

**FERNANDA GOMES PALATA**

**Caracterização da População Acolhida pela CDT de Lisboa:  
Estudo sobre Trajetórias de Uso de Substâncias ilícitas**

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Poiares

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias  
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2019**

**FERNANDA GOMES PALATA**

**Caracterização da População Acolhida pela CDT de Lisboa:  
Estudo sobre Trajetórias de Uso de Substâncias ilícitas**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense no Curso de Mestrado em Psicologia Forense, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 25 de Junho de 2019, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação de júri n.º 151/2019, de 15 de Maio de 2019, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Joana Carvalho

Arguente: Professor Doutor Jorge Oliveira

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto Poiães

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2019**

## **Agradecimentos**

À Deus pai, pela sua bondade, proteção, amor incondicional, e por estar comigo em todos os momentos deste percurso, por aumentar a minha fé e continuar a fortalecer-me em alto mar e no rugir do trovão, por estabelecer a sua palavra em meu coração e tornar-me rocha firme e inabalável.

Ao meu orientador Doutor Carlos Alberto poiares, pela disponibilidade, atenção, compreensão na jornada de construção deste trabalho.

Ao Doutor Vasco Gomes e toda a equipa da CDT de Lisboa, pela recetividade, atenção, apoio que me foi prestado durante todo o processo da recolha de dados.

Especial agradecimento à minha mãe, pelo apoio incondicional, incentivo, paciência demonstrada nos momentos em que estive ausente, por acreditar nesta filha que se aventura pelo mundo no meio de circunstâncias contraditórias, por ajudar-me a superar os obstáculos que surgiram ao longo desta caminhada.

Ao José Miala, pelo companheirismo, amizade, dedicação, atenção nos momentos de crise e pela rodilha que só ele compreende.

Ao Doutor Hélder Santos, pela compreensão, apoio e disponibilidade em atender as minhas petições.

À minha estimada Doutora Leda Corte-Real e ao Doutor Noé Sozinho, pelo carinho, atenção e auxílio na fase em que mais precisei de apoio.

À minha irmã Maria Fineza Paulo, Bárbara Faria e ao Tito Urbano, meus companheiros de fé e luta, pela atenção, força, consolo, disponibilidade em ouvir e orientar-me nos momentos de dúvidas. O meu muito obrigada de coração.

E, por fim, não poderia deixar de agradecer à toda minha família de Angola, Brasil e Portugal. Obrigada por acreditarem em mim e lutarem ao meu lado.

### **Resumo**

O presente estudo teve por objetivo captar e compreender a trajetória de uso de drogas ilícitas dos indivíduos classificados como tóxicodependentes e foram indiciados junto a CDT de Lisboa, no período compreendido entre 2015 à 2017. Com base na revisão documental, obtiveram-se dados relacionados com as seguintes variáveis: elementos circunstanciais, dados sociodemográficos e trajetória de uso de substâncias ilícitas.

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, com uma amostra constituída por 120 processos individuais. Os resultados mostraram que 85,8% são do género masculino, média da idade 41,5 e de anos 72,5% são solteiros, 93,3% são portugueses, 48,3% trabalham. 20,2% têm o 12.º ano, 29,2% moram sozinhos. Para a trajetória de uso de drogas ilícitas observaram-se os seguintes resultados: a idade de início de uso 18,7 anos, sendo o valor mínimo de 10 anos e máximo de 45 anos, 55,8% dos casos apresentaram haxixe como primeira droga, 60,0% da frequência de consumo era regular e 44,2% dos casos as substâncias atuais utilizadas foram cocaína e heroína.

**Palavras-chave:** CDT; uso de drogas; criminalização; descriminalização; trajetória de uso de drogas.

### **Abstract**

The aim of the present study was to characterize and analyze the course of illicit drugs use by toxicodependent or drug addict individuals who were indicted by CDT Lisbon between 2015 and 2017. From the documental review, it is possible to obtain the following data variables: circumstantial elements for drug use, socio demographic data and course of the drug use by each one of the individual.

It's a quantitative and descriptive research with a sample of 120 individuals processes. The results show that 85,8% for individuals are male, with an average age of 41,5 years of age. 72,5% of the individuals are not married. 93,3% are Portuguese and 48,3% are employed. 20,2% have completed high school (12 grade) and 29,2% live by themselves. For the illicit drug use, the following results were found: the average age to stars using drugs is 18,7 years, of which, the youngest age is 10 years old and the oldest is 45 years old. 55,8% have indicated haxixe as the main drug, with a regular consumption of 60,0% and 44,2% used cocaine and heroin as the most current substances.

**Keywords:** CDT; drugs use; criminalization; decriminalization; drugs use course.

## Índice

1. Introdução.....	12
2. Enquadramento Teórico .....	14
2.1 História das Drogas .....	14
2.2 Criminalização e descriminalização das drogas.....	15
2.3 Comissão para dissuasão da toxicodependência .....	17
2.4 Uso e trajetória de uso de drogas .....	19
3. Objetivos .....	23
3.1 Objetivos Gerais.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
5. Metodologia .....	24
5.1 Procedimentos de recolha e análise de dados.....	24
6. Resultados .....	27
6.1 Parte 1. Identificação do Processo.....	27
6.2 Parte 2. Mês ocorrência.....	27
6.3. Parte 3. Entidade .....	28
6.4 Parte 4. Localização da Ocorrência.....	29
6.5. Parte 5. Substâncias Apreendidas.....	30
6.6. Parte 6. Contraordenação .....	37
6.7. Parte 7. Dados Sociodemográficos.....	38
6.8. Parte 8. Trajetória de Uso de Drogas .....	44
6.9. Parte 9. Situação de saúde .....	53
7. Discussão e Conclusão .....	56
8. Referências .....	59
8.1 Material Legislativo .....	62

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Frequências: ano do processo .....	27
Tabela 2 - Frequências: Mês ocorrência .....	27
Tabela 3 - Frequências: Força Segurança .....	28
Tabela 4 - Frequências da ocorrência.....	29
Tabela 5 - Frequências: número de substâncias apreendidas .....	30
Tabela 6 - Frequências: 1ª substância .....	30
Tabela 7 - Quantidade 1ª substância (gramas) .....	31
Tabela 8 - Quantidade: 1ª substância (gramas) para as três substâncias .....	32
Tabela 9 - Frequências: 2ª substância .....	33
Tabela 10 - Quantidade: 2ª substância (gramas) .....	33
Tabela 11 - Quantidade 2ª substância (gramas) para as três substâncias .....	34
Tabela 12 - Frequências: 3ª substância.....	35
Tabela 13 - Quantidade: 2ª substância .....	35
Tabela 14 - Quantidade 3ª substância (gramas) para as três substâncias .....	36
Tabela 15 - Frequências: Contraordenação .....	37
Tabela 16 - Frequências: Género .....	38
Tabela 17 - Frequências: Estado Civil .....	38
Tabela 18 - Frequências da idade .....	39
Tabela 19 - Frequências: Nacionalidade .....	40
Tabela 20 - Frequências: Freguesia de naturalidade .....	40
Tabela 21 - Profissão.....	41
Tabela 22 - Situação Profissional.....	42
Tabela 23 - Frequências: Habilitações Literárias .....	42
Tabela 24 - Frequências: Agregado Familiar .....	43
Tabela 25 - Idade de início de uso.....	44
Tabela 26 - Frequências: Primeira droga ilícita consumida (droga inicial) .....	45
Tabela 27 - Frequências: Frequência de consumo .....	46
Tabela 28 - Frequências: Via de utilização .....	47
Tabela 29 - Frequências: Motivos de início de uso.....	47
Tabela 30 - Período de utilização (anos).....	48
Tabela 31 - Frequências: Substâncias atuais utilizadas.....	49

Tabela 32 - Frequência de consumo.....	49
Tabela 33 - Frequência: Via de utilização.....	50
Tabela 34 - Frequências: Motivos de início de uso.....	51
Tabela 35 - Período de utilização.....	51
Tabela 36 - Outras drogas utilizadas anteriormente.....	52
Tabela 37 - Outras drogas utilizadas anteriormente: várias.....	53
Tabela 38 - Frequências: Doença infecciosa.....	53
Tabela 39 - Outras situações de saúde mental.....	54

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Frequências: ano do processo .....	27
Gráfico 2 - Frequências: Mês ocorrência .....	28
Gráfico 3 - Frequências: Força Segurança .....	29
Gráfico 4 - Frequências: número de substâncias apreendidas.....	30
Gráfico 5 - Frequências: 1ª substância .....	31
Gráfico 6 - Quantidade: 1ª substância .....	31
Gráfico 7 - Quantidade 1ª substância (gramas) para as três substâncias.....	32
Gráfico 8 - Frequências: 2ª substância .....	33
Gráfico 9 - Quantidade: 2ª substância .....	34
Gráfico 10 - Quantidade 2ª substância (gramas) para as cinco substâncias.....	34
Gráfico 11 - Frequências: 3ª substância .....	35
Gráfico 12 - Quantidade 2ª substância .....	36
Gráfico 13 - Frequências: contraordenação .....	37
Gráfico 14 - Frequências: Género .....	38
Gráfico 15 - Frequências: Estado Civil .....	39
Gráfico 16 - Idade .....	39
Gráfico 17 - Frequências: Situação Profissional .....	42
Gráfico 18 - Frequências: Habilitações Literárias.....	43
Gráfico 19 - Frequências: Agregado Familiar.....	44
Gráfico 20 - Idade de Início de uso .....	45
Gráfico 21 - Frequências: Primeira droga ilícita consumida (droga inicial).....	46
Gráfico 22 - Frequências: Frequência de consumo .....	46
Gráfico 23 - Frequências: Via de utilização .....	47
Gráfico 24 - Frequências: Motivos de início de uso .....	48
Gráfico 25 - Período de utilização (anos).....	48
Gráfico 26 - Frequências: Substâncias atuais utilizadas .....	49
Gráfico 27 - Frequência de consumo .....	50
Gráfico 28 - Frequências: Via de utilização .....	50
Gráfico 29 - Frequências: Motivos de início de uso .....	51
Gráfico 30 - Período de utilização.....	52
Gráfico 31 - Frequências: Outras drogas utilizadas anteriormente .....	52

Gráfico 32 - Frequências: Doença infecciosa .....	54
Gráfico 33 - Outras situações de saúde .....	54

### **Lista de abreviaturas**

CDT- Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

EUA- Estados Unidos da América

GNR- Guarda Nacional Republicana

VIH- Vírus da imunodeficiência humana

IDT- Instituto da Droga e da Toxicodependência

LSD- Dietilamida do ácido lisérgico

MDMA- Metilenodioximetanfetamina

OEDT- Observatório Europeu de Drogas e tóxicodependência

PSIJUS- Associação para a Intervenção Juspsicológica.

PSP- Polícia de Segurança Pública

SGIP- Sistema de Informação de Gestão e Informação Processual

SICAD- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

ULHT- Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

## 1. Introdução

Em todos os períodos da história cultural e da existência humana, o uso não terapêutico de substâncias psicoativas tem sido demarcado como um fenómeno global que tem vindo a assumir contornos preocupantes. Ao longo dos tempos e em culturas diferentes tem sido notória a modificação no tocante ao significado e à relação que os sujeitos estabelecem com as drogas (Olievenstein, C. 1987; Poiares, 1999).

No que se refere ao consumo de substâncias catalogados como drogas, as diferenças contextuais e culturais eram justificadas em função dos produtos naturais existentes em determinados meios, tipos de pessoas que as consumiam e os motivos que incitavam às mesmas práticas. Neste sentido, em diversas sociedades determinava-se que certas substâncias apenas seriam consumidas por particulares grupos de pessoas pré determinadas em razão do estatuto socioeconómico e em contextos específicos (Silveira, D. X. e Moreira, F. G, 2006).

O confronto com o fenómeno do consumo de diversas drogas, desde as mais caras e fortemente indutoras de dependência, como a heroína e cocaína, até às de mais fácil fabrico, têm desafiado sucessivas gerações, tanto na perspetiva social como individual desde os anos Sessenta do século passado. A busca de prazer ou de alívio de desprazer podem conduzir ao hiperconsumo (Patrício, 2002). Neste sentido, as Comissões para Dissuasão da toxicoddependência (CDT), assumem uma função de carácter relevante por facultar a aproximação do toxicoddependente às estruturas de tratamento, reabilitação e reinserção social.

De acordo com o Observatório Europeu de Drogas e tóxicoddependência (OEDT), prevenir as consequências aversivas relacionadas com o uso das drogas é uma necessidade fulcral entre as principais prioridades da agenda política europeia, o que passa, igualmente, por delicadas questões de segurança (OEDT, 2007).

A toxicoddependência, o consumo de drogas, ainda que esporádico, e os atores que protagonizam esses comportamentos são objeto de uma representação social que continua a proceder a diversas atribuições, que remetem para a marginalidade, a prática de ilícitos criminais e a exclusão social. Nesse estudo, abordamos a problemática da droga em função da passagem de consumidores pela Comissão para Dissuasão da Tóxicoddependência (CDT) de Lisboa, enquanto dispositivo institucional de prevenção e intervenção juspsicológica, como está legalmente definida desde 2011.

Trata-se metodologicamente de uma pesquisa quantitativa e de carácter descritivo quanto aos seus objetivos, cuja base de dados foi construída a partir da entrevista, cujo guião

foi constituído pela Comissão e correspondente Equipa de Apoio Técnico. A amostra consiste num recorte populacional da instituição, isto é: foram selecionados apenas os processos de indiciados caracterizados no relatório técnico como toxicodependentes, classificação em uso na CDT decorrente, aliás, da própria designação que em 2000 lhe foi conferido pela Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1 História das Drogas

Desde a pré-história até aos dias atuais, a humanidade sempre procurou encontrar no uso de certas substâncias provenientes da natureza a satisfação de inúmeras necessidades, nomeadamente a obtenção de prazer, cura e alívio do sofrimento físico, revigoração das energias, para a guerra, para obtenção de estados de êxtases místicos ou religiosos e para o trabalho (Poiars, 1998).

O uso dessas substâncias começou a ser identificado como um risco para a norma social no final do Século XIX. Neste sentido, a China foi um dos países pioneiros na manifestação de preocupação no tocante ao consumo de ópio reagindo diretamente contra a Inglaterra, uma vez que essa substância era importada pela mesma, através da Índia. Historicamente esta luta acolou nas duas Guerras do Ópio. A primeira ocorreu entre 1840 a 1842 e a segunda de 1856 a 1860 (Pimenta, Reis & Silveira, 1987).

Em 1909, por iniciativa dos E.U.A. realizou-se, em Xangai, a primeira Conferência Internacional relacionada ao consumo de SPA. No referido encontro surgiram duas posições antagónicas: por um lado, os EUA e a China destacaram-se a favor do proibicionismo; em contrapartida, outros países pretendiam salvaguardar os interesses comerciais, optando por uma posição mais liberal. A Conferência de Xangai destaca-se como ponto de partida para a criminalização internacional do consumo de drogas, abrindo fendas no caminho de uma abordagem verdadeiramente biopsicossociológica do indivíduo consumidor de drogas (Sommer, 2004; Avilés, 2014). Como assinala Poiars (2002), as medidas proibicionistas resultaram na complexificação do tratamento do toxicodependente, atuando junto deste como um elemento perturbador da sua recuperação, resultando na estigmatização jurídica e social. Entretanto, Portugal permaneceu resistente, por décadas, nas abordagens criminalizadoras em relação as substâncias psicotrópicas e o consumo de estupefacientes, sendo que, inúmeros fatores, quer a nível social, político ou económico esbarravam nas tentativas que visavam as mudanças do regime criminalizador do consumo (Santos, 2004). A resistência portuguesa provinha do facto de o ópio constituía uma fonte de receitas de Macau (cerca de 1/3 do produto interno) o que promoveu a atitude portuguesa, protagonizada por um médico (Rodrigo Rodrigues, governador do território e delegado de Portugal a conferências internacionais) e Tito da Silva Poiars (chefe de repartição do governo macaense) (Poiars, 1999).

A Convenção de Haya, em 1912, marcou o início dos EUA na liderança da luta contra as drogas. Surge, assim, a primeira legislação internacional sobre o conceito drogas. A incorporação desta legislação no tratado de paz de Versalhes aconteceu em 1919. Com o Tratado de Genebra de 1920, o tratamento passa a ser visto como uma possibilidade que não se restringia apenas a punição, permitindo que tal estratégia fosse direcionada para uma certa descriminalização, proporcionando assim, a mudança do paradigma toxicodependente/criminoso para o consumidor/doente. Isso fez com que estados signatários se comprometessem a criar condições relacionadas à problematização social e a medicalização do doente face ao problema das drogas (Sommer, 2004; Avilés 2014; Quintas, 2011).

## **2.2 Criminalização e descriminalização das drogas**

A criminalização e a legalização do consumo de drogas constituem duas vias de um processo complexo e num caminho social controverso. Ambos apresentam constantes oscilações e radicalizações (Sommer, 2004, Avilés, 2014). De acordo com Fernandes, (1997), no início dos anos 80 o cenário das drogas em Portugal sofreu alterações com o surgimento da venda de heroína acompanhado por padrões disruptivos de consumo. Na mesma década, foi também confirmada a abordagem biopsicossociológica do consumidor com o Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro, que visou atingir um duplo objetivo: por um lado, admitiu-se que o expoente máximo da delinquência de drogas do tráfico, justificando-se o agravamento das sanções aplicáveis; por outro lado, assumiu-se que o toxicodependente deve ser encarado como um ser humano que necessita de assistência médica. Todavia, o consumo dessas substâncias considerou-se repreensível socialmente e passível de ser sancionado. Não se censurava o ator mas o ato, responsabilizando-se aquele pelo desvalor do consumo (Martins, 1984; Poiares, 1999).

As medidas condenadoras e repressivas do consumo não impediram a continuidade dos problemas relacionados com a droga e agravaram ainda a persistência dos consumos problemáticos de heroína, a proliferação do VIH/SIDA, o crescimento da oferta de drogas tradicionais e de novas drogas sintéticas, apesar do surgimento do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que visava a proibição do tráfico de estupefacientes, bem como medidas para controlar e fiscalizar precursores, produtos químicos e solventes no sentido de reduzir o fabrico clandestino de estupefacientes e de psicotrópicos (Quintas, 2011).

O receio de alterar o quadro legal e apelar ao poder da lei como fator dissuasor do consumo configurava-se como fator mantenedor da criminalização. Além disso, alegava-se

também ausência de conhecimento suficiente para optar pela despenalização. Essa justificação manteve a via penalizadora. Entretanto, o tempo distanciava-se de maneira significativa enquanto permanecia a ideia de erradicar a procura ao eliminar a oferta (Poiães, 1998; 2001). Neste âmbito, por intermédio da Resolução de Conselho de Ministros nº 46/99, de 26 de maio e fruto do acolhimento científico que o poder vinha realizando desde 1976, com a legislação da autoria de Almeida Santos (1975, 1976, 1977) e potenciada com a designação da Comissão Nacional de Estratégia da luta contra a Droga, instituída por José Sócrates (1998/1999), culminando ao acervo legislativo de descriminalização (a Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro, e o Decreto Lei nº 120- A/2001, de 23 de Abril ( Poiães, 2002) ). Neste sentido, fundamenta-se como aquela que foi, provavelmente, a ação passível de maior eficácia no complexo mundo das drogas e a tentativa de motivar os sujeitos consumidores de substâncias ilícitas para tratamento.

Nesta nova moldura penal, o legislador teve como base o princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana e aconteceu historicamente o que foi constatado em relação a tantas outras condutas, que foram duramente penalizadas e deixaram de sê-lo, sem que a ordem social tivesse sido posta em causa como, por exemplo, o adultério, cheques garantia ou pré-datados, entre outros (Santos, 2004).

Greenwald (2009) explica que a palavra “descriminalização” no artigo 29º, que se aplica à compra, posse e consumo de todas as drogas para uso pessoal, é definida por uma média individual com quantidade suficiente para o uso por de 10 dias. De acordo com o mesmo autor, em Portugal o consumo de narcóticos foi descriminalizado, ou seja, deixou de se tratar o consumo e a posse de drogas como crime, e o consumidor como um criminoso. Não obstante, tais práticas passaram a ser vistas na ordem das contraordenações não previstas pela lei criminal. O indivíduo fica assim livre de qualquer sanção nos termos da lei criminal, optando-se pelo uso de sanções administrativas.

Para Da Agra (2002), o consumidor de substâncias psicotrópicas caracteriza-se como uma pessoa cujo estilo de vida é marcado pelo consumo de drogas. Perante o uso e/ ou abuso repetido e progressivo da substância, o indivíduo vivência a necessidade que o compele a essa prática induzida pela farmacodependência e/ou dependência psíquica (Pimenta, Reis, & Silveira, 1987), daí que essas pessoas não devam ser julgadas, nem punidas, mas auxiliadas, por tratar-se de indivíduos necessitados de tratamento. Como afirma Santos (2004), a dependência do consumo de droga é um fenómeno que, regra geral, não deriva da vontade originária do sujeito, razão pela qual torna-se imprescindível a ajuda exterior adequada aos consumidores. Neste sentido, a transformação da natureza da ilicitude de crime para contraordenação

(descriminalização) e a competência de julgar os atos que configuram o ilícito retira da alçada dos tribunais (desjudicialização), marca a modificação legislativa. Uma nova instância administrativa extrajudiciária responsável pela sua apreciação foi criada – as CDT (Quintas, 2006).

### **2.3 Comissão para dissuasão da toxicod dependência**

A operacionalização de uma descriminalização construtiva (abandono das medidas de censura para a criação de espaço consentido àquilo a que se denomina intervenção juspsicológica, entendida como a consagração da intervenção do saber e das prática psicológicas nos territórios do Direito), abriu caminho à intervenção juspsicológica, na medida em que, ainda que se configure um ilícito, penalizado com medidas institucionais não penais, existe a possibilidade para a intervenção nas restantes alternativas, como o trabalho gratuito a favor da comunidade e, em especial, o tratamento. A necessidade de aproximação do toxicod dependente às estruturas de tratamento reabilitação e reinserção social surgiu em 2000, na legislação da descriminalização decorrente da ineficiência e debilidade do modelo criminalizador do consumo de drogas (Poiars, 2000).

As Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) constituem as entidades administrativas que aplicam o novo regime legal, sendo regidas pela abordagem científica e biopsicossociológica do consumidor e do consumo nas suas especificidades e pluralidades. Apresentam-se ainda, como dispositivos de proteção sanitária e social dos consumidores na redução de riscos para a saúde pública e individual, atuando como facilitador da aproximação do toxicod dependente às estruturas de tratamento.

As CDT configuram-se plataformas de mudança, procurando aceder aos atores-consumidores com a finalidade de induzi-los à metamorfose dos comportamentos aditivos. Os técnicos que dela fazem parte têm formação na área da justiça e da saúde e social, tais como médicos, psicólogos, sociólogos e técnicos de serviço social que realizam um trabalho de avaliação pluridisciplinar do indivíduo consumidor, quer pela ação concreta de consumo, quer pelos conhecimentos pessoais de cada indivíduo (SICAD, 2016). Como referido por Poiars (2001, 2002, 2003) a filosofia que rege as Comissões reflete uma vertente clínica e psicológica do consumo de drogas e a intervenção promovida pelos técnicos de saúde resulta da própria lei. O direito e a justiça condenam o lugar à prevenção, à saúde, à psicologia.

O acesso à personalidade e trajetória de vida do consumidor pela via da realização de exames e perícias psicológicas, bem como a possível participação de terapeuta no processo para melhor redução de riscos, dissuasão do consumidor e redução de danos, motivando e encaminhando o mesmo no sentido da recuperação clínico-psicológica, deu-se com a inclusão do psicólogo na composição da Comissão, que consagra, pela primeira vez, a figura do técnico ao serviço da lei através do Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril (Poiares, 2000).

O processo de motivação no indivíduo toxicodependente para adesão ao tratamento é a ideia central da descriminalização. Como refere Antunes (2003), as motivações de um toxicodependente situam-se, geralmente, num plano de ação imediata e a curto prazo. Neste sentido, a realização de diligências de motivação junto do consumidor adquire crucial significância na pretensão de uma mudança comportamental pela via da superação da ambivalência dos sentimentos antagónicos resultantes do consumo.

O indivíduo deve movimentar-se através do reconhecimento do que o perturba e da ação necessária à sua modificação. E a motivação não deve ser considerada uma característica da qual se é ou não detentor, mas antes um objeto que promove a probabilidade de sucesso da mudança de comportamento. Sendo assim, a motivação da adesão do toxicodependente ao tratamento deve ser trabalhada conjuntamente, isto é, entre o indivíduo e o técnico, com compromisso na abordagem pluridimensional do indivíduo e da ambivalência do prazer/desprazer, com análise cuidada e profunda dos comportamentos a serem adotados (Oliveira, 2000). Concomitantemente, porque o Legislador mostrou conhecer a realidade portuguesa, a confluência entre o consumo, o circuito forense e a exclusão social foi trabalhada reservando-se às várias CDT a função sanitário, juspsicológica e de promoção da inclusão.

As Comissões, apesar de estruturadas e, de certo modo, instruídas pelo Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (mais tarde Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), hoje Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, SICAD), gozam de autonomia de procedimentos, ao que não são alheias as formações e sensibilidades dos respetivos membros e técnicos. Na Comissão de Lisboa é realizada uma anamnese que compreende duas dimensões; a clínica e a contraordenacional, sendo feito a entrevista psicossocial preliminar ao indiciado, para o despiste dos componentes social e forense. O técnico procede à recolha dos elementos essenciais para desenvolver parecer sobre a situação do indivíduo. Da entrevista preliminar fazem parte uma série de elementos, entre os quais informações acerca das substâncias consumidas, do padrão de consumo, enquadramento socioeconómico e familiar, da existência e resultados de intervenções anteriores, bem como da

motivação para o tratamento ou acompanhamento (SICAD, 2016). Conforme assinalado por Poiares (2002), cabe às CDT a tarefa de averiguar sobre a vontade da alteração do comportamento de consumo dos utentes.

## 2.4 Uso e trajetória de uso de drogas

A nomenclatura droga é um termo global, cientificamente conhecida como substância psicoativa, usada de forma consensual para definir extratos, plantas, compostos, pílulas, bebidas, pós, gases ou qualquer excipiente que contenha, em sua composição, elementos a que são atribuídas a propriedade de alterar o funcionamento do sistema nervoso, a percepção ou a consciência humana. Nessa perspetiva, essas substâncias foram consumidas e nomeadas de diferentes maneiras, até que, no passado século, algumas delas foram remetidos a um estatuto de questão política e social. Não obstante, ao longo do processo histórico, foram divinizadas, proscritas, classificadas e perseguidas (Fiori, 2013).

No panorama do uso de drogas, existem algumas substâncias psicoativas não criminalizadas, consideradas universalmente aceites, compradas de forma livre e comercializadas legalmente. As denominadas drogas lícitas como o álcool, tabaco e alguns fármacos em detrimento das drogas ilícitas, cujas comercializações são proibidas pela justiça (Garcia, 2014). Essa realidade pode ser explicada pela identificação dos atos proscritos na formulação político-jurídica com crenças da população e hábitos socioculturais. Não obstante, as sociedades podem não se rever nas decisões incriminatórias estatuídas pelo poder legislativo, mas sente-se protegida ante a ameaça representada por alguns padrões de comportamentos que tendem a violar convicções nomeadamente económicas, culturais ou religiosas quando tais atos interditos colidem com ideias e valores predominantes nas comunidades sendo fator que acentua o peso específico do reconhecimento social (Poiares, 2018).

Além da distinção acima proposta, a Organização Mundial da Saúde e Controle de Drogas das Nações Unidas, destaca a necessidade da distinção dos tipos em relação ao usos e abuso. Neste sentido, é possível referir-se sobre o uso quando as substâncias são usadas como um caso isolado, episódico e/ou ocasional, sem gerar dependência ou problemas de saúde associados. Isto sem descartar o possível dano que poderia causar uma *overdose* ou, por exemplo, condução de um automóvel sob a influência de alguma substância psicoativa. No que concerne ao uso, pode destacar-se o experimental, que é considerado, o que surge sempre com razoabilidade, no entanto, é destacado como o ponto de partida de todo o consumo de

substâncias psicoativas. Nesta modalidade o indivíduo experimenta uma ou mais substâncias, numa frequência que varia entre uma a duas vezes, e opta por não o fazer novamente. No uso para a recreação, o consumo começa a ser evidenciado com regularidade e enquadrado em contextos de lazer com um número acrescido de pessoas, geralmente amigáveis. O objetivo desse tipo de consumo é a busca de experiências agradáveis, com o foco direcionado para o prazer: o hedonismo aditivo. O consumo não é a única atividade no tempo livre e não se trata de uma "fuga" ou uma "solução". Raramente se perde o controle e se experimenta substâncias ou vias de administração de alto risco. No que se refere ao uso habitual, o indivíduo passa por fases anteriores (experimental e recreativo) e elege uma droga de preferência e um gosto pelo sentimento resultante do uso. Verifica-se ainda, o aumento tanto da quantidade de consumo como também da frequência (WHO & UNODC, 2008).

Dependendo da droga, existe a possibilidade de o sujeito desenvolver uma dependência física ou psicológica. Neste tipo de uso, o motivo do consumo pode ser considerado como necessidade física ou psicológica, ou seja, a vida é organizada em torno desta necessidade específica. Da mesma forma, há um uso ou consumo problemático que é determinado pelo impacto que o consumo tem na saúde (consequências visíveis, doenças crônicas) e o aparecimento de consequências sociais, com uma conotação negativa (deterioração, isolamento, comportamentos problemáticos). É caracterizada pelo uso de um ou vários produtos em situações que podem significar perigo: perda de velocidade de resposta e reflexos, dificuldades ou incapacidade para cumprir com as responsabilidades profissionais, académicas ou familiares. Nesse sentido, considera-se que há abuso de uma substância quando se observa um padrão que produz desordens ou dificuldades físicas importantes do ponto de vista clínico e/ou quando três ou mais dos aspetos acima expostos a qualquer momento, dentro de um período de doze meses (WHO & UNODC, 2008).

No uso de substâncias, lícitas ou ilícitas é importante destacar que a maior parte dos usuários não se torna dependente ou seja, essa condição é observada de acordo com a relação que se estabelece com a droga, que pode ser influenciada diretamente, por diversos fatores, tais como os sociais, biológicos e psicológicos. Neste sentido, a dependência de drogas possui três eixos de origem: o sujeito, com suas características de personalidade e singularidade biológica; a droga (substância psicoativa) com propriedades farmacológicas específicas; e o meio ambiente (contexto sociocultural) no qual se realiza o encontro entre sujeito e droga, sendo o sujeito certamente o mais complexo dos três elementos que compõem o fenómeno da dependência (Poiães, 2018).

No que concerne ao consumo de drogas ilícitas, embora haja uma rica diversidade de razões pelas quais uma pessoa usa drogas, muitos o fazem de maneira esporádica, apresentando modificação com uso de forma fluida e dinâmica por uma série de fatores, com destaque para o social. Assim sendo, é inevitável a compreensão do consumo de drogas como uma trajetória construída pelo sujeito ao longo de todas as fases que este uso pode levar: do excesso e abuso à total dependência, através do uso prejudicial, moderado e esporádico (Da Silveira & Doering-Silveira, 2017).

Da Agra e Matos (1997) explicam que a expressão *trajetórias* remete para conceito de carreira, considerado como o percurso de um indivíduo ao longo da vida, numa sucessão de acontecimentos que, em regra, dependem maioritariamente do próprio. Para Poiares (2015), a existência de fatores internos ou externos de ordens como biológicas, psicológicas, afetivas, familiares, económicas, culturais e ambientais condicionam o sujeito e potencializam a adoção de determinadas práticas, quer sejam desviantes ou normativas, face aos padrões estabelecidos social ou institucionalmente.

Para Negreiros (2008), a manifestação de comportamentos desviantes têm, com frequência, inícios precoces e aumentam consideravelmente entre os 12 e os 17 anos, verificando-se um decréscimo bastante acentuado no final da adolescência. Tal pode ser explicado uma vez que a adolescência caracteriza-se por um período de transição na qual ocorrem transformações de carácter físico, social e psíquico associadas a períodos de vulnerabilidade e incerteza, que poderão levar à experimentação de novos comportamentos. Em comparação com a população geral, é frequente que os consumidores problemáticos de droga cometam infrações. Entretanto, a relação entre a droga e a criminalidade não é universal, não é simples e linear (Da Agra e Matos (1997)). Neste sentido, torna-se importante a compreensão da noção do desvio no estudo da trajetória do uso de drogas.

De acordo com Giddens (2007), as primeiras concetualizações da noção de desvio foram propostas pelos sociólogos Durkheim e Merton, os quais revelaram que alguns indivíduos possuíam traços inatos relacionadas com características biológicas. Neste sentido, o conceito de desvio corresponde às condutas que transgridem as normas de uma determinada sociedade e à ausência ou falta de conformidade face às normas ou obrigações sociais que se estabelecem como válidas. O autor explica que Durkheim afirmava que, nas sociedades modernas, as normas e os modelos tradicionais desaparecem, sem que haja substituição destas, e recorre ao conceito de anomia para explicar a inexistência de modelos de comportamento claramente definidos numa determinada área da vida em sociedade.

Cohen, na sua obra *Delinquent Boys (1955)*, aborda o conceito de subculturas delinquentes, que se caracterizava pela rejeição de valores impostas pela classe média e substituíam-nos por outras normas como a delinquência e outros atos de não conformidade. Na perspetiva do autor, a própria estrutura social, cultural e a organização da sociedade criam problemas de adaptação, que levam a acionar diferentes estratégias para enfrentar problemas (Giddens, 2007).

Becker debruçou-se igualmente sobre a definição de desvio, concetualizando-o como um fenómeno construído socialmente, resultante de um julgamento feito em relação a um determinado comportamento ou conduta considerados desviantes. Para o autor, o desvio é a consequência do ajustamento realizado pelos outros relativamente às regras não respeitadas e não se trata de uma qualidade intrínseca ao ato praticado, nem uma propriedade inerente a um comportamento. Esta formulação é também designada como teoria da rotulagem, a qual forneceu importante contributo para a compreensão da génese dos comportamentos desviantes. Os princípios desta teoria não consideram o desvio como conjunto de características de um indivíduo ou grupo: o desvio é concebido como um processo de interação entre aqueles que apresentavam práticas desviantes e os que o não o faziam (Becker, 1963/2009).

Paralelamente, as explicações anteriores concernentes ao desvio, a teoria do vínculo social, também designada como teoria da regulação social, de Hirschi (2009), centra-se na explicação do processo de produção dos comportamentos desviantes e enquadra-se no campo das abordagens psicossociais e, no que tange a influência das estruturas de socialização nos processos de génese produção da delinquência e dos comportamentos desviantes (Coelho,2010). Hirshi explica na sua obra *Causes of Delinquency*, que as tendências para contrariar as normas sociais vigentes dependem da cristalização dos laços, do grau de conformidade, e do consenso que se estabelece com a sociedade (Hirchi, 2009).

O presente estudo, emerge no movimento de compreensão da trajetória de uso de drogas ilícitas dos indivíduos indiciados pela CDT de Lisboa. Conforme referido por Tinoco (2005), a forma como determinada conduta se desenvolve ou determinado estado patológico progride tem atingido diversas áreas do saber e passou a despertar o interesse científico digno de investimento. Neste sentido, quando se pretende estudar um determinado comportamento problemático, é essencial proceder uma análise do mesmo no percurso de vida do sujeito, a sua trajetória, e processo de vida ( Poiares, 2018).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivos Gerais**

Caraterizar a população acolhida pela CDT de Lisboa e a trajetória de uso de drogas ilícitas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- 1- Descrição da estratégia interativo-preventivo da CDT de Lisboa;
- 2- Analisar as características sociodemográficas da população afeta à CDT;
- 3- Compreender a construção da trajetória de consumo de drogas ilícitas dos indiciados;

A relevância desta investigação foi centrada em obter conhecimentos sobre as características dos sujeitos classificados como toxicodependentes e indiciados junto a CDT de Lisboa, a trajetória do consumo de substâncias ilícitas e, simultaneamente, sobre os trâmites que norteiam a CDT de Lisboa em relação às atribuições legais no desempenho das suas funções. Naturalmente que a importância deste estudo é acrescida em função de anteriores trabalhos já realizados nesta Universidade, tendo a CDT de Lisboa enquanto cenário, visto que 2018 foi o ano de apreciação científica do trabalho desta Comissão, em Seminário organizado entre a Vice-Reitoria da ULHT, o SICAD e a CDT de Lisboa e a PSIJUS – Associação para a Intervenção Juspsicológica.

## **4. Metodologia**

A Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) de Lisboa, enquanto dispositivo que promove a prevenção, configurou-se como a instituição eleita para realização da pesquisa. Sendo procedimento obrigatório a entrevista quando um indiciado comparece ante a CDT, todo procedimento permite criar uma primeira perspectiva do sujeito e do problema que o conduziu àquele dispositivo formal e o diagnóstico da situação de consumo (tipos de drogas, hábitos, estilo de vida e severidade). Partindo do estado da arte e motivada pela vontade de compreender a intervenção promovida pela CDT de Lisboa, a característica da população toxicodepende e sua respetiva trajetória de uso de drogas ilícitas, propôs-se o desenvolvimento do presente estudo.

### **4.1 Amostra**

A presente pesquisa foi constituída por 120 processos individuais relativos ao consumo de estupefacientes na CDT de Lisboa que correspondem a 40 processos dos anos 2015, 2016 e 2017. Em relação aos critérios de inclusão, foi feito um recorte a partir da população geral da CDT, sendo selecionados exclusivamente processos conclusivos e classificados como "toxicodependentes", de utentes de ambos os sexos, com relatório técnico e registo de ocorrência das forças de segurança realizada. Foram excluídos processos de menores e processos sem avaliação técnica.

### **4.2 Materiais**

#### **4.2.1 Instrumentos**

Metodologicamente, esta pesquisa assentou na entrevista legalmente determinada e realizada por membros da Comissão e pela correspondente Equipa de Apoio Técnico; neste sentido, foram feitas adaptações dos separadores de acordo com os objetivos da pesquisa.

### **4.3 Procedimentos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Escola de Psicologia e de Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Antes de ser feita qualquer recolha de dados, foi remetido à instituição a solicitação por escrito sobre os objetivos do estudo e esclarecido sobre a sua tarefa, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados partilhados. Após o consentimento do representante legal teve início a recolha de dados junto a CDT de Lisboa.

A recolha de dados foi realizada de outubro a dezembro de 2018, por intermédio de processos físicos e do Sistema de Informação de Gestão e Informação Processual (SGIP). Pesquisaram-se informações relacionadas com elementos circunstanciais (local da ocorrência, força de segurança, freguesia, substâncias e quantidades em posse do indiciado no momento da apreensão); estado atual do processo na CDT e tipo de contraordenação; dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, nacionalidade, profissão, situação profissional, habilitações literárias e agregado familiar); trajetória de uso de drogas ilícitas (idade de início, primeira droga ilícita e droga atualmente utilizada, frequência, via de utilização, motivação para o início e período de utilização referente a anos que o mesmo fez o uso. Foram coletados, ainda, dados sobre a existência de doenças infecciosas e outras situações de saúde.

Foi mantidos o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes, sendo os dados recolhidos utilizados única e exclusivamente para fins académicos. Depois de produzida a dissertação, os dados alcançados serão remetidos à CDT de Lisboa, mas sempre com salvaguarda de anonimato.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de formato descritivo. Descrita por Gerhardt e Silveira (2009) como uma das classificações da pesquisa científica, que visa descrever as características de uma população, um fenómeno ou experiência para um determinado estudo. Realiza-se levando em consideração aspetos da formulação de questões que norteiam a pesquisa e podem estar ligadas às características socioeconômicas de um grupo ou outras características durante o processo.

### **4.4 Análise de Dados**

Para a realização das análises estatísticas foi usado o *software* IBM *SPSS Statistics 23*. As variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos valores medidos, apresentando-se alguns dados relevantes, abordados por Guimarães e Sarsfield Cabral (2010) e Maroco, J. (2011) como

a média, o desvio padrão que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação que ilustra a dispersão relativa e os valores mínimos e máximos observados. Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições dos valores verificados.

## 5. Resultados

### 5.1 Parte 1. Identificação do Processo

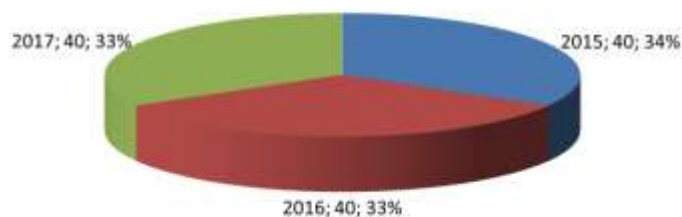
Tabela 1.

*Frequências: ano do processo*

	Frequência	Percentagem
2015	40	33,3
2016	40	33,3
2017	40	33,3
Total	120	100,0

Gráfico 1.

*Frequências: ano do processo*



Na amostra, os processos dividem-se equitativamente entre os três anos de 2015, 2016 e 2017.

### 5.2 Parte 2. Mês ocorrência

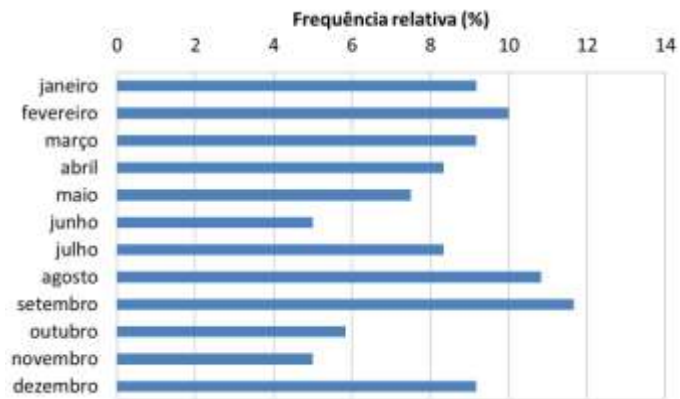
Tabela 2.

*Frequências: Mês ocorrência*

	Frequência	Percentagem
janeiro	11	9,2
fevereiro	12	10,0
março	11	9,2
abril	10	8,3
maio	9	7,5
junho	6	5,0
julho	10	8,3
agosto	13	10,8
setembro	14	11,7
outubro	7	5,8
novembro	6	5,0
dezembro	11	9,2
Total	120	100,0

Gráfico 2.

*Frequências: Mês ocorrência*



Na amostra, 11,7% das ocorrências foram observadas em setembro, 10,8% em agosto, 10,0% em fevereiro, 9,2% em janeiro, também 9,2% em março, também 9,2% em dezembro, 8,3% em abril, também 8,3% em julho, 7,5% em maio, 5,8% em outubro, 5,0% em junho e também 5,0% ocorreram em novembro.

### 5.3. Parte 3. Entidade

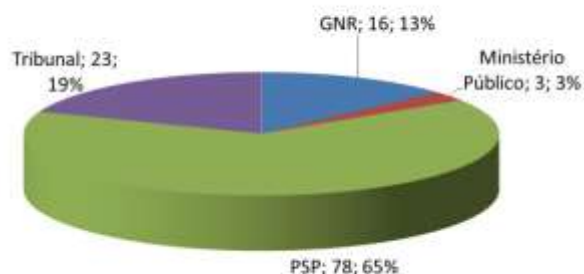
Tabela 3.

*Força Segurança: Origem do processo*

	Frequência	Porcentagem
GNR	16	13,3
Ministério Público	3	2,5
PSP	78	65,0
Tribunal	23	19,2
Total	120	100,0

Gráfico 3.

*Força Segurança: Origem do processo*



Na amostra, 65,0% dos processos foram referenciados pela PSP, 19,2% pelo Tribunal, 13,3% pela GNR e 2,5% pelo Ministério Público.

#### 5.4 Parte 4. Localização da Ocorrência

Tabela 4.

*Frequências: Freguesia da ocorrência*

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Águas livres	3	2,5	Mafra	1	,8
Alcabideche	3	2,5	Marvila	1	,8
Alcântara	18	15,0	Massarelos	2	1,7
Alcoentre	1	,8	Mina de água	2	1,7
Alfragide	1	,8	Misericórdia	1	,8
Alvalade	3	2,5	Montelavar	1	,8
Amadora	1	,8	Moscavide	1	,8
Arroios	1	,8	Oeiras	1	,8
Arroios	2	1,7	Olivais	1	,8
Arruda dos vinhos	1	,8	Parque das nações	1	,8
Avenida nova	5	4,2	Penha de França	4	3,3
Azambuja	1	,8	Prior velho	1	,8
Beato	6	5,0	Santa Maria Maior	1	,8
Benfica	1	,8	Santarém	1	,8
Campo de Ourique	17	14,2	São Domingos da Rena	2	1,7
Campolide	6	5,0	São Sebastião	1	,8
carcavelos	1	,8	Silveira	1	,8
Cascais	1	,8	Sintra	1	,8
Estrela	5	4,2	Terrugem	1	,8
Loures	1	,8	Torres Vedras	2	1,7
Lumiar	9	7,5	Vila Franca de Xira	5	4,2
Maceiras	1	,8	Total	120	100,0

Na amostra, os processos ocorreram nas freguesias listadas na tabela, sendo as mais frequentes Alcântara, com 15,0% e Campo de Ourique, com 14,2%.

## 5.5. Parte 5. Substâncias Apreendidas

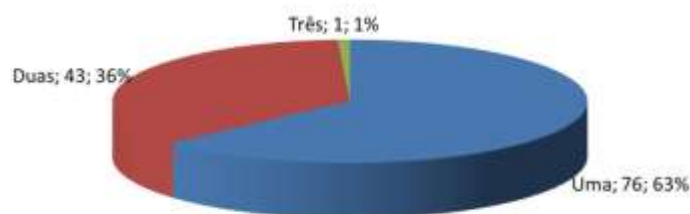
Tabela 5.

*Frequências: N° de substâncias apreendidas*

	Frequência	Percentagem
Uma	76	63,3
Duas	43	35,8
Três	1	,8
Total	120	100,0

Gráfico 4.

*Frequências: N° de substâncias apreendidas*



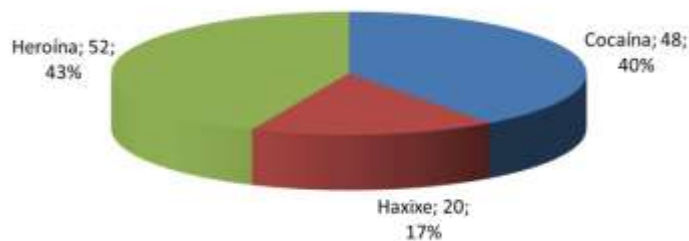
Na amostra, em 63,3% dos casos foi apreendida uma substância, em 35,8% dos casos foram apreendidas duas substâncias e em 0,8% (um caso) foram apreendidas três substâncias.

Tabela 6.

*Frequências: 1ª substância*

	Frequência	Percentagem
Cocaína	48	40,0
Haxixe	20	16,7
Heroína	52	43,3
Total	120	100,0

Gráfico 5.  
 Frequências: 1ª substância



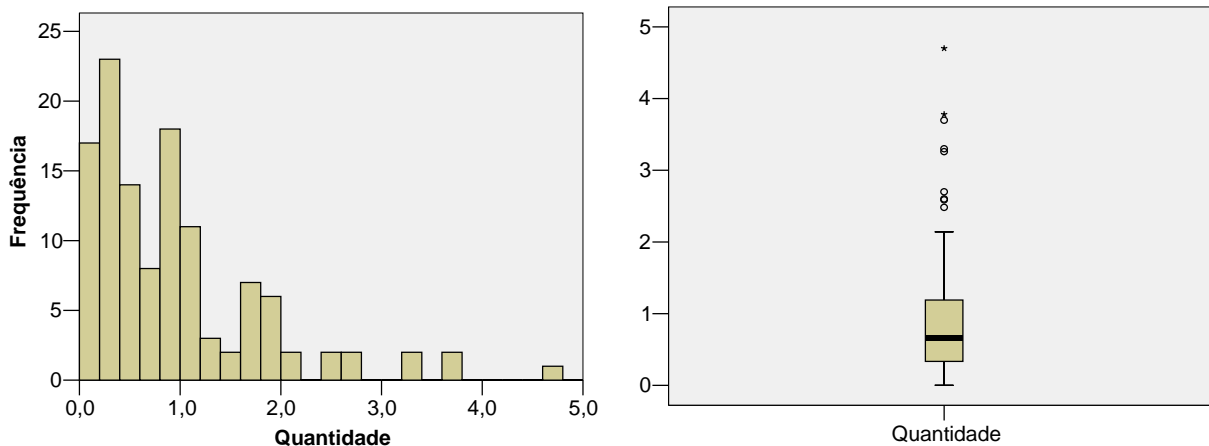
Na amostra, relativamente à primeira substância apreendida, em 43,3% dos casos foi heroína, em 40,0% dos casos foi cocaína e em 16,7% dos casos foi haxixe.

Tabela 7.  
 Quantidade 1ª substância (gramas)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Quantidade	120	0,95	0,87	92%	0,001	4,7

Na amostra, a quantidade da primeira substância apresenta um valor médio de 0,95 g, com uma dispersão de valores de 92%, variando entre um mínimo de 0,001 g e um máximo de 4,7 g. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da quantidade da primeira substância.

Gráfico 6.  
 Quantidade 1ª substância



Pode observar-se que a distribuição de valores da quantidade da primeira substância verifica-se principalmente até 1,2 g e que todos os valores superiores a 2,2 g são *outliers*, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.

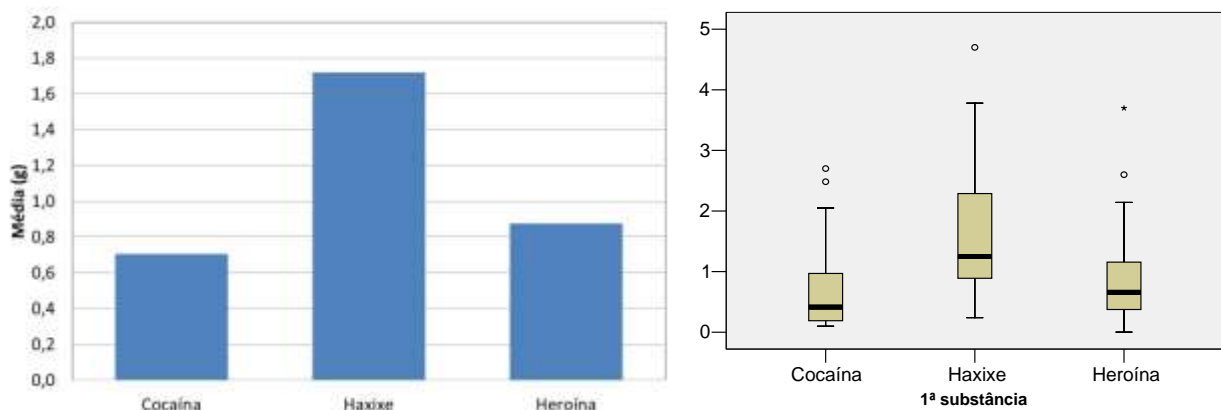
Tabela 8.

*Quantidade: 1ª substância (gramas) para as três substâncias*

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Cocaína	48	0,704	0,673	96%	0,100	2,700
Haxixe	20	1,720	1,218	71%	0,240	4,700
Heroína	52	0,873	0,701	81%	0,001	3,698

Gráfico 7.

*Quantidade 1ª substância (gramas) para as três substâncias*



Na amostra, o haxixe apresenta um valor médio de 1,720 g, com uma dispersão de valores de 71%, variando entre um mínimo de 0,240 g e um máximo de 4,7 g; a heroína apresenta um valor médio de 0,873 g, com uma dispersão de valores de 81%, variando entre um mínimo de 0,001 g e um máximo de 3,698 g; a cocaína apresenta um valor médio de 0,704 g, com uma dispersão de valores de 96%, variando entre um mínimo de 0,100 g e um máximo de 2,7 g. No gráfico e diagrama tipo caixa anteriores, ilustra-se o valor médio e a distribuição de valores da quantidade da primeira substância, que é superior para a haxixe, mais baixo para a heroína e ainda inferior para a cocaína.

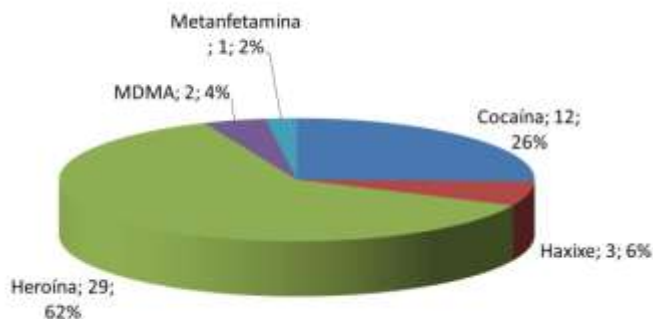
Tabela 9.

*Frequências: 2ª substância*

	Frequência	Porcentagem
Cocaína	12	25,5
Haxixe	3	6,4
Heroína	29	61,7
MDMA	2	4,3
Metanfetamina	1	2,1
Total	47	100,0

Gráfico 8.

*Frequências: 2ª substância*



Na amostra, relativamente à segunda substância apreendida (em 47 casos), em 61,7% dos casos foi heroína, em 25,5% dos casos foi Cocaína, em 6,4% dos casos foi haxixe, em 4,3% dos casos foi MDMA e em 2,1% (um caso) foi metanfetamina.

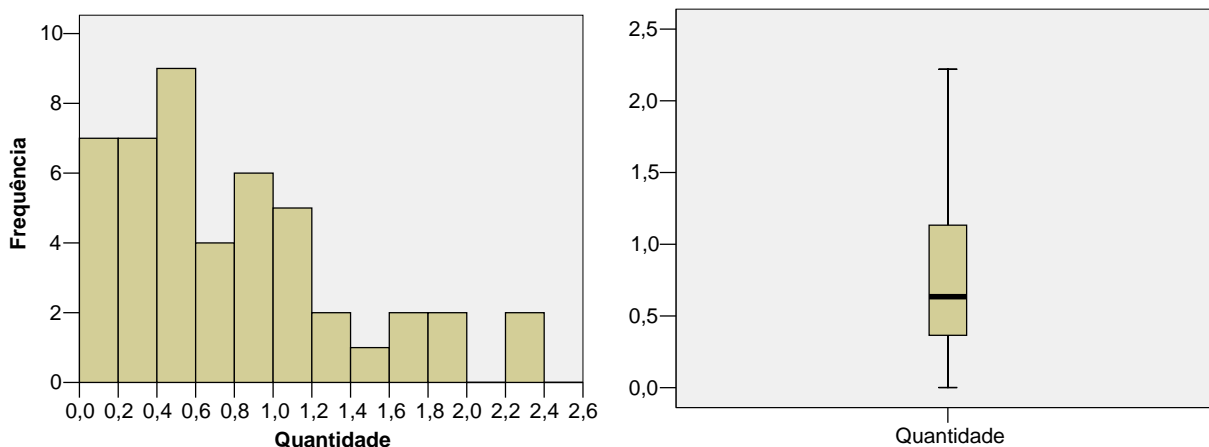
Tabela 10.

*Quantidade 2ª substância (gramas)*

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Quantidade	47	0,79	0,58	73%	0,001	2,22

Na amostra, a quantidade da segunda substância apresenta um valor médio de 0,79 g, com uma dispersão de valores de 73%, variando entre um mínimo de 0,001 g e um máximo de 2,22 g. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da quantidade da segunda substância.

Gráfico 9.  
Quantidade 2ª substância

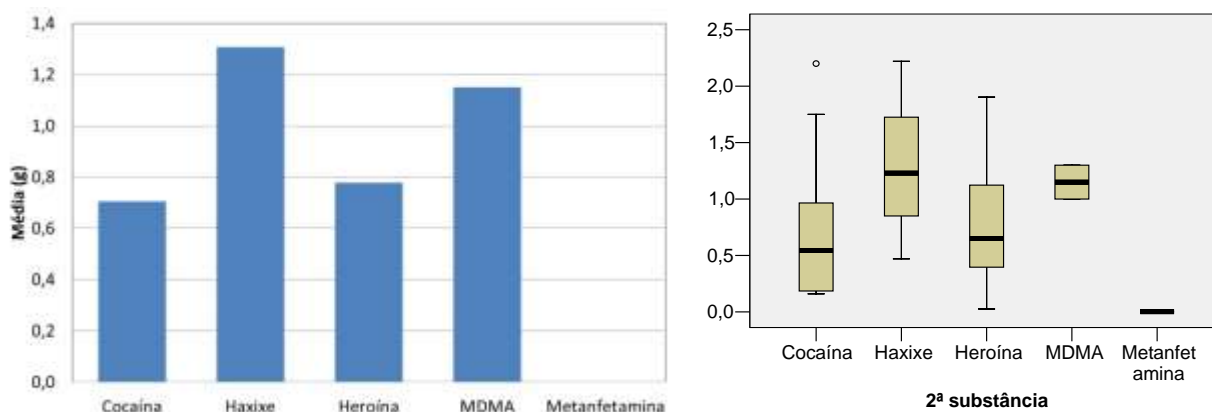


Pode observar-se que a distribuição de valores da quantidade da segunda substância verifica-se principalmente até 1,2 g.

Tabela 11.  
Quantidade 2ª substância (gramas) para as três substâncias

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Cocaína	12	0,706	0,667	94%	0,160	2,200
Haxixe	3	1,307	0,878	67%	0,470	2,220
Heroína	29	0,778	0,509	65%	0,026	1,903
MDMA	2	1,150	0,212	18%	1,000	1,300
Metanfetamina	1	0,001			0,001	0,001

Gráfico 10.  
Quantidade 2ª substância (gramas) para as cinco substâncias



Na amostra, a haxixe apresenta um valor médio de 1,307 g, com uma dispersão de valores de 67%, variando entre um mínimo de 0,470 g e um máximo de 2,220 g; a MDMA

apresenta um valor médio de 1,150 g, com uma dispersão de valores de 18%, variando entre um mínimo de 1,000 g e um máximo de 1,300 g; a heroína apresenta um valor médio de 0,778 g, com uma dispersão de valores de 65%, variando entre um mínimo de 0,026 g e um máximo de 1,903 g; a cocaína apresenta um valor médio de 0,706 g, com uma dispersão de valores de 94%, variando entre um mínimo de 0,160 g e um máximo de 2,2 g; a metanfetamina apresenta apenas um caso com 0,001 g. No gráfico e diagrama tipo caixa anteriores, ilustra-se o valor médio e a distribuição de valores da quantidade da segunda substância, que é superior para a haxixe, seguida do MDMA, depois de heroína e inferior para a cocaína, sendo residual para a metanfetamina.

Tabela 12.  
*Frequências: 3ª substância*

	Frequência	Porcentagem
Haxixe	1	25,0
MDMA	1	25,0
Anfetaminas	2	50,0
Total	4	100,0

Gráfico 11.  
*Frequências: 3ª substância*



Na amostra, relativamente à terceira substância apreendida (em 4 casos), dois são de anfetaminas, um de Haxixe e outro de MDMA.

Tabela 13.  
*Quantidade: 2ª substância*

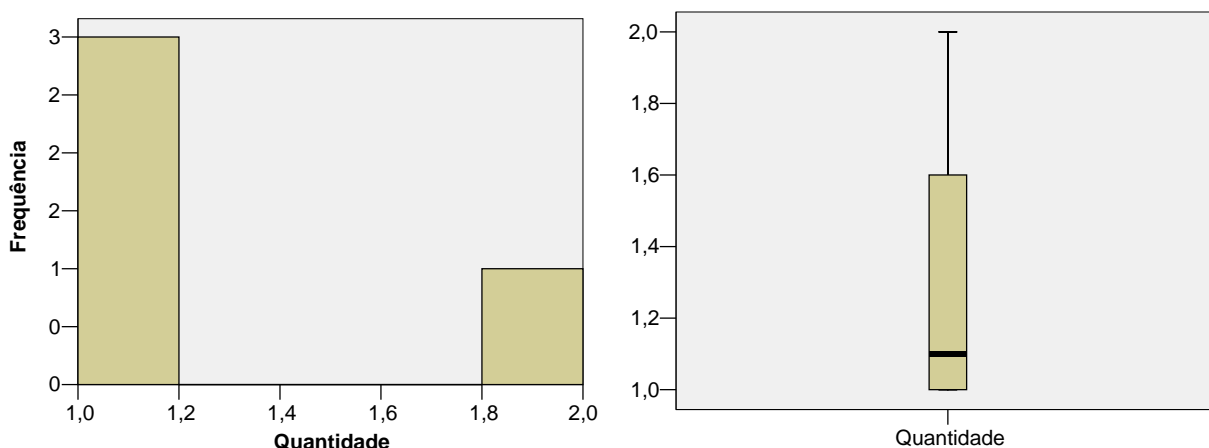
---

	Desvio	Coef.
--	--------	-------

	N	Média	Padrão	Variação	Mínimo	Máximo
Quantidade	4	1,30	0,48	37%	1,000	2,000

Na amostra, a quantidade da terceira substância apresenta um valor médio de 1,30 g, com uma dispersão de valores de 37%, variando entre um mínimo de 1,0 g e um máximo de 2,0 g. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da quantidade da segunda substância.

Gráfico 12.  
Quantidade 2ª substância



Pode observar-se que a distribuição de valores da quantidade da terceira substância verifica-se principalmente entre 1,0 e 1,2 g.

Tabela 14.  
Quantidade 3ª substância (gramas) para as três substâncias

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Haxixe	1	2,000	.		2,000	2,000
MDMA	1	1,000	.		1,000	1,000
Anfetaminas	2	1,100	0,141	13%	1,000	1,200

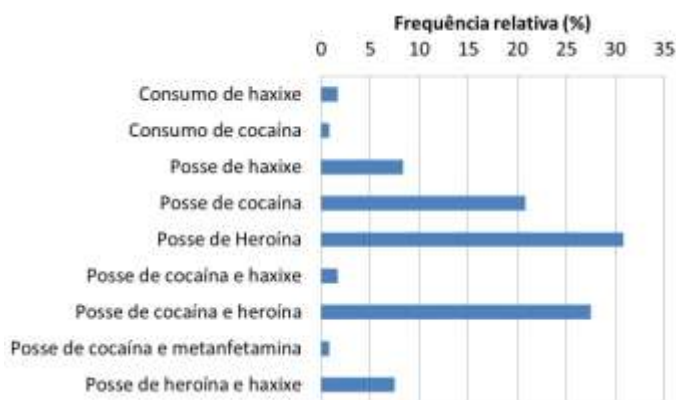
Na amostra, a haxixe apresenta um valor de 2,000 g para o único caso observado; a MDMA apresenta um valor de 1,000 g para o único caso observado; as anfetaminas apresentam um valor médio de 1,100 g para os dois casos observados, variando entre um mínimo de 1,000 g e um máximo de 1,200 g.

## 5.6. Parte 6. Contraordenação

Tabela 15.  
*Frequências: Contraordenação*

	Frequência	Percentagem
Consumo de haxixe	2	1,7
Consumo de cocaína	1	,8
Posse de haxixe	10	8,3
Posse de cocaína	25	20,8
Posse de Heroína	37	30,8
Posse de cocaína e haxixe	2	1,7
Posse de cocaína e heroína	33	27,5
Posse de cocaína e metanfetamina	1	,8
Posse de heroína e haxixe	9	7,5
Total	120	100,0

Gráfico 13.  
*Frequências: Contraordenação*



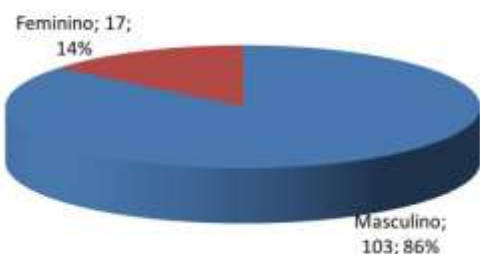
Na amostra, em 30,8% dos casos a contraordenação foi posse por de heroína, em 27,5% dos casos posse de cocaína e heroína, em 20,8% dos casos posse de cocaína, em 8,3% dos casos posse de haxixe, em 7,5% dos casos posse de heroína e haxixe, em 1,7% dos casos foi uso de haxixe, também em 1,7% dos casos posse de cocaína e haxixe, em 0,8% (um caso) foi uso de cocaína e também em 0,8% (um caso) posse de cocaína e metanfetamina.

## 5.7. Parte 7. Dados Sociodemográficos

Tabela 16.  
*Frequências: Género*

	Frequência	Percentagem
Masculino	103	85,8
Feminino	17	14,2
Total	120	100,0

Gráfico 14.  
*Frequências: Género*



Na amostra, 85,8% são do género masculino e os restantes 14,2% do género feminino.

Tabela 17.  
*Frequências: Estado civil*

	Frequência	Percentagem
Solteiro(a)	87	72,5
Casado(a)	9	7,5
União de facto	5	4,2
Divorciado(a)	17	14,2
Viúvo(a)	2	1,7
Total	120	100,0

Gráfico 15.  
 Frequências: Estado civil



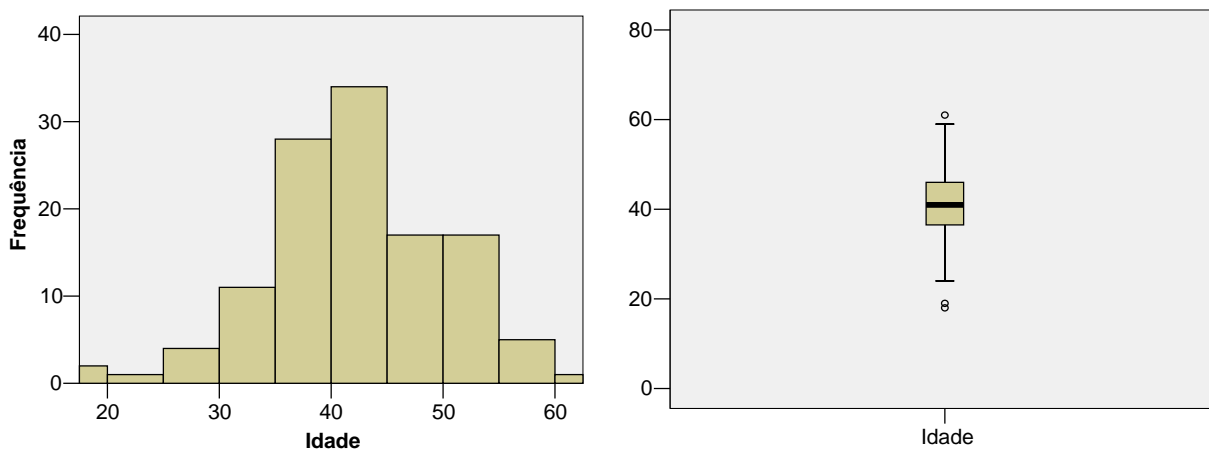
Na amostra, 72,5% são solteiros, 14,2% são divorciados, 7,5% são casados, 4,2% vivem em união de facto e 1,7% são viúvos.

Tabela 18.  
 Frequência da Idade

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade	120	41,50	8,03	19%	18	61

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 41,5 anos, com uma dispersão de valores de 19%, sendo o valor mínimo de 18 anos e o máximo de 61 anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade.

Gráfico 16.  
 Histograma e Diagrama tipo caixa: Idade



Pode observar-se que a distribuição de valores das idades verifica-se principalmente entre 30 e 55 anos e que os valores inferiores a 24 anos e superiores a 60 anos são *outliers*, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.

Tabela 19.

*Frequências: Nacionalidade*

	Frequência	Percentagem
Portugal	112	93,3
Angola	1	,8
Brasil	2	1,7
Cabo Verde	1	,8
França	1	,8
Nepal	1	,8
Sérvia	1	,8
Ucrânia	1	,8
Total	120	100,0

Na amostra, quanto à nacionalidade, 93,3% são de Portugal, dois elementos são do Brasil e verifica-se um elemento de cada um dos restantes países: Angola, Cabo Verde, França, Nepal, Sérvia e Ucrânia.

Tabela 20.

*Frequências: Freguesia de naturalidade*

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Ajuda	1	,8	Leiria	3	2,5
Alcabideche	3	2,5	Loures	2	1,7
Alcântara	6	5,0	Luanda	1	,8
Alentejo	1	,8	Marvila	2	1,7
Almedina	1	,8	Misericórdia	1	,8
Alqueirão- Mem Martins	1	,8	Olivais	1	,8
Alvalade	5	4,2	Penha de França	5	4,2
Ameixoeira	1	,8	Rio de Mouro	1	,8
Arroios	5	4,2	Santo António	1	,8
Avenidas Novas	28	23,3	Santo Maria Maior	1	,8
Beato	1	,8	São Domingos	1	,8
Belas	1	,8	São Francisco Xavier	1	,8
Belgrado	1	,8	São Lourenço	1	,8
Campolide	1	,8	São Salvador	1	,8
Carnaxide	1	,8	Setúbal	1	,8
Cascais	4	3,3	Sintra	5	4,2
Castelo Rodrigo	1	,8	Torres Vedras	8	6,7
Desconhecida	13	10,8	Vialonga	1	,8
Estrangeiro	1	,8	Viera do Minho	1	,8
França	1	,8	Vila Franca de Xira	2	1,7
Granja	1	,8	Vila Real	1	,8
Ilha terceira	1	,8	Total	120	100,0

Na amostra, as freguesias naturalidade são as listadas na tabela, sendo as mais frequentes Avenidas Novas, com 23,3%, Torres Vedras, com 6,7%, Alcântara, com 5,0% e Alvalade, Arroios, Penha de França e Sintra com 4,2% cada, e ainda desconhecidas (10,8%).

Tabela 21.  
Profissão

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Acompanhante	1	,8	Gerente	1	,8
Administração Pública	1	,8	Geriatria	1	,8
Administrativo	1	,8	Gestor	1	,8
Agente de viagens	1	,8	Inspetor auto	1	,8
Analista programador	1	,8	Jurista	1	,8
Arquiteto	2	1,7	Maquilhadora	2	1,7
Artesanal	1	,8	Mecânico	14	11,7
Assistente social	1	,8	Montador	2	1,7
Assistente técnico	1	,8	Motorista	14	11,7
Atendente de mesa	1	,8	Músico	1	,8
Barbeiro	1	,8	Operador de armazém	1	,8
Call-center	1	,8	Operador de telemarketing	1	,8
Carpinteiro	3	2,5	Padeiro	1	,8
Carteiro	1	,8	Pedreiro	3	2,5
Comercial	4	3,3	Pintor	3	2,5
Cozinheiro(a)	4	3,3	Porteiro	1	,8
Desconhecida	10	8,3	Publicitário	1	,8
Distribuidor de encomendas	1	,8	Rececionista	1	,8
Editor de imagem	1	,8	Rent-a-car	1	,8
Eletrónico	1	,8	Restauração	1	,8
Empregada de limpeza	1	,8	Seguros comercial	1	,8
Empregado de balcão	1	,8	Serralheiro	3	2,5
Empregado de escritório	1	,8	Servente	1	,8
Empregado de mesa	2	1,7	Serviço social	1	,8
Engenheiro civil	3	2,5	Taxista	1	,8
Engenheiro industrial	1	,8	Técnico de audiovisuais	1	,8
Escriturário	1	,8	Técnico de eletrónica	1	,8
Estucador	2	1,7	Técnico de produção térmica	1	,8
Estudante	1	,8	Técnico de som	1	,8
Estudante/ trabalhador	1	,8	Técnico de Vidro	1	,8
Fisioterapia	1	,8	Vendedor	2	1,7
Funcionário público	1	,8	Total	120	100,0

Na amostra, observam-se as profissões listadas na tabela, sendo as mais frequentes mecânico e motorista com 11,7% cada.

Tabela 22.  
*Situação Profissional*

	Frequência	Percentagem
Empregado	58	48,3
Desempregado	49	40,8
Recluso	5	4,2
Reformado	7	5,8
Não especificada	1	,8
Total	120	100,0

Gráfico 17.  
*Frequências: Situação Profissional*



Na amostra, 48,3% são empregados, 40,8% estão desempregados, 5,8% são reformados, 4,2% são reclusos e 0,8% (um elemento) não especifica.

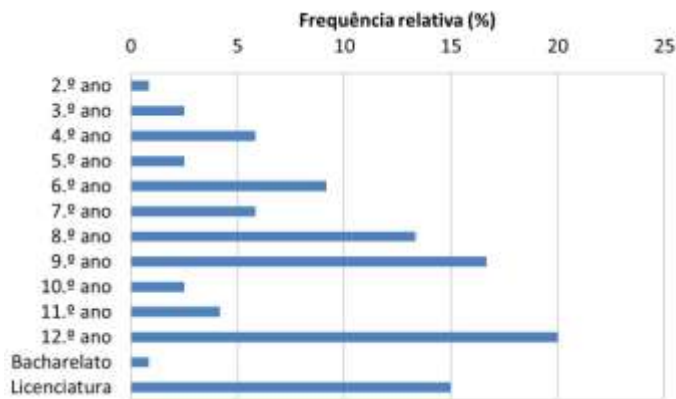
Tabela 23.  
*Frequências: Habilitações literárias*

	Frequência	Percentagem
2.º ano	1	,8
3.º ano	3	2,5
4.º ano	7	5,9
5.º ano	3	2,5
6.º ano	11	9,2
7.º ano	7	5,9
8.º ano	16	13,4
9.º ano	20	16,8
10.º ano	3	2,5
11.º ano	5	4,2
12.º ano	24	20,2
Bacharelato	1	,8
Licenciatura	18	15,1
Total	119	100,0

Verifica-se uma não resposta.

Gráfico 18.

*Frequências: Habilitações literárias*



Na amostra, 20,2% têm o 12.º ano, 16,8% têm o 9.º ano, 15,1% têm Licenciatura, 13,4% têm o 8.º ano, 9,2% têm o 6.º ano, 5,9% têm o 4.º ano e também 5,9% têm o 7.º ano, 4,2% têm o 11.º ano, o 3.º ano, 5.º ano e 10.º ano verificam-se para 2,5% cada, um elemento tem o 2.º ano e outro tem Bacharelato.

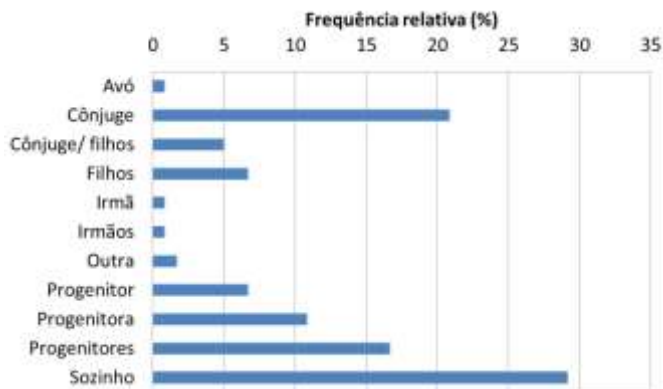
Tabela 24.

*Frequências: Agregado familiar*

	Frequência	Percentagem
Avó	1	,8
Cônjuge	25	20,8
Cônjuge/ filhos	6	5,0
Filhos	8	6,7
Irmã	1	,8
Irmãos	1	,8
Outra	2	1,7
Progenitor	8	6,7
Progenitora	13	10,8
Progenitores	20	16,7
Sozinho	35	29,2
Total	120	100,0

Gráfico 19.

*Frequências: Agregado familiar*



Na amostra, 29,2% vivem Sozinhos, 20,8% vivem com o Cônjuge, 16,7% vivem com Progenitores, 10,8% vivem com a Progenitora, 6,7% vivem com Filhos, também 6,7% vivem com o Progenitor, 5,0% vivem com o Cônjuge/ filhos, 1,7% apresentam Outra situação, e as situações Avó, Irmã e Irmãos verificam-se para um elemento cada.

## 6.8. Parte 8. Trajetória de Uso de Drogas

Tabela 25.

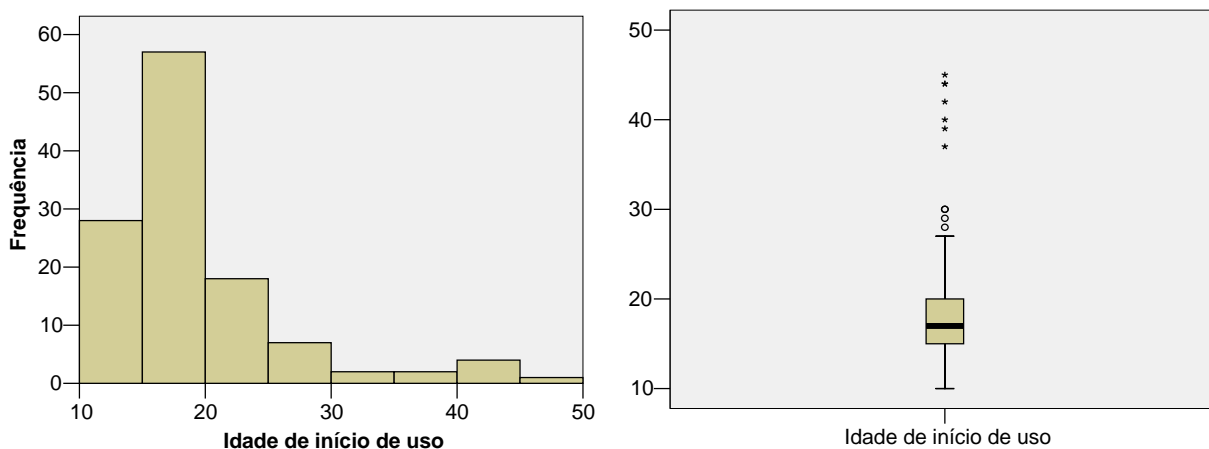
*Idade de início de uso*

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade de início de uso	120	18,67	7,07	38%	10	45

Na amostra, a idade de início de uso apresenta um valor médio de 18,7 anos, com uma dispersão de valores de 38%, sendo o valor mínimo de 10 anos e o máximo de 45 anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade de início de uso.

Gráfico 20.

*Histograma e Diagrama tipo caixa: Idade de início de uso*



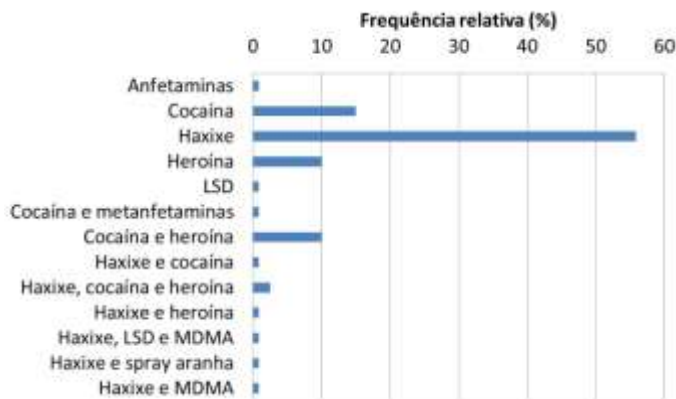
Pode observar-se que a distribuição de valores da idade de início de uso verificou-se principalmente entre 10 e 25 anos e que os valores superiores a 25 anos são *outliers*.

Tabela 26.

*Frequências: Primeira droga ilícita consumida (droga inicial)*

	Frequência	Porcentagem
Anfetaminas	1	,8
Cocaína	18	15,0
Haxixe	67	55,8
Heroína	12	10,0
LSD	1	,8
Cocaína e metanfetaminas	1	,8
Cocaína e heroína	12	10,0
Haxixe e cocaína	1	,8
Haxixe, cocaína e heroína	3	2,5
Haxixe e heroína	1	,8
Haxixe, LSD e MDMA	1	,8
Haxixe e spray aranha	1	,8
Haxixe e MDMA	1	,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 21.  
Frequências: Primeira droga ilícita consumida (droga inicial)



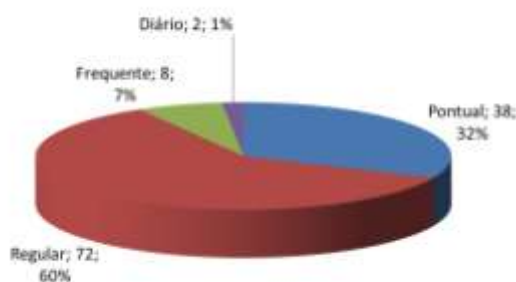
Na amostra, em 55,8% dos casos a primeira droga ilícita consumida (droga inicial) foi haxixe; em 15,0% dos casos foi cocaína; em 10,0% dos casos heroína; em 10,0% dos casos cocaína e heroína; em 2,5% dos casos foi Haxixe, cocaína e heroína e as drogas Anfetaminas, LSD, Cocaína e metanfetaminas, Haxixe e cocaína, Haxixe e heroína, Haxixe, LSD e MDMA, Haxixe e spray aranha, Haxixe e MDMA verificam-se para um caso cada.

Quanto à questão sobre a Quantidade média a resposta não foi especificada por nenhum elemento.

Tabela 27.  
Frequências: Frequência de consumo

	Frequência	Percentagem
Pontual	38	31,7
Regular	72	60,0
Frequente	8	6,7
Diário	2	1,7
Total	120	100,0

Gráfico 22.  
Frequência de consumo



Na amostra, relativamente à frequência de consumo, para 60,0% era regular, para 31,7% era pontual, para 6,7% era frequente e para 1,7% era Diário.

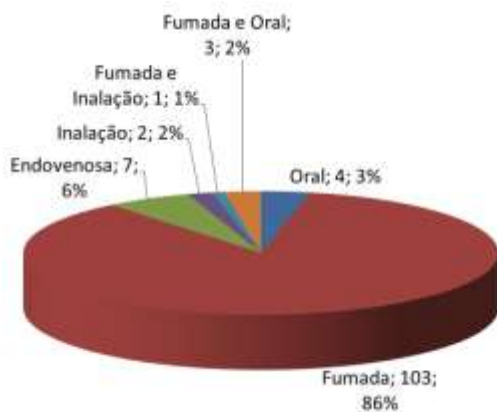
Tabela 28.

*Frequências: Via de utilização*

	Frequência	Percentagem
Oral	4	3,3
Fumada	103	85,8
Endovenosa	7	5,8
Inalação	2	1,7
Fumada e Inalação	1	,8
Fumada e Oral	3	2,5
Total	120	100,0

Gráfico 23.

*Frequências: Via de utilização*



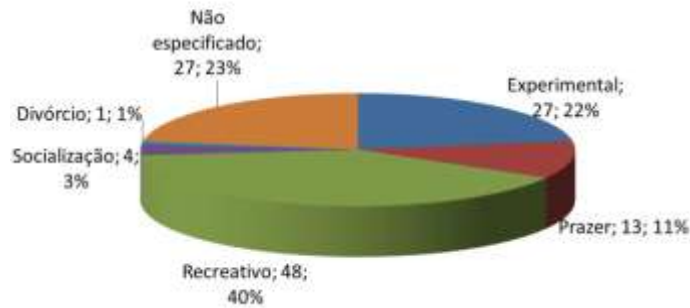
Na amostra, relativamente à via de utilização, para 85,8% era fumada, para 5,8% era endovenosa, para 3,3% era oral, para 2,5% era fumada e oral, para 1,7% era inalação e para 0,8% (um elemento) era fumada e inalação.

Tabela 29.

*Frequências: Motivos de início de uso*

	Frequência	Percentagem
Experimental	27	22,5
Prazer	13	10,8
Recreativo	48	40,0
Socialização	4	3,3
Divórcio	1	,8
Não especificado	27	22,5
Total	120	100,0

Gráfico 24.  
 Frequências: Motivos de início de uso



Na amostra, relativamente à motivos de início de uso, para 40,0% foi recreativo, para 22,5% foi experimental, para 10,8% foi prazer, para 3,3% foi socialização, para 0,8% (um elemento) foi divórcio e para 22,5% não foi especificado.

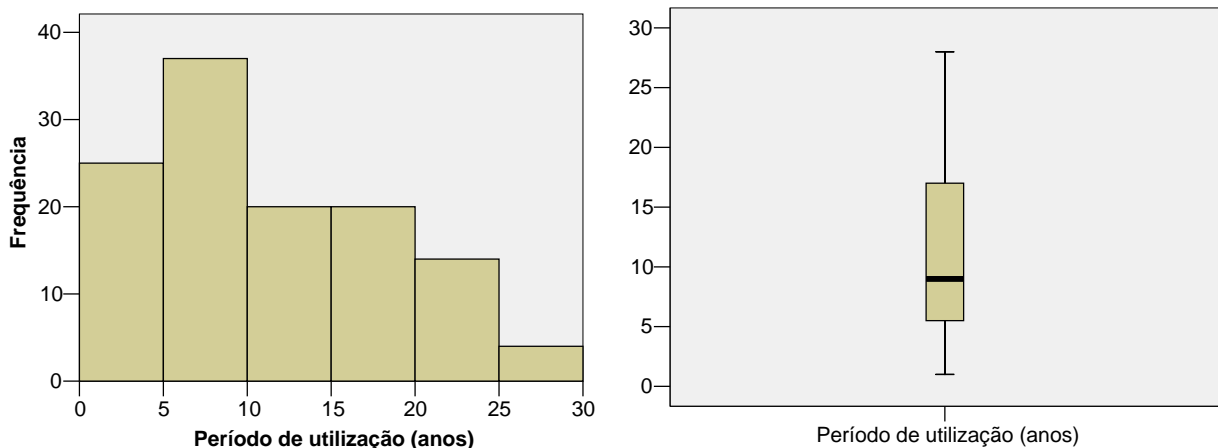
Tabela 30.  
 Período de utilização (anos)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Período de utilização (anos)	120	10,95	6,91	63%	1	28

Na amostra, o período de utilização apresenta um valor médio de 10,95 anos, com uma dispersão de valores de 63%, sendo o valor mínimo de 1 ano e o máximo de 28 anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores do período de utilização.

**Gráfico 25 - Período de utilização (anos)**

Histograma e Diagrama tipo caixa: Período de utilização (anos)

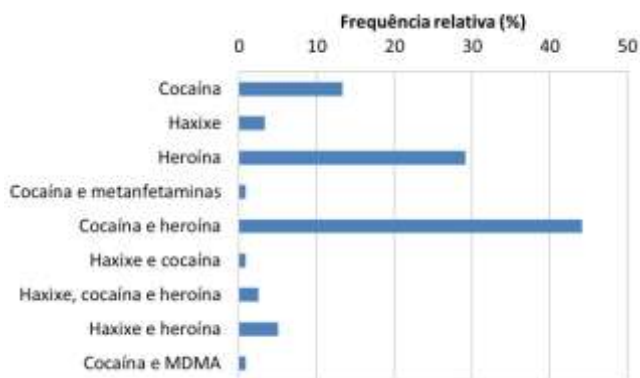


Pode observar-se que a distribuição de valores do período de utilização verifica-se principalmente entre 1 e 25 anos.

Tabela 31.  
Frequências: Substâncias atuais utilizadas

	Frequência	Porcentagem
Cocaína	16	13,3
Haxixe	4	3,3
Heroína	35	29,2
Cocaína e metanfetaminas	1	,8
Cocaína e heroína	53	44,2
Haxixe e cocaína	1	,8
Haxixe, cocaína e heroína	3	2,5
Haxixe e heroína	6	5,0
Cocaína e MDMA	1	,8
Total	120	100,0

Gráfico 26.  
Frequências: Substâncias atuais utilizadas



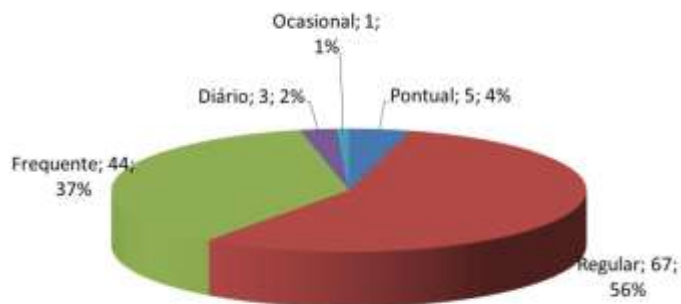
Na amostra, em 44,2% dos casos as substâncias atuais utilizadas são cocaína e heroína, em 29,2% dos casos é heroína, em 13,3% dos casos é cocaína, em 5,0% dos casos é haxixe e heroína, em 3,3% dos casos é haxixe, em 2,5% dos casos é haxixe, cocaína e heroína, as drogas cocaína e metanfetaminas, haxixe e cocaína, cocaína e MDMA verificam-se para um caso cada.

Quanto à questão sobre a quantidade média a resposta não foi especificada por nenhum elemento.

Tabela 32.  
Frequência de consumo

	Frequência	Porcentagem
Pontual	5	4,2
Regular	67	55,8
Frequente	44	36,7
Diário	3	2,5
Ocasional	1	,8
Total	120	100,0

Gráfico 27.  
*Frequência de consumo*

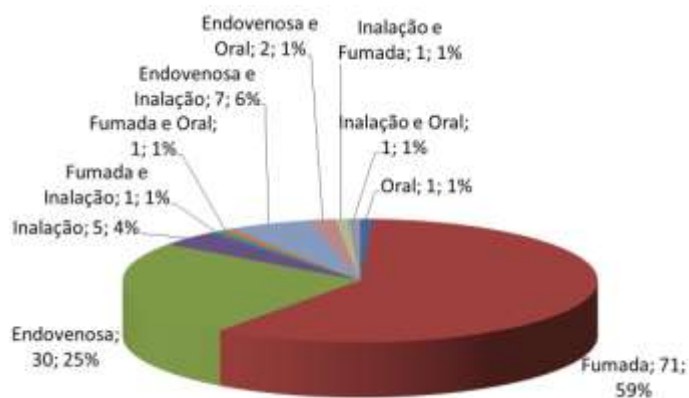


Na amostra, relativamente à frequência de consumo, para 67,0% é regular, para 36,7% é frequente, para 4,2% é pontual, para 2,5% é diário e para 0,8% (um elemento) é ocasional.

Tabela 33.  
*Frequências: Via de utilização*

	Frequência	Porcentagem
Oral	1	,8
Fumada	71	59,2
Endovenosa	30	25,0
Inalação	5	4,2
Fumada e Inalação	1	,8
Fumada e Oral	1	,8
Endovenosa e Inalação	7	5,8
Endovenosa e Oral	2	1,7
Inalação e Fumada	1	,8
Inalação e Oral	1	,8
Total	120	100,0

Gráfico 28.  
*Frequências: Via de utilização*



Na amostra, relativamente à via de utilização, para 59,2% é fumada, para 25,0% é endovenosa, para 5,8% é endovenosa e inalação, para 4,2% é inalação, para 1,7% é endovenosa e

Oral, as situações oral, fumada e inalação, fumada e oral, inalação e fumada, inalação e oral verificam-se para um elemento cada.

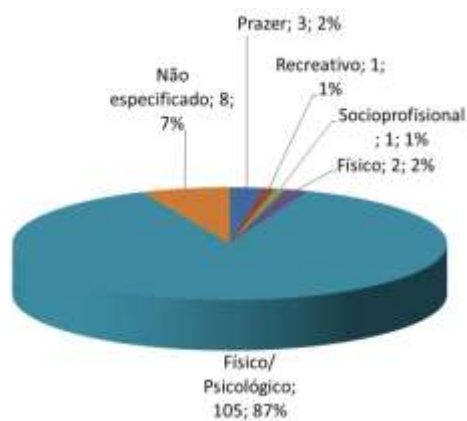
Tabela 34.

*Frequências: Motivos de início de uso*

	Frequência	Percentagem
Prazer	3	2,5
Recreativo	1	,8
Socioprofissional	1	,8
Físico	2	1,7
Físico/ Psicológico	105	87,5
Não especificado	8	6,7
Total	120	100,0

Gráfico 29.

*Frequências: Motivos de início de uso*



Na amostra, relativamente aos motivos de início de uso, para 87,5% é físico/ psicológico, para 6,7% é não especificado, para 2,5% é prazer, para 1,7% é físico, e os motivos recreativo e socioprofissional verificam-se para um elemento cada.

Tabela 35.

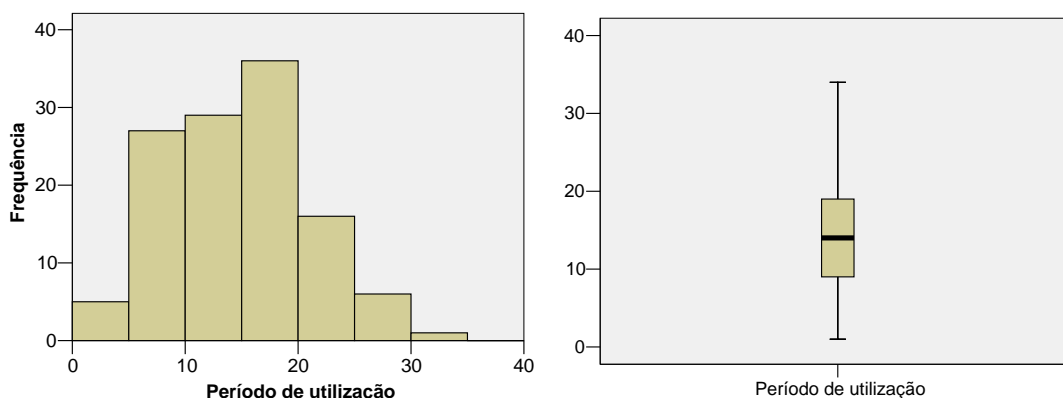
*Período de utilização*

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Período de utilização	120	14,18	6,52	46%	1	34

Na amostra, o período de utilização apresenta um valor médio de 14,18 anos, com uma dispersão de valores de 46%, sendo o valor mínimo de 1 ano e o máximo de 34 anos. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores do período de utilização.

Gráfico 30 . Período de utilização

*Histograma e Diagrama tipo caixa: Período de utilização*



Pode observar-se que a distribuição de valores do período de utilização verifica-se principalmente entre 5 e 25 anos.

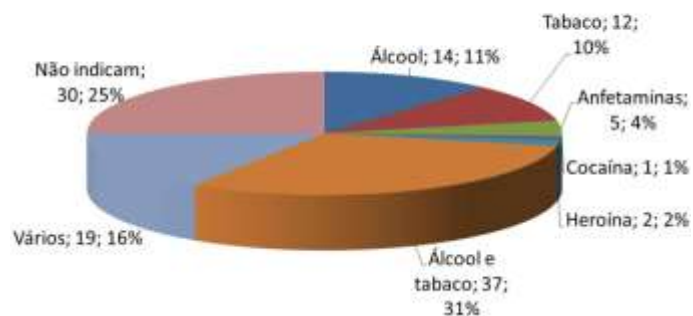
Tabela 36.

*Outras drogas utilizadas anteriormente*

	Frequência	Percentagem
Álcool	14	11,7
Tabaco	12	10,0
Anfetaminas	5	4,2
Cocaína	1	,8
Heroína	2	1,7
Álcool e tabaco	37	30,8
Vários	19	15,8
Não indicam	30	25,0
Total	120	100,0

Gráfico 31.

*Frequências: Outras drogas utilizadas anteriormente*



Na amostra, relativamente a outras drogas utilizadas anteriormente, verificam-se 30 elementos (25,0%) que não indicam nenhuma, 30,8% referem álcool e tabaco, 11,7% referem

álcool, 10,0% referem tabaco, 4,2% referem anfetaminas, 1,7% referem heroína, 0,8% (um elemento) refere cocaína e 15,8% referem várias, que são especificados na tabela seguinte.

Tabela 37.

*Outras drogas utilizadas anteriormente: várias*

	Frequência	Percentagem
álcool, tabaco, alucinogénios	1	,8
álcool, tabaco, alucinogénios, anfetaminas	1	,8
álcool, tabaco, alucinogénios, MDMA	1	,8
álcool, tabaco, alucinogénios, MDMA, poppers	1	,8
álcool, tabaco, anfetaminas	2	1,7
álcool, tabaco, anfetaminas, benzodiazepinas	1	,8
álcool, tabaco, anfetaminas, cocaína	1	,8
álcool, tabaco, anfetaminas, LSD	1	,8
álcool, tabaco, anfetaminas, poppers	1	,8
álcool, tabaco, ansiolíticos	1	,8
álcool, tabaco, benzodiazepinas	1	,8
álcool, tabaco, cannabis	1	,8
álcool, tabaco, cocaína, alucinogénios, MDMA	1	,8
álcool, tabaco, heroína, alucinogénios, ansiolíticos	1	,8
álcool, tabaco, LSD, cogumelos, speed, dmt, ketamina	1	,8
álcool, tabaco, cocaína	1	,8
álcool, tabaco, cocaína, MDMA, ansiolíticos	1	,8
tabaco, opiáceos não prescritos	1	,8
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>15,8</b>

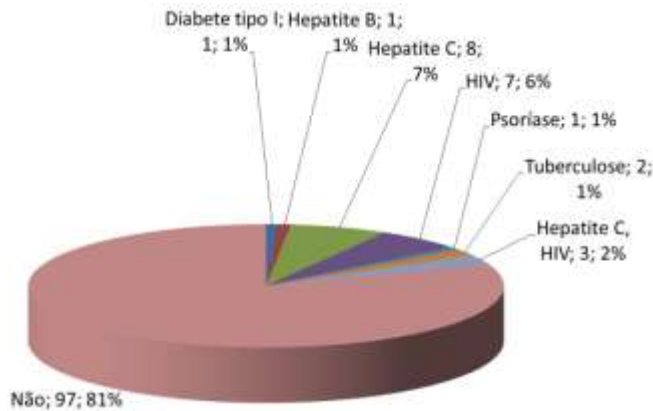
## 6.9. Parte 9. Situação de saúde

Tabela 38.

*Frequências: Doença infecciosa*

	Frequência	Percentagem
Diabete tipo I	1	,8
Hepatite B	1	,8
Hepatite C	8	6,7
HIV	7	5,8
Psoríase	1	,8
Tuberculose	2	1,7
Hepatite C, HIV	3	2,5
Não	97	80,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Gráfico 32.  
*Frequências: Doença infecciosa*

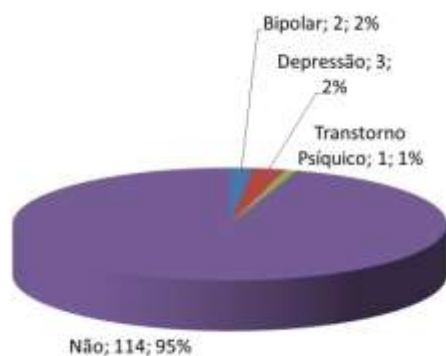


Na amostra, 80,8% dos elementos não têm doença infecciosa, 6,7% têm hepatite c, 5,8% têm HIV, 2,5% têm hepatite c e HIV, 1,7% têm tuberculose, e as doenças diabetes tipo i, hepatite b e psoríase verificam-se para um caso cada.

Tabela 39.  
*Outras situações de saúde mental*

	Frequência	Porcentagem
Bipolar	2	1,7
Depressão	3	2,5
Transtorno Psíquico	1	,8
Não	114	95,0
Total	120	100,0

Gráfico 33.  
*Outras situações de saúde*



Na amostra, 95,0% dos elementos não apresentaram outras situações de saúde. Em contrapartida observaram-se 2,5% de casos de depressão, 1,7% com transtorno bipolar e transtorno psíquico verificou-se para um caso.

## 7. Discussão e Conclusão

De acordo com a United Nations Office on Drugs and Crime (2017), estima-se que mais de 93 milhões de pessoas, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, já tenham experimentado drogas ilícitas durante as suas vidas. Em termos globais, as notificações de infrações relacionadas com a oferta de droga aumentaram 18 % desde 2006, com uma estimativa de mais de 214 000 casos em 2015. A canábis representou a maioria das infrações por oferta de droga (57 %). Registou-se um aumento acentuado de notificações de infrações por oferta de MDMA desde 2013. Estima-se que, em termos globais, na Europa, tenham sido notificadas, em 2015, mais de 1 milhão de infrações relacionadas com o consumo ou a posse, um aumento de 27 % face a 2006. Das infrações relacionadas com posse de droga, cerca de três quartos envolvem a canábis (74 %). As infrações por posse de anfetaminas e MDMA continuaram a sua tendência para aumentar (Balsa, Urbano e Pascueiro, 2008).

O presente estudo teve como objetivo fazer uma análise descritiva das características dos indivíduos classificados como toxicodependentes e indiciados junto à CDT de Lisboa e a sua respetiva trajetória de uso de substâncias ilícitas.

A amostra foi constituída, predominantemente, por indivíduos do sexo masculino (85, 8%), com uma média de idades de 41,5 anos, o que está de acordo com os resultados encontrados por outros autores em populações toxicodependentes (Marques Teixeira, J. 2003; Negreiros, J., 2006 e UNODOC, 2017).

Em Portugal, dados apresentados no III e IV Inquérito Nacional de Consumo de Substâncias Psicoativas na população Geral Portuguesa 2016/17, demonstraram que independentemente da substância psicoativa considerada, as prevalências de consumo entre a população geral encontravam-se superiores entre os inquiridos do sexo masculino. O estudo enfatizou ainda que, as diferenças entre homens e mulheres são particularmente evidentes nos consumos que independe da temporalidade considerada.

De salientar, o marcado predomínio de indivíduos solteiros (72,5%), resultados similares foram obtidos por Godinho, Marques, Gonçalves e Dos Vultos (2007). A maioria dos indiciados é de nacionalidade portuguesa (93,3%), foi encontrado a presença de indiciados oriundos de outros países, que apesar da fraca prevalência, não invalida a possibilidade de o mesmo ser significativo na população geral da CDT de Lisboa. Em relação a naturalidade, a Avenidas Novas é a freguesia com maior número de indiciados (23,3%).

o consumo de haxixe é extremamente frequente (55,8%), que justifica a percentagem da via de utilização fumada (85,8 %). A população estuda apresentou um valor médio de idade de início de 18,7 anos, consumo regular de 60% dos casos e longos períodos de uso de substâncias ilícitas (10,95 anos), indo de encontro com os resultados apresentados por (Balsa, Vital e Urbano, 2014; 2018).

Em relação as substâncias atualmente utilizadas (data em que o sujeito foi abordado pelas forças de segurança) a cocaína e heroína foram as substância mais utilizadas em 44,2% dos casos, sendo semelhantes aos resultados encontrados por (Negreiros, J. 2006, Negreiros e Magalhães, 2009), o que nos remete a existência do policonsumo definido por Gonzalez, (2012) como o consumo consuetudinário de mais de uma substância de maneira simultânea ou alternada). Entre os motivos de início, o uso recreativo foi o mais significativo em (40%).

A população estudada, apresentou regularidade de uso de substâncias ilícitas em 57% e motivos de recreação em 40% e no uso atual as motivações para o uso foram as necessidades físicas e psicológicas em 87% resultados similares apresentados pelos Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD, 2016).

A prevalências por infeção pelo VIH e hepatite C também foram observada (2,5% e 5,8%) na população rastreada, não superiores às encontradas recentemente em populações com características semelhantes (Marques Teixeira, J. 2003; Negreiros, J. 2006). O que pode ser justificado pelo recorte populacional.

No tocante a situação profissional, 48,3% dos casos encontravam-se empregados. Apesar da percentagem, no presente estudo obtiveram-se resultados que abordam questões ligadas as relações entre o uso de substâncias psicoativas por indivíduos com vínculo laboral. Como os referido por Junior, Schlindwein e Calheiros (2015), as razões que levam ao consumo de drogas no local de trabalho podem estar relacionadas com o trabalho ou serem de ordem social/pessoal podendo tratar-se de ambos. Os mesmos autores referem ainda que: o consumo substâncias psicoativas é, muitas vezes, uma forma de lidar com situações de desconforto ou problema. Entre as razões mais comuns estão as condições de trabalho duras ou desconfortáveis, baixa satisfação no trabalho, horários de trabalho irregulares, baixo apoio social da parte dos colegas e dos superiores, assédio psicológico e stress. Entre as razões sociais/pessoais incluem se uma tolerância social elevada em relação ao consumo de drogas, padrões culturais mais «propensos» ao consumo, acesso “fácil” a estas substâncias, certos tipos de personalidade e uma história familiar de abuso de álcool.

Sabendo que, a CDT de Lisboa se caracteriza como uma instituição relevante para possíveis parcerias para realização de estágios de mestrados em psicologia forense e áreas afins. Recomenda-se ainda, pesquisas de *fórum* qualitativo dentro da mesma instituição para que variáveis como motivações para o uso de SPA, quantidade média de substâncias usadas sejam especificadas com detalhes significativos, o que possibilita uma intervenção eficaz principalmente no que concerne as políticas de redução de danos. Incentiva-se análises de possíveis correlações entre as variáveis descritas no presente estudo como por exemplo de que maneira o agregado familiar atua como fator de risco ou de proteção para o uso de drogas ilícitas.

O presente estudo procurou analisar de maneira específica, informações sobre os consumidores classificados como toxicodependentes e indiciados junto a CDT de Lisboa e sua respetiva trajetória de uso de substâncias ilícitas, o que poderá contribuir para a realização de outras pesquisas direcionadas a uma caracterização mais aprofundada dentro da população geral da mesma instituição, avaliando as variáveis propostas no presente estudo, e bem como a relação com diferentes tipos de comportamentos e necessidades específicas apresentadas por essa população. Sendo que, a presente proposta surge em função da compreensão do recorte populacional como uma das limitações desta pesquisa. Propõe-se igualmente, um estudo de análise em relação aos meses de Agosto e setembro por terem apresentado maior prevalência de indiciados, o que poderá contribuir para compreensão das motivações de uso nessa estação.

Atendendo às características da população, esperávamos o uso de substâncias ilícitas maioritariamente indivíduos do sexo masculino; uma trajetória de uso precoce de substâncias ilícitas entre os indiciados atendidos na CDT de Lisboa; o haxixe como a substância psicoativa usada com maior frequência para o início da trajetória de uso de drogas ilícitas e início a de uso por motivos recreativos. Neste sentido consideramos que as hipóteses propostas no presente estudo foram confirmadas.

Destaca-se, através do presente estudo, que a CDT de Lisboa tem desempenhado a função primordial para a que foi instituída pela lei 2001 (promover a dissuasão) de acordo com a gramática de intervenção juspsicológica, consistindo esta na busca do sujeito-ator dos consumos por dentro de cada ato indiciado, desta maneira impulsionando as possibilidades de mudança ou, de consumo menos problemáticos.

## 8. Referências

- Antunes, A. (2003). A intervenção social de proximidade e a toxicodependência ou como o cuco põe os ovos nos nichos dos outros. *Toxicodependências*, 9, 85-88.
- Avilés, C. (2014). El regimes internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción com las políticas nacionales- El caso de la política de drogas en España. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Balsa, C., Vital C., Urbano C., & Pascueiro, L. (2008). Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2007. Coleção Estudos Universidades. Lisboa: Edição Instituto da Droga e Toxicodependência, IP.
- Balsa, C., Vital C., & Urbano C. (2014). Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Balsa, C., Vital C., Urbano C. (2018). Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/2017. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Becker, H. (1963/2009). *Outsiders – Estudos de Sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.
- Coelho, M. F. (2010). Processos Identitários e Delinquência dos Jovens em contexto de exclusão: desvalorização pessoal, privação relativa, e perceções de injustiça, Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Da Agra, C. (2002). *Entre Droga e Crime*. 2.<sup>a</sup> Edição. Lisboa, Editorial Notícias.
- Da Agra, C. & Matos, A. P. (1997). *Trajetórias desviantes*. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Da Silveira, X. D & Doering-Silveira, B.E. (2017). Substâncias psicoativas e seus efeitos: eixo políticas e fundamentos: Brasília.
- Fiori, M. (2013). Uso de drogas: Substâncias, sujeitos e eventos. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Garcia, F. D. (2014). Manual de abordagem de dependências químicas: Conceito de drogas e seus padrões de uso. Belo Horizonte. Utopika Editorial.

- Gerhardt, T.E. & Silveira, D. T. (2009). Métodos de pesquisa Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- Giddens, A. (2001). *Sociologia*. 5ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godinho, J., Marques, R., Gonçalves, N. & Dos Vultos, J. (2007). Avaliação de uma população a residir num centro de acolhimento, e integrada em programa de manutenção com metadona. *Toxicodependências*, 13 (1): 3-10.
- Gonzalez, B. (2012). Policonsumo de substâncias psicoativas. Espolea, México. En línea: acesso em: <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-policonsumo.pdf>
- Guimarães, R. C., & Sarsfield, C. J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*. Cato Institute: Washington.
- Hirchi, T. (2009), Causes of delinquency; United States of America, Transaction.
- Junior, I. J. F, Schindwein, V. L.C., & Calheiros, P.R.V., (2015). A relação entre o uso de drogas e o trabalho: uma revisão de literatura PSI. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*. 16 (1).
- Marques Teixeira, J. (2003). “Comorbilidade infecciosa e psiquiátrica em toxicodependentes de carreira:Um estudo empírico a partir do programa Porto Feliz”. *Saúde Mental*, 5 (4): 9-21.
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições Report Number.
- Martins, L. (1984). *Droga: Prevalência e tratamento-combate ao tráfico*. Coimbra: Livraria-Almedina.
- Negreiros, J. (2006). “Comportamentos de risco de infeção pelo VIH em consumidores de heroína injetada: Impacto da duração dos consumos e da seropositividade”. *Toxicodependências*, 12 (2): 3-10.
- Negreiros, J. (2008); *Delinquências Juvenis – Trajetórias, intervenção e prevenção*, Porto, Livpsic;
- Negreiros, J., & Magalhães, A. (2009). Estimativa da prevalência de estimativa de consumidores problemáticos de drogas. *Toxicodependências*, 15 (1): 19-32.
- OEDT (2007). *Relatório Anual: a evolução do fenómeno droga na Europa* [em linha].
- Oliveira, M. (2000). Entrevista motivacional. In J. A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico-V* (pp. 88-95). Porto Alegre: Artmed.
- Olievenstein, C. (1987). *La clinique dutoxicomane*. Bagedis: Universitaires.

- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.ª Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.
- Pimenta, M., Reis, C., & Silveira, C. (1987). O laboratório de toxicologia no combate à droga: da profilaxia ao controlo da desintoxicação. In Academia das Ciências de Lisboa (Ed.), *Colóquio sobre a "Problemática da droga em Portugal"*, (pp.202-211). Atas. Lisboa.
- Poiars, C. A. (1998). As drogas ilícitas: Consumo, Incriminação e Desculpabilização. *Toxicoddependências*, Ano4, n.º3, Lisboa: Edição SPTT, pp.57-66.
- Poiars, C. A., (1999). Contribuição para uma análise da droga. *Toxicoddependências*. Ano5, n.º1, Lisboa: Edição SPTT, pp. 3-12.
- Poiars, C. (2001). Da Justiça à Psicologia: razões & trajetória. A intervenção juspsicológica. *Sub Judice 22/23- Psicologia e Justiça: razões e trajetos*. Coimbra: DocJuris, 25-35.
- Poiars, C. (2002). A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica. *Toxicoddependências*, 8, 29-36.
- Poiars, C. (2003). Droga: deambulação em torno da investigação científica. *Toxicoddependências*, 9, 75-86.
- Poiars, C. (2018). A construção de trajetórias desviantes: as malhas que os dispositivos e a sociedade tecem. In I. R. Pinto & J.M. Marques (Orgs): *Olhares sobre desvio e crime*. Porto: Legis editora. Pp 11-17.
- Quintas, J. (2006). *Regulação Legal do consumo de drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Faculdade de Direito - Escola de Criminologia.
- Quintas, J. (2011). *Regulação Legal do Consumo de Drogas: Impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Santos, M. (2004). Contributos para uma análise da experiência descriminalizadora do consumo de drogas. *Toxicoddependências*, 10 (1), 37-42.
- Silveira, D. X., & Moreira, F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.
- Sommer, M. (2004). *Carreira de Saída da Toxicoddependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: Relatório Anual 2016- A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: SICAD.

Tinoco, R. (2000). Vivências de si na toxicodependência. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Comportamento Desviante não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

WHO & UNODC (2008). Principles of Drug Dependence Treatment. *Discussion Paper*.

### **8.1 Material Legislativo**

Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro. *Diário da República* n.º18 – Série I A. Ministério da Justiça: Lisboa.

Decreto-Lei nº130-A/2001, de 23 de Abril.

Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro. *Diário da República* n.º 276 – Série I A. Ministério da Justiça: Lisboa.