfacetilmetadol (LAAM).

Entre 1978 e 1992, o atualmente chamado CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes) da Boavista, foi o único e o primeiro a disponibilizar um programa de metadona no continente europeu. Em Maio de 1994, Portugal tem acesso à utilização clínica do LAAM, surgindo assim dois programas, um no Centro das Taipas e outro na extensão de Gondomar (*ibidem*). Com a introdução do LAAM, as terapias de substituição nunca mais deixaram de ter um papel fundamental na vida dos heroíno-dependentes. Em finais de 1999, surgiu no nosso País um novo tratamento de substituição para dependentes de opiáceos, a buprenorfina que começou a ser utilizado em vários CAT (Neto, 2008).

Geralmente as pessoas iniciam o tratamento de cloridrato de metadona por sentirem que não conseguem controlar o consumo de heroína. “Dos utentes que iniciaram o tratamento pela primeira vez por consumo de heroína como droga principal, 33 % indicam a via injetável como principal via de administração: um decréscimo face aos 43 % registados em 2006” (Relatório Europeu sobre drogas, 2015, p.54). Algumas pretendem parar definitivamente os consumos, outras querem apenas reduzir/controlar os consumos. O cloridrato de metadona é um opióide utilizado no tratamento da dependência de heroína, consumido por via oral e o seu efeito sente-se logo após umas horas da toma, podendo durar entre 24 a 40 horas no organismo (dependendo das características do indivíduo), estabilizando-o de forma a evitar sintomas de privação e o impulso/desejo de consumir outros opióides. Isto possibilita a estabilização da vida profissional, familiar e social. No entanto, é de salientar que a metadona origina também dependência, por isso é importante que a toma seja realizada diariamente pois a interrupção repentina pode provocar síndrome de privação (Neto, 2008). “A metadona é o medicamento de substituição dos opiáceos mais receitado, sendo recebido por mais de dois terços (69 %) dos utentes do tratamento de substituição na Europa” (Relatório Europeu sobre drogas, 2015; p.66). No entanto, é necessário ajustar a dose de metadona, aumentando-a progressivamente para que não haja sintomas de privação (euforia, sedação,

perturbação do ritmo de sono, obstipação, alterações menstruais e função sexual). Contudo, até a dose estar equilibrada poderão surgir esses mesmos sintomas uma vez que a dose não está adequada ao organismo. A metadona interfere com outros medicamentos, por isso é essencial que o utente informe o técnico caso esteja a ser medicado tal como deve referir ao médico que está a tomar metadona. No caso de uma mulher estar grávida a metadona não apresenta riscos para o feto, a não ser que o tratamento tenha sido brutalmente interrompido. Na altura do parto, se a mulher continuar com a metadona, o bebé pode apresentar sintomas de privação que são tratáveis em poucos dias.

Os objetivos do tratamento é atingir uma dose estável de manutenção capaz de anular a abstinência, reduzir o “*craving*”, inibir os efeitos opiáceos ilícitos, facilitar a adesão do utente em programas de tratamento de dependência e/ou abuso e promover a reabilitação. Estudos realizados ao longo de 30 anos mostram que pessoas que fazem tratamento de metadona estão mais protegidas em relação às doenças, aos comportamentos marginais e autodestrutivos/de risco (partilha de material de consumo, prostituição...) do que as que não fazem qualquer tratamento; vivem mais tempo; cometem menos crimes e por isso passam menos tempo na prisão e no hospital; têm menos doenças infecciosas e transmissíveis. O tratamento é mais seguro se for longo para respeitar o espaço de tempo necessário à adaptação significativa das pessoas. É sempre compensador quando os programas de intervenção têm integrado um programa de cloridrato de metadona, pois permite uma reestruturação global da vida do toxicodependente. De acordo com Neto (2008; p.42) “está provado cientificamente que o programa de substituição pode contribuir para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de substâncias ativas, as doenças infecciosas, a criminalidade, bem como promover a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social dos toxicodependentes”. Assim, após uma fase de admissão, indução e de estabilização, o indivíduo pode transitar, após uma avaliação da equipa para um programa de Alto Limiar ou de Baixo Limiar. O Programa de Substituição Opiácea de Alto Limiar de Exigência está orientado para a abstinência de substâncias psicoativas e tem uma elevada exigência de cumprimento das regras e uma grande expectativa de cumprir resultados e objetivos, tais como melhorar o funcionamento ao nível familiar, pessoal e social, de forma a diminuir as recaídas e alcançar a abstinências (Neto, 2008). Entram neste programa toxicodependentes que tenham cumprido com sucesso os objetivos de avaliação/admissão e utentes que estando a cumprir o programa de buprenorfina apresentem critérios para transitar para um programa mais estruturado.

O Programa está dividido em três fases, com a duração de três meses cada. No fim de cada fase existe uma avaliação, tendo em vista nos dois primeiros a manutenção, transição ou exclusão; no último trimestre acresce a redução de metadona.

O Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência ajuda no processo de reinserção social, pois é mais acessível e tem como objetivo abrigar todas as pessoas toxicodependentes que por várias razões não podem ou não querem ir a um serviço de saúde; contribuir para a redução de riscos e minimização de danos nos seus hábitos de consumo e sexuais através de ações de sensibilização informativas e educativas, sem fazer julgamento e advertindo-os para os perigos da partilha de material e os locais do corpo que causem menos danos e que devem alternar o ponto de injeção; incentivar o consumo por via oral (fumada/inalada) com vista a diminuir o perigo de contágio e consequências do consumo (feridas, hematomas, abscessos...); criar melhores condições de vida aos mais excluídos; permitir um maior conhecimento sobre a sua saúde e promover o acesso a cuidados e serviços de saúde com recurso a consultas médicas regulares e rastreios (análises clínicas e microrradiografias); no caso das mulheres é necessário informá-las sobre os vários serviços de saúde para realização de rastreios do colo do útero e consultas de planeamento familiar e administração da pílula ou implantes; contribuir para a reorganização pessoal e facilitar a adesão a projetos mais estruturados a partir da articulação com todos os serviços a toxicodependentes quer públicos quer privados. A toma da metadona é de toma de observação direta (Neto, 2008).

De acordo com todas estas variáveis e com a ajuda deste tipo de programas a reinserção social dos indivíduos fica mais facilitada devido à estabilização que os toxicodependentes encontram, podendo ter uma vida perfeitamente normal.

A reinserção social é um processo individual e comunitário que exige o estudo das dificuldades e recursos de cada utente com o objetivo de acionar as diversas estratégias favorecedoras da autonomia e responsabilidade, a nível individual e social. As pessoas com problemas de consumo de substâncias psicoativas em processo de reinserção apresentam um conjunto de desvantagens e dificuldades face ao mercado de trabalho. Como tal, surge a necessidade de mobilização de um conjunto vasto de recursos e agentes, de onde se destacam as intervenções no âmbito da formação profissional e do acesso ao emprego como um meio facilitador de recuperação da autoestima e da redescoberta das capacidades individuais de readaptação a uma vida em sociedade. A reinserção socioprofissional é encarada, nesta problemática, como fundamental, já que o processo de tratamento só se encontra completo quando o indivíduo detiver os meios e competências para poder assumir plenamente o seu papel em sociedade. A reinserção social é parte integrante e complementar tanto do tratamento, como da prevenção, da dissuasão, da redução de riscos e da minimização de danos. Aqui são de destacar alguns aspetos como a socialização e ressocialização do indivíduo, a sua reestruturação de vida e realização pessoal para concretização



de um projeto de vida satisfatório e sustentável, envolvendo a família, amigos e a comunidade (Amorim, 2010). É necessário compreender o processo evolutivo de uma situação e/ou percurso de exclusão social das pessoas com problemas de toxicod dependência e outros problemas associados para uma situação de reinserção social, ou seja, em que altura se dá a decisão de mudança do tratamento para a reinserção social. Para isso é importante fazer uma abordagem teórica sobre o que é a exclusão social. Conforme Xiberras (1993; p.28) a exclusão reside “na rejeição para fora das representações normalizantes da sociedade moderna avançada [...] ou todos aqueles que recusam ou são incapazes de participar no mercado de trabalho [...] a pobreza significa incapacidade de participar no mercado do consumo”. Os fenómenos: pobreza e desemprego são uma forma de retirar o Homem da sociedade moderna. Existe uma forma de normas ou níveis a atingir, os quais os indivíduos não parecem habilitados a participar no modelo normativo (Xiberras, 1993). De acordo com Rebelo (2007; p.12), a “exclusão social abrange o conjunto de pessoas que não têm emprego e que não estão enquadradas no conjunto de mudanças sociais positivas que caracterizam a evolução de uma sociedade”. O autor faz alusão a três fases desta problemática: a primeira fase corresponde à fragilidade social, que advém da perda de emprego e conseqüentemente à quebra das interações sociais, acompanhando também ao nível doméstico, pois existe um sentimento de desânimo, resignação e incapacidade. A segunda fase é a dependência de assistência e serviços sociais, ou seja, a pessoa excluída fica dependente dos instrumentos e intervenções previstas pela política regente da sua comunidade. Por fim, a terceira fase é a rutura total “nesta fase, as pessoas sofrem um conjunto de incapacidades, têm o sentimento de que são inúteis à sociedade e, de certa forma, elas apagam-se face ao olhar das instituições de socorro [social] e pouco a pouco desaparecem por elas próprias” (Rebelo, 2007; p.13). A exclusão social corresponde a um processo multidimensional de progressiva perda de representação da pessoa, quer ao nível institucional e simbólico, quer de si própria perante os outros com quem interage, tornando-se num percurso descendente para a marginalidade social “um processo onde as pessoas perdem, não têm a possibilidade de ter ou não lhes é permitido ter acesso às representações simbólicas em relação aos outros indivíduos, aos grupos, às instituições, ou seja, em relação ao todo social na sua complexidade” (*ibidem*), aumentando o sentimento de que se está sozinho perante os outros, que já não desperta interesse nem é merecedor de atenção, o que eleva a sensação de exclusão e a baixa autoestima pessoal. Assim, o toxicod dependente fica ausente da sua comunidade e de todos os seus contextos sociais, tornando-se num excluído, num não cidadão.

Os programas de substituição opiácea de Baixo Limiar de Exigência e outros têm vindo a ser extremamente importantes no processo de reinserção social. Um dos elementos mais importantes

das estratégias globais da luta contra a droga é a reintegração social dos adictos, promoção da inclusão desenvolvendo assim as competências sociais e pessoais, receber aconselhamento profissional, criar medidas que promovam o acesso ao emprego e à habitação, É também necessário ter em atenção os mecanismos sociais negativos, sobretudo relacionados com medos, discriminação e estigmas da sociedade e comunidades humanas envolventes (Rebelo, 2007). A reinserção social de um toxicodependente é um processo de tensão e de reaprendizagem/readaptação às normas sociais, o que pode causar sofrimento e frustração ao indivíduo. “No mundo da toxicodependência existe uma tipificação de identidade específica, e nos percursos de mudança e de afastamento de uma vida de dependência de drogas será necessário abandoná-la e adotar uma nova de acordo com a coerência exigida de uma efetiva reinserção social” (Rebelo, 2007, p.17). Na esfera mais privada das relações familiares e conjugais existem também limiares que permitem igualmente classificar na ordem da (a) normalidade: idade média ao casar, idade média para ter filhos, número de filhos, etc. A pressão social do ambiente próximo da família e/ou amigos ou longínquo, como os media e aos grupos profissionais, faz com que haja uma pressão do sucesso escolar, familiar, conjugal. Geralmente, há uma fragilização dos laços familiares devido à ausência ou à autoexclusão do toxicodependente do seio familiar, ou até é a própria família que se afasta do dependente. A família é uma variável importante no percurso da reinserção social pois tenta reduzir as influências negativas. “A existência de famílias onde há o afeto, a proximidade entre todos os seus membros e padrões de comunicação claros, constituem fatores de ajuda preciosos para todas as pessoas envolvidas nos percursos de reinserção social de toxicodependentes” (Rebelo, 2007; p35) ao contrário do que acontece “em famílias onde está vigente um clima de conflitualidade frequente e padrões de comunicação negativos, poderão vir a criar-se grandes dificuldades no processo de reinserção social” (*ibidem*). Em relação aos vínculos sociais também poderão surgir algumas fragilidades e conseqüentemente a rutura com o mercado de trabalho. O toxicodependente vê o acesso ao emprego dificultado devido ao estigma, no entanto, o facto de estar em tratamento facilita a sua condição (*ibidem*). Agra (2008, p.15) apresentou que “o vínculo à atividade laboral regular é muito mais frágil e instável nos consumidores do que nos não consumidores”. A acumulação de insucessos ou a acumulação de deficiências torna-se uma causa de exclusão social.

O desenvolvimento de competências de relacionamento e interação social são um ponto essencial no que respeita ao processo de reintegração social. A intervenção deverá ser direcionada para a aquisição de competências ao nível do relacionamento/interação social, da responsabilização dos seus comportamentos, tendo a noção das suas conseqüências, caso falhem, trabalhar a tolerância á frustração, estratégias de resolução de problemas e conflitos, planificar e organizar um projeto de

vida, de forma a promover a autonomia dos indivíduos, uma estabilidade emocional e afetiva (Rebelo, 2007). Um estudo que foi desenvolvido por McIntosh, Bloor & Robertson demonstrou que um toxicodependente em fase de recuperação ao receber apoio na sua inserção laboral tem três vezes mais probabilidades de obter um emprego remunerado (Domingos, 2010).

A intervenção feita junto à população toxicodependente é um processo complexo e longo, requerendo uma quebra com as modalidades de ação disfuncionais e com a dependência através de mudanças de comportamento. No entanto, “para se sair de um processo de exclusão social será essencial um duplo processo de interação positiva entre as pessoas excluídas e a sociedade de que são membros: a das pessoas que se tornam cidadãs plenas (referimo-nos à inclusão social); e da sociedade que permite o acolhimento da cidadania (inserção social propriamente dita)” (Rebelo, 2007; p.17). É importante que haja uma transformação profunda das instituições, dos agentes sociais e económicos.

Para que a reinserção social do adicto seja eficaz é necessário que tratamento conduza à sua realização pessoal e social, o que permite o restabelecimento das suas redes sociais de suporte, promovendo assim a estabilidade afetiva, tentando ao máximo envolver o círculo de amigos e familiar no processo, para que assim se torne a sentir membro ativo da sociedade. A integração social é um processo que permite o acesso às oportunidades da sociedade, a todos aqueles que dela se encontram marginalizados e excluídos, proporcionando o retomar das interações entre indivíduos excluídos e as famílias e a sociedade a que eles pertencem. De acordo com Rebelo (2007; p.19):

“Um processo de reinserção social na área da toxicodependência é composto por vários objetivos que visam no essencial proporcionar à pessoa alvo da intervenção, para além da cura física e psicológica da dependência, uma autonomia económica e social, uma vida afetiva e familiar no mínimo “satisfatória” e uma participação real na vida social, usufruindo dos seus direitos de cidadania e cumprindo também com os seus deveres de cidadão”.

Existe ainda um apoio crucial na (re) inserção social: o Rendimento Social de Inserção. De acordo com o Instituto da Segurança Social (2015; p.4) o RSI “é um apoio para os mais pobres constituídos por um contrato de inserção para ajudá-los a integrar-se social e profissionalmente; é uma prestação em dinheiro para satisfação das suas necessidades básicas”. O RSI é um instrumento crucial, pois permite que as pessoas excluídas consigam participar de forma ativa na sua reinserção social, estando presente em grande parte dos percursos que vão da exclusão à reinserção social dos toxicodependentes. Permite a autonomia social, como fazer os tratamentos médicos por iniciativa própria, desintoxicação, respetivos tratamentos de recuperação e reinserção social, assistência

social, entre outros, promovendo o acesso a um nível de vida considerado mínimo de dignidade (Rebelo, 2007).

É de referir que os grupos de pares têm um papel fulcral na reinserção social dos toxicodependentes, no entanto, pode ser encarado de forma positiva ou negativa, uma vez que poderá ser visto como um fator de vulnerabilidade quando os elementos do grupo são encarados pelo toxicodependente em recuperação como um modelo a seguir, levando ao desenvolvimento do comportamento aditivo, comportamentos marginais ou mesmo delinquente e ainda levar/motivar ao desenvolvimento de fracas capacidades sociais. Por outro lado, pode ser encarado como um fator protetor de forma a ajudar a pessoa em fase de reinserção, se o grupo de pares veicula valores convencionais e promotores de atitudes consideradas saudáveis que poderão servir como controlo para os potenciais momentos de tentação de consumo (Rebelo, 2007).

A reinserção social deverá proporcionar ao toxicodependente em recuperação a passagem para uma atividade/ocupação, sendo ou não profissional, mas que seja socialmente aceite, permitindo uma vida saudável, estável e livre de substâncias ilícitas, conseguindo assim retomar os seus estudos ou formações que foram interrompidas aquando dos consumos proporcionando assim uma qualificação específica e uma aquisição de competências de áreas de interesse e que deem sentido aos seus tempos livres, o proporcionar relações satisfatórias com a família e amigos, projetos de vida motivantes e praticáveis. É necessário ter em consideração de que se trata de um processo muito longo, sem limite de duração, “sendo que em grande parte das situações de reconstrução de uma vida exige normalmente mais de um ano, para a preparação e arranque do projeto de reinserção social” (Rebelo, 2007; p.19). “Os percursos de inserção de indivíduos com problemas de uso e abuso de substâncias psicoativas são, caracteristicamente, lentos e sinuosos, exigindo intervenções globais e sistémicas que contribuam para a sua sustentabilidade [...] procurando sempre garantir uma abordagem baseada numa lógica de satisfação das necessidades do indivíduo, adequando as respostas disponíveis às intervenções diagnosticadas como necessárias” (SICAD<sup>6</sup>). Porém o ponto central consiste em reforçar vínculos e contribuir para a elevação da autoestima do consumidor.

A reinserção social é então uma estratégia terapêutica global, que começa no momento em que o indivíduo inicia o tratamento e se desenvolve conjuntamente com intervenções ao nível biopsicossocial, que são parte integrante e fundamental do projeto terapêutico de cada pessoa.

---

<sup>6</sup> Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

## **Parte B**

### **Programa de Intervenção**

## **Capítulo 5 – Programa de Intervenção Juspsicológica**

## Capítulo 5 – Programa de Intervenção Juspsicológica

As intervenções em toxicodependência são relativamente recentes, em Portugal começaram nos anos 80 as ações sistémicas de intervenção, de forma mais específica e continuada, junto deste tipo de população. O mundo dos consumos distingue-se pela sua diversidade, de tal forma que o sujeito consumidor tem várias experiências e vivências, hoje em dia assinaladas como comuns. No entanto, com a constante procura de estados de perfeição e de felicidade, não os conseguem conquistar sem a ajuda da substância consumida, seja esta lícita ou ilícita. “O consumo admite a eliminação de estados de disforia, de ansiedade, de irritabilidade e de outros sentimentos desagradáveis produzidos por eventual abstinência” (Ribeiro, 2010, p.55). É imprescindível alcançar a melhor forma de estabelecer uma relação com os grupos de maior risco e assim organizar uma prevenção que tem de ir ao encontro com as necessidades e os desejos dos toxicodependentes, garantindo o bem-estar, o prazer e realização dos mesmos, visto que o foco da intervenção visa o melhor funcionamento do sujeito perante a substância (Ribeiro, 2010).

O facto de consumir substâncias faz com que o sujeito tenha diversas problemáticas e diferentes níveis de danos, destacando-se os efeitos focados na saúde e na vida social de cada um e ainda os problemas que existem no grupo de pares e familiares mais próximos. “O uso nocivo relaciona-se diretamente com danos físicos ou mentais causados à saúde, que podem ou não ser acompanhados de outros problemas e consequências sociais” (Ribeiro, 2010; p. 55). Existe ainda um problema de saúde pública devido ao risco de contaminação de doenças como a VIH/SIDA, a tuberculose, hepatites (B e C). Ao nível da saúde mental dá-se a intoxicação por substâncias, demência persistente, demência mnésica persistente, perturbação do humor, perturbações da ansiedade, perturbações psicóticas, delírio, disfunção sexual e perturbações do sono. No que se refere à penalização do consumo de droga, o ato de consumir não é punível, desde que não exceda a dose individual legalmente fixada. Surge, por isso, o modelo de intervenção juspsicológica, que agrega a Psicologia e Justiça, inibindo a relação da Psicologia como uma ciência auxiliar, útil somente ao nível do testemunho (Poiães, 2007). “O programa de intervenção juspsicológica de um segmento de especialização do saber psicológico que constrói em objeto privilegiado o trabalho junto dos atores sociais que se movimentam em cenários de criminalização, desviância e exclusão social, encontrando-se especialmente vocacionado para intervir junto de grupos que vivem em situações de risco, individual ou social, devido a várias etiologias, em particular o consumo de drogas e os estados de toxicodependência e de alcoolismo; a violência, física, sexual e psicológica, nas múltiplas modalidades que reveste,

designadamente sobre mulheres, idosos e crianças; a delinquência juvenil e os inúmeros eventos que, num registo de multiplicidade crescente, dela são causa ou consequência, como o abandono e o insucesso escolares, os maus tratos ou as atitudes parentais abandonicas, e o estilo de vida nas ruas, gerador de marginalizações que se vão cimentando ao longo da adolescência e juventude; a pequena conflitualidade, geral ou familiar, e a mediação, enquanto alternativa que pode passar pelas freguesias; a exclusão social, que vitima, contemporaneamente, um número cada vez maior de cidadãos, nacionais ou imigrantes, condenando-os ao ostracismo, à segregação e aos isolamentos forçados, como acontece, de forma espiralizada, com os mais pobres e fragilizados da sociedade portuguesa, os sem-abrigo, as minorias étnicas, os realojados e todos quantos, porque dispõem de menos capacidade reivindicativa, revelam maior vulnerabilidade e constituem um verdadeiro *exército de reserva* económico e social” (Programa de intervenção comunitária e juspsicológica na zona histórica de Lisboa – PICJZHL).

Pode então declarar-se que este modelo consiste na adaptação das práticas psicológicas no campo da justiça. Assim, a observação está para esta intervenção como uma base de todo o processo, a captação e a descodificação dos discursos e intradiscursos, dos «ditos» e «não ditos», com a finalidade de um melhor e mais pormenorizado conhecimento total dos intervenientes (Poiares, 2007). É de igual importância conhecer os cenários e os atores que neles se desenvolvem, interpretando as relações deliberadas, de forma a promover meios que possibilitem o conhecimento dos sujeitos consumidores, a sua motivação e o posteriormente um encaminhamento para o tratamento, o que garante a definição de medidas de reinserção social. A Psicologia é parte integral e fundamental de um projeto de intervenção juspsicológica pois cria novas formas de compreensão e interpretação da realidade, no panorama da valorização e enriquecimento das relações humanas (Ribeiro, 2010). Pode então concluir-se que o fenómeno dos consumos de substâncias, tal como toda a sua estrutura que envolve sujeitos que se tornam muito complexos, estando articulados a um vasto rol de fatores implícitos, podendo estes favorecer o afastamento, a elucidação do sujeito para este problema ou prejudicar, dependendo das características pessoais ou sociais envolventes ao sujeito.

O programa de intervenção juspsicológica apresentado pretende no sentido de desenvolver como objetivo central, a análise e compreensão do percurso gradual da passagem da exclusão social como toxicodependente, para uma vida socialmente reinserida. Desta forma, com a construção e aplicação deste programa espera-se que seja possível aumentar as competências sociais e interrelacionais, nomeadamente a competência de comunicação, a relação com os pares,



a autoeficácia, a assertividade, bem como as competências individuais, como a autonomia, o autocontrolo, a autoestima e controlo de estímulos, a organização pessoal e financeira, tolerância à frustração, capacidade de resolver problemas. O incentivo à mudança incute um sentido de transversalidade à intervenção estruturada para este programa, uma vez que a sua execução irá depender das especificidades de cada interveniente, de forma a conjugá-las e adaptá-las. Preendem-se ainda pela reestruturação da sua vida e da sua personalidade (re) criando os seus projetos, gerando assim a sua autonomização, potenciando a sua relação e aproximação com os amigos e a família. A perspetiva deste projeto ajuda e incentiva à transformação interior, ou seja, a descoberta e controlo de si próprio e da relação com os outros.

O presente programa destina-se a ser aplicado em contexto de toxicodependentes em remissão que tenham cessado os consumos e não estejam em programas de substituição. Exige como objetivo geral a inclusão social dos sujeitos incluídos na intervenção e, com objetivos específicos: 1) a manutenção de abstinência; 2) a integração dos indivíduos em atividades sociais ou laborais úteis.

As ações escolhidas dentre s que permitam promover a vontade de inclusão por parte dos sujeitos, designadamente: 1) trabalhar a vinculação familiar; 2) fomentar o prazer de estar cm os outros: amigos, familiares- promover contactos e partilhas de experiências e emoções; 3) convocar para a cultura e as artes – como clubes de leitra e vídeo, artes plásticas, etc., 4) fomentar a busca de trabalho ou o retorno à escola.

Os indicadores são verificar no final do programa o número de indivíduos que conseguiram alcançar uma situação de inclusão, em contexto social (escola, trabalho) e familiar.

Este programa deve ter a duração de 12 meses, com a supervisão técnica da PSIJUS E SICAD, o que irá permitir um maior rigor das avaliações, para que seja possível alcançar os objetivos estabelecidos.

## **Conclusão**

A toxicod dependência não é um problema que remota aos dias correntes. Desde os nossos antepassados que este problema tem vindo a singrar, uma vez que o Homem sempre procurou refúgio em substâncias para meios medicinais, recreativos e/ou para fins religiosos. As drogas alteram o estado biopsíquico e físico de um dependente, fazendo com que este faça de tudo, incluindo meios ilícitos como o furto, para obter a substância desejada. É uma problemática que não só acarreta consequências nefastas para o indivíduo, como também para toda a sociedade, fazendo com que esta o exclua. No entanto, o sujeito, ao sentir-se excluído, remete os seus comportamentos para a transgressionalidade. Todavia, o toxicómano não é mais do que um sujeito que necessita de tratamento e não de punição e por isso a descriminalização das drogas foi essencial, uma vez que a punição do dependente não implicava que o mesmo permanecesse em abstinência. Com a emergência da descriminalização o tratamento ganhou maior ênfase, com as Comissões para Dissuasão da Toxicod dependência.

O tratamento é fulcral para a reinserção, não basta apenas tratar o toxicod dependente, uma vez que este vai continuar a ser excluído das esferas da sociedade, deste modo, é de extrema importância haver um acompanhamento pós-tratamento. A reinserção social é determinante, não só para a inclusão do toxicómano na sociedade como no domínio profissional, habitacional, relacional, económico, e também no meio familiar, pois muitas vezes o dependente fica sem suporte familiar, havendo uma quebra dos laços afetivos.

O foco principal desta intervenção prende-se, tal como foi mencionado anteriormente, com a reinserção social, mas também com a não recaída do sujeito dependente após o tratamento. Para tal, é essencial que a equipa que acompanha o sujeito neste processo seja multidisciplinar visando auxiliá-lo nas diferentes vertentes necessárias. A escolha de um programa de intervenção juspsicológica resulta da necessidade de trabalhar junto desta população para a inclusão da mesma.

## **Bibliografia**

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-5. (5ª edição). Artmed.

Amorim, M. (2010). *A Especificidade do cuidar na relação enfermeiro – toxicodependente*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Lisboa.

Agra, C. (2008). *Entre Droga e Crime*. (2ª edição). Lisboa: Casa das Letras.

Born, M. (2005). *Psicologia da Delinquência*. Lisboa: Climepsi editores.

Cusson, M. (2011). *Criminologia*. (3ª edição), Lisboa: Casa das Letras

Decreto de Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.

Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de Setembro. Define o conceito legal de produtos estupefacientes e, a partir deste conceito, elaborada uma lista de substâncias anexa ao citado diploma. Foi igualmente definido o regime jurídico-penal do tráfico ilícito daquelas substâncias, bem como o do consumidor das mesmas, que passou a ser punido com prisão de seis meses a dois anos e com multa de 5 000\$00 a 50 000\$00.

Domingos, A. (2010). *Na “prisão” da droga: para uma intervenção juspsicológica*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão social no Curso de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias sob orientação de Maria da Purificação Horta. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Psicologia. Lisboa, 2010.

Figueira, A. (2015). *Aulas de Drogas e Comportamentos de Risco*. ULHT. Lisboa.

Fleming, M. (2001). *Família e Toxicodependência*. (3ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.

Foucault, M., (1988). *Vigiar e Punir - Histórias de violência nas prisões*. (6ª Edição). Petrópolis. Editora Vozes. RECAI

Ganeri, A. (1996). *Drogas: do êxtase à agonia*. Publicações Europa América.

GeADAP.[http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/SIADAPQUAR/Lists/SICAD\\_SIADAPQUAR/Attachments/5/QUAR2011\\_IDTaprovadoMS.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Instrumentos/SIADAPQUAR/Lists/SICAD_SIADAPQUAR/Attachments/5/QUAR2011_IDTaprovadoMS.pdf). Visto em 02 de Março de 2011.

Giddens, A. (2010). *Sociologia*. (8ª edição). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Gonçalves, A. e Pereira, M. (2011). *Variáveis familiares e toxicodependência*. Escola de Psicologia da Universidade do Minho – Portugal. Revista SBPH. Vol.14, nº2. Rio de Janeiro.

*Guia Prático: Rendimento Social de Inserção, Instituto da Segurança Social*. (2015). Link: [http://www.seg-social.pt/documents/10152/15010/rendimento\\_social\\_insercao](http://www.seg-social.pt/documents/10152/15010/rendimento_social_insercao). Visto a 23 de Janeiro de 2016.

*LISBOA, CIDADE DA PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE E DA EXCLUSÃO SOCIAL - Programa de intervenção comunitária e juspsicológica na zona histórica de Lisboa: LINHAS PARA UMA PROPOSTA DE TRABALHO ENTRE AS AUTARQUIAS E O DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA — ÁREA DE PSICOLOGIA CRIMINAL E DO COMPORTAMENTO DESVIANTE.*

Magalhães, A. e Negreiros, J. (2005). *Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco de transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas*. Revista Toxicodependências. Volume 11. Número 2, pp3-22.

Neto, M. (2008). *Comorbilidade e Diagnóstico Dual na Toxicodependência: um estudo com consumidores problemáticos de drogas*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia orientada pelo Professor Doutor Jorge Negreiros. Porto.

Nunes, L. (s/d). *O uso de drogas: breve análise histórica e social*. Link: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/449/1/230-237FCHS04-15.pdf>. Visto em 5 de Novembro de 2015.

Nunes, L. (2005). *Análise biográfica de indivíduos com histórias de abuso de substâncias*. Monografia. Porto.

Nunes, L. (2010). *Crime e Comportamentos Criminosos*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Nunes, L. (2011). *Droga-Crime Desconstruções*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Nunes, L. e Jólluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adição – um manual para estudantes e profissionais de saúde*. (2ªed). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2015). *Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e Evoluções*.

Organização Mundial de Saúde (1997). *Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus derivados*. Org. J. M. Bertolote. Editora Artes Médicas. Porto Alegre.

Poiares, C. (1998). *Análise psicocriminal das drogas: o discurso do legislador*. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade do Porto para obtenção do grau de Professor Doutor, orientada por Cândido da Agra.

Poiares, C. (1999). *Contribuição para uma análise histórica da droga*, Revista Toxicodependências. (nº1). pág. 3-12.

Poiares, C. (2003). Deambulação em torno da investigação científica. Revista Toxicodependências. Edição IDT. Volume 9. Nº3. Pág. 75-86. Link: [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/192/2003\\_03\\_TXT8.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/192/2003_03_TXT8.pdf). Visto em 24 de Janeiro de 2016.

Poiares, C. (2007). *Reestruturar, Repensar, Refletir: para uma nova política de dissuasão de TD*. Revista Toxicodependências. Edição IDT. Volume 13. nº1. Pp.11-20. Link: [http://www.sicad.minsaude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/24/2007\\_01\\_TXT2.pdf](http://www.sicad.minsaude.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/24/2007_01_TXT2.pdf). Visto em 24 de Janeiro de 2016.

Rebello, J. (2007) *A reinserção social – experiências de percursos de toxicodependentes*. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Inserção Social, orientada por António Esteves. Porto.

Ribeiro, C. (2010). *Droga!!! Estou Preso: programa de intervenção Juspsicológica em meio prisional*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e Exclusão Social no Curso de Mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e de Tecnologias. Lisboa. Link: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1603/Disserta%C3%A7%C3%A3o.Catarina.Ribeiro.Droga!%20Estou%20Preso.pdf?sequence=1>. Visto em 24 de Janeiro de 2016.

Rosário, A. (2009). *Histórias de Vida e Toxicodependência – Um trabalho de Análise Qualitativa*. Tese de Mestrado da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. Lisboa. Link: [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/pnrcad\\_seams\\_2013\\_2020.pdf](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/pnrcad_seams_2013_2020.pdf). Visto em 27 de Maio de 2016.

SICAD.Link:<http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/ReinsercaoMais/SitePages/Home%20Page.aspx>. Visto em 23 de Janeiro de 2016.

Sommer, M. (2010). *Carreiras de saída da toxicodependência*, Lisboa: Climepsi Editores.

Xiberras, M. (1996). *As Teorias da Exclusão*. Lisboa. Instituto PIAGET.

