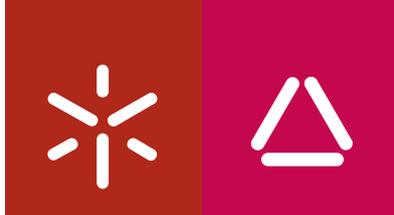


**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Mara Fernandes da Silva

**Consumo de drogas: O impacto da  
informação e do modelo de  
regulamentação nos comportamentos**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Ciências Sociais

Mara Fernandes da Silva

**Consumo de drogas: O impacto da  
informação e do modelo de  
regulamentação nos comportamentos**

Dissertação de mestrado em Sociologia  
Área de Especialização em Saúde e Sociedade

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Alice Maria Delerue Alvim de Matos**

Outubro de 2011

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

Universidade do Minho, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Agradecimentos

Ao Miguel, por tudo.

À Professora Doutora Alice Maria Delerue Matos, pela óptima orientação, pelo incentivo e espírito positivo.

Ao Professor Doutor Jorge Quintas e ao Professor Luís Fernandes pelo tempo concedido na realização das entrevistas exploratórias.

Às pessoas que utilizam drogas e que contribuíram com os seus relatos e experiências para esta investigação.

Às estruturas de Redução de Riscos e Minimização de Danos que colaboraram na aproximação à população alvo, nomeadamente:

- “Linhas e Rabiscos”, Gabinete de Atendimento à Família, Viana do Castelo;
- “Estrada com Horizontes”, Gabinete de Atendimento à Família, Viana do Castelo;
- “S.M.A.C.T.E.”, Centro Social de Paramos;
- “Girugaia”, Agência Piaget para o Desenvolvimento, Vila Nova de Gaia;

E ainda:

- “Oficina de Reinserção do saber e Ser”, Cruz Vermelha, Barcelos.



**Título:** Consumo de drogas: O impacto da informação e do modelo de regulamentação nos comportamentos

## **Resumo**

O consumo de drogas corresponde a um fenómeno imbuído de aspectos culturais, sociais, de saúde individual e colectiva. O dilema legalizar ou criminalizar marcou o último século e Portugal optou por descriminalizar o consumo de todas as drogas a partir do ano 2000, apostando em áreas de intervenção social como a Prevenção dos consumos, o Tratamento ou a Redução de Riscos e Minimização de Danos (R.R.M.D.). Informar as pessoas acerca de como reduzir os riscos e os danos associados aos consumos tem sido o grande objectivo da R.R.M.D. que trabalha essencialmente com consumidores numa lógica de pequenos patamares, que não passam necessariamente pela abstenção. Mas será que a informação transmitida tem contribuído para a diminuição dos comportamentos de risco? E quais as representações sociais que os consumidores têm acerca do modelo de legislação português relativo ao consumo de drogas? Através da realização de entrevistas semi-estruturadas (N=19) e questionários (N=71) a consumidores de drogas, foi possível constatar que (1) a informação transmitida no âmbito da R.R.M.D. tem efectivamente algum impacto na alteração dos comportamentos e que (2) a maioria das pessoas observadas considera ser crime consumir drogas, com excepção, nalguns casos, para as drogas consideradas “mais leves”, como os cannabinoídes.

**Palavras-chave:** Consumo de drogas; lei; comportamentos de risco; representações sociais

**Title:** Drug use: The impact of information and legislation model on behaviour

## **Abstract**

Drug's abuse represents a cultural, social, individual and collective health phenomenon. The dilemma between legalizing or criminalizing drugs marked the last century and Portugal opted to decriminalize the consumption of all drugs since 2000, focusing on areas of social intervention as consumption Prevention, Treatment and Risk and Harm's Reduction (R.H.R.). Informing people about how to reduce the risks and harm associated with consumption has been the major objective of R.H.R., who works primarily with consumers in a short logic level, by not necessarily requesting client's to abstain from their consumptions. But, has the information transmitted been making a contribution for the risk behaviour's reduction? And what are the social representations that consumers have about the legislation model on the Portuguese drug use. By conducting semi-structured interviews (N = 19) and questionnaires (N = 71) to drug users, we note that the (1) information transmitted within the R.H.R. does have an impact on behavioural change and (2) that most people consider drug use to be a crime, with some exception for drugs considered as "softer" like cannabinoids.

**Keywords:** Drug abuse, law, risk behaviours, social representations

# Índice de matérias

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>iii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de matérias</b> .....	<b>vii</b>
<b>Índice de figuras, gráficos e quadros</b> .....	<b>x</b>
<b>Lista de siglas</b> .....	<b>xii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I – DA TEORIA...</b> .....	<b>5</b>
<b>Capítulo 1. - O consumo de drogas</b> .....	<b>5</b>
1.1. Contextualização histórica e social do consumo de drogas.....	6
1.2. Noção de droga .....	10
1.2.1. Tipos de drogas .....	13
1.3. Consumo de drogas e Toxicodependência .....	19
1.4. Epidemiologia dos consumos.....	22
1.5. Perfis de consumidores.....	24
<b>Capítulo 2. – Contributos teóricos</b> .....	<b>27</b>
2.1. A Sociologia e o Consumo de Drogas .....	28
2.2. Desvio, estigma e exclusão social.....	28
2.3. A interação social, o jogo simbólico e o actor social .....	32
2.5. As Representações Sociais .....	35
2.5.1 Representações sociais, lei e drogas.....	37
2.6. Comportamentos de risco e saúde .....	39
<b>Capítulo 3. – A lei portuguesa</b> .....	<b>43</b>
3.1. A lei 30/2000 – A descriminalização do consumo.....	44
3.2. Áreas de intervenção .....	47
3.2.1. A Dissuasão .....	47
3.2.2. A Prevenção.....	49
3.2.3. O Tratamento .....	50
3.2.4. A Reinserção.....	53
3.2.5. A Redução Riscos e a Minimização de Danos .....	54
<b>II – À PRÁTICA</b> .....	<b>61</b>

<b>Capítulo 4. – Percurso metodológico.....</b>	<b>61</b>
4.1. Problemática e objectivos.....	62
4.2. Tipo de investigação.....	64
4.3. Participantes.....	67
4.4. Instrumentos utilizados.....	68
4.4.1. A entrevista semi-estruturada e o questionário .....	69
4.5. Procedimentos .....	71
4.5.1. Primeira etapa .....	71
4.5.2. Segunda etapa.....	74
4.5.3. Terceira etapa .....	77
<b>Capítulo 5. – Apresentação e discussão dos dados .....</b>	<b>79</b>
5.1. Caracterização sócio-demográfica .....	80
5.1.1. Consumidores dependentes .....	80
5.1.2. Consumidores recreativos.....	93
5.2. Noção de droga .....	93
5.2.1. A droga e o consumo de drogas.....	94
5.2.2. Tipos de drogas .....	95
5.2.3. Principais efeitos das drogas.....	98
5.2.4. Drogas mais consumidas actualmente.....	100
5.3. Informação e comportamentos de risco.....	101
5.3.1. Principais agentes informativos .....	102
5.3.2. Conhecimento da Redução de Riscos e Minimização de Danos .....	104
5.3.3. Avaliação da Redução de Riscos e Minimização de Danos .....	105
5.3.4. Alteração de comportamentos .....	108
5.3.5. Factores facilitadores da experimentação de drogas .....	113
5.3.6. Factores facilitadores de paragens de consumo de drogas .....	117
5.3.7. Consequências do consumo de drogas .....	122
5.3.8. Receios .....	124
5.4. Representações e lei .....	126
5.4.1. Representações sociais acerca do modelo de regulamentação português.....	127
5.4.2. Avaliação e sugestões .....	134
5.4.3. Regime legal e impacto nos comportamentos.....	136
5.4.4. Conhecimento dos serviços.....	138
5.4.5. Violência policial.....	140

<b>Conclusões .....</b>	<b>143</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
Anexo I – Guião de entrevista semi-estruturada (investigadores) .....	160
Anexo II - Guião de entrevista semi-estruturada (utilizadores de drogas) .....	163
Anexo III – Questionário.....	167

## Índice de figuras, gráficos e quadros

Figura 1: Evolução da regulamentação do consumo de drogas.....	45
Figura 2: Modelo de análise .....	64
Gráfico 1: Idade dos utilizadores de drogas problemáticos .....	81
Gráfico 2: Sexo dos utilizadores de drogas problemáticos .....	83
Gráfico 3: Escolaridade dos utilizadores de drogas problemáticos .....	84
Gráfico 4: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos .....	86
Gráfico 5: Estado civil dos utilizadores de drogas problemáticos.....	90
Gráfico 6: Concelho de residência dos utilizadores de drogas problemáticos .....	92
Quadro 1: Idades dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	80
Quadro 2: Sexo dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	82
Quadro 3: Escolaridade dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	84
Quadro 4: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	86
Quadro 5: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	88
Quadro 6: Estado civil dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	89
Quadro 7: Residência dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	91
Quadro 8: Visão da problemática da droga e do consumo de drogas pelos utilizadores dependentes entrevistados.....	94
Quadro 9: Tipos de drogas mais conhecidas pelos utilizadores dependentes entrevistados.....	96
Quadro 10: Efeitos das principais drogas segundo a opinião dos utilizadores dependentes entrevistados (N=19).....	98
Quadro 11: Droga mais consumida actualmente, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	100
Quadro 12: Principais agentes de informação, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	102
Quadro 13: Conhecimento da R.R.M.D. por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	104

Quadro 14: Relação entre o conhecimento da R.R.M.D. e o conhecimento de serviços existentes, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	105
Quadro 15: Avaliação da R.R.M.D. por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	106
Quadro 16: Alteração de comportamentos por acesso a informação, segundo a opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados.....	108
Quadro 17: Exemplos de alteração de comportamentos por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	109
Quadro 18: Relação entre a alteração de comportamentos e o tempo de conhecimento do trabalho das Equipas de Rua (R.R.M.D.), por técnica de recolha de dados.....	111
Quadro 19: Factores que facilitaram a experimentação de drogas, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados .....	114
Quadro 20: Realização de paragens aos consumos feitas pelos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	118
Quadro 21: Motivos de realização de paragem dos consumos, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	119
Quadro 22: Consequências do uso de drogas expressadas pelos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	122
Quadro 23: Receios expressados pelos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	125
Quadro 24: Representações acerca da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados ....	127
Quadro 25: Relação entre o factor idade e o tipo de representação da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	130
Quadro 26: Relação entre o factor escolaridade e o tipo de representação da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados.....	131
Quadro 27: Relação entre o factor tempo de conhecimento da R.R.M.D. e o tipo de representação da lei portuguesa sobre consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .....	132
Quadro 28: Avaliação/sugestões à lei, realizadas pelos consumidores de drogas problemáticos entrevistados.....	134
Quadro 29: Impacto da (I)legalidade do consumo de drogas nos comportamentos, segundo os utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .	137
Quadro 30: Impacto da (I)legalidade do consumo de drogas nos comportamentos, segundo os utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados .	139
Quadro 31: Exercício de violência policial segundo os consumidores de drogas problemáticos entrevistados.....	140

## Lista de siglas

Art. - Artigo

C.A.T. – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

C.D.T. – Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

C.R.I. – Centro de Respostas Integradas

E.M.C.D.D.A. – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* / O.E.D.T. -

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

E.U.A. – Estados Unidos da América

E.S.P.A.D. – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*

Ex. - Exemplo

I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência

L.S.D- Dietilamida de ácido lisérgico

M.D.M.A. - Metilendioximetanfetamina

N.º - Número

O.N.U. – Organização das Nações Unidas

P.S.O.B.L- Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência (programa de Redução de Riscos e Minimização de Danos)

S.I.D.A. – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

S.N.C. – Sistema Nervoso Central

S.P.A. – Substância Psicoactiva

S.P.S.S. – *Statistical Package for the Social Sciences*

T.H.C. - Tetraidrocanabinol

U.E. – União Europeia

U.N.O.D.C. – *United Nations Office on Drugs and Crime*

V.I.H. - Vírus da Imunodeficiência Humana

W.H.O. – *World Health Organization* / O.M.S. – Organização Mundial de Saúde

## Introdução

O consumo de drogas foi a problemática eleita para a realização de uma investigação na área da Sociologia da saúde, no âmbito do Mestrado em Sociologia da Universidade do Minho, área de especialização Saúde e Sociedade. Os motivos desta escolha prendem-se com a sua pertinência social e com motivações profissionais e afectivas da investigadora discente. O trabalho desenvolvido há mais de seis anos num projecto de Redução de Riscos e Minimização de Danos (R.R.M.D.) com pessoas que utilizam substâncias psicoactivas, de forma problemática ou recreativa, em Viana do Castelo permitiu uma profunda reflexão sobre algumas observações informais, bem como o seu questionamento científico.

A R.R.M.D. é uma área de intervenção de cariz sanitário e social que procura reduzir os danos associados ao consumo de drogas, que não se cingem meramente ao nível da saúde mas também ao nível social e económico, quer para os indivíduos quer para as sociedades (E.M.C.D.D.A., 2010). Procura incutir comportamentos de menor risco, através da educação para a saúde e do aconselhamento, recorrendo a vários programas e serviços, sendo talvez o mais conhecido, o programa de troca de seringas. O objectivo principal não passa necessariamente por levar os consumidores de drogas à abstinência, procura-se antes trabalhar, pequenos patamares de cada vez, de uma forma pragmática, uma vez que o uso de drogas na sociedade existe, quer seja considerado crime quer se encontre descriminalizado.

Duas sub-áreas temáticas, que se transformaram em questões de partida, despertaram interesse. Em primeiro, qual o impacto ou influência que a informação transmitida, no âmbito da R.R.M.D. tem nos seus beneficiários? Verifica-se uma alteração, leia-se, redução dos comportamentos de risco associados ao consumo de drogas? E em segundo, quais as representações que os utilizadores de drogas têm acerca do modelo legal português que regulamenta o consumo de drogas? As hipóteses de resposta edificadas pendiam para a diminuição de comportamentos de risco encetados pelos utilizadores de drogas, através da informação veiculada pelas intervenções e aconselhamentos prestados no seio da R.R.M.D., e para representações sociais de criminalização do consumo acerca do modelo legal português.

Os estudos existentes referentes ao impacto da informação nos comportamentos na área da utilização de drogas têm sido maioritariamente realizados no âmbito da Prevenção e procuram perceber se a informação é um dos factores protectores para o não consumo (Sanchez, Oliveira, Ribeiro e Nappo, 2010). O que aqui se tenta perceber é se, no âmbito da R.R.M.D. e da informação veiculada, os comportamentos de risco associados ao uso de substâncias psicoactivas diminuíram mas não necessariamente cessaram, uma vez que esse não é um objectivo prioritário da R.R.M.D. Apesar de uma grande parte dos serviços, programas e projectos desta área de intervenção serem monitorizados e avaliados, coexistem métodos e técnicas heterogéneos, e os indicadores referentes à diminuição de comportamentos de risco, sobretudo a médio e longo prazo são de difícil avaliação. Existem evidências que indicam que a aplicação dos programas de troca de seringas e os programas de substituição opiácea contribuíram para a diminuição do contágio por V.I.H. (E.M.C.D.D.A., 2010) mas os comportamentos de risco incluem um vasto campo de comportamentos, e daí a sua complexa avaliação.

Em relação às representações sociais acerca do modelo de regulamentação português sobre o consumo de drogas, o principal contributo vem do trabalho de investigação elaborado por Quintas (2006), que procurou avaliar os impactos da experiência portuguesa da descriminalização. O seu estudo demandou, entre outros objectivos, perceber qual o nível de conhecimento acerca do regime legal português. Para o efeito, realizou um inquérito por questionário a 232 indivíduos e demonstrou que, após dez anos de aplicação, em geral as pessoas, desconhecem que o consumo de drogas se encontra descriminalizado. Duas em cada três pessoas inquiridas no estudo (estudantes de direito, de psicologia, adultos e toxicodependentes) consideram que o consumo de drogas é proibido ou desconhecem qual o sistema de regulação. Tenta-se por isso nesta investigação aprofundar melhor as representações sociais acerca do modelo existente.

Após reflexão sobre alguns dados de observações realizadas informalmente partiu-se então para a pesquisa bibliográfica e para o desenho metodológico. Teve-se sobretudo em conta os objectivos propostos, a revisão da literatura realizada e as características do grupo alvo. Optou-se ainda pela realização de duas entrevistas exploratórias a peritos da área, para uma melhor contextualização da investigação. E

decidiu-se seguidamente pela realização de entrevistas semi-estruturadas, uma vez que estas permitem uma recolha mais aprofundada de dados, sobre o grupo alvo. O recurso a questionários possibilitaria a observação de um maior número de pessoas, no entanto fala-se de um grupo de difícil acesso e com reduzida disponibilidade, sobretudo em períodos de consumos regulares. Assim, concebeu-se um questionário, propositadamente curto, para fazer face a estes constrangimentos. Decidiu-se desde logo que não se iria procurar obter uma amostra representativa do universo, dados os recursos disponíveis. Os resultados servem para o grupo observado no âmbito desta investigação (N=90), ainda que se tenha procurado alguma heterogeneidade ao nível das variáveis idade e meio sócio-económico.

No que reporta à estrutura do trabalho, este encontra-se dividido em duas partes principais, a primeira de cariz mais teórico e a segunda de cariz mais empírico. A primeira parte engloba um capítulo sobre a problemática do consumo de drogas, outro sobre diferentes contributos teóricos pertinentes para esta investigação e um último sobre a legislação portuguesa que enquadra o consumo de drogas. A segunda parte compreende um capítulo sobre o percurso metodológico escolhido, e outro sobre a apresentação e discussão dos dados obtidos junto do grupo observado.

Assim, no primeiro capítulo aborda-se o fenómeno da droga sobre uma perspectiva histórica e social, procurando apurar a noção de droga com que se trabalhou, e caracterizar os consumidores de drogas dos nossos dias. Prossegue-se com uma exposição sobre diferentes contributos teóricos, como a noção de desvio, comportamentos de risco e representações sociais. E termina-se com um olhar sobre a lei 30/2000 de 29 de Novembro, a lei de descriminalização do consumo de drogas, fazendo-se uma resenha sobre as principais áreas de intervenção no âmbito do mais recente paradigma – biopsicossocial: a Dissuasão, a Prevenção, o Tratamento, a Reinserção e a R.R.M.D.

No quarto capítulo, integrado já numa parte mais empírica deste trabalho, apresenta-se o percurso em termos de metodologia, seguido da descrição e discussão dos dados obtidos com a aplicação dos instrumentos de recolha de dados utilizados. Questões como a noção de droga para os entrevistados, como o impacto da informação nos comportamentos e como a questão das representações sociais acerca do modelo de regulamentação português são então apresentadas, tendo por base

referências teóricas e estudos realizados. Os resultados obtidos confirmam na generalidade as possibilidades de resposta edificadas e propõem algumas reflexões, nomeadamente a distinção entre drogas “duras” e drogas “leves”, feita em termos de representações sociais acerca da legislação portuguesa.

No âmbito da R.R.M.D. os termos mais utilizados têm sido “uso/utilização de substâncias psicoactivas/drogas” e “utilizadores de substâncias psicoactivas/drogas”, por se acreditar serem menos estigmatizantes e redutores das várias realidades e das pessoas diferenciadas que utilizam drogas. No decorrer deste estudo utiliza-se assim indistintamente os termos “uso/utilização/consumo” de “substâncias psicoactivas/drogas” porque qualquer um deles tem sido comumente utilizado e reconhecido cientificamente.

O percurso do conhecimento do fenómeno de utilização de drogas pela humanidade tem crescido significativamente nas últimas décadas. Espera-se que este trabalho seja mais um passo nesta caminhada.

## **I – DA TEORIA...**

### **Capítulo 1. - O consumo de drogas**

## 1.1. Contextualização histórica e social do consumo de drogas

Para se compreender melhor a problemática do consumo de drogas revela-se essencial abordar alguns aspectos históricos e sociais. O consumo deste tipo de substâncias, com poder psicoactivo, esteve sempre presente na sociedade humana. Os gregos recorriam ao ópio para tratar os doentes e o vinho está relacionado com vários rituais judaicos e cristãos. (Escohotado, 1989; Gauderer, 1998 *in* Roehrs; Lenardt e Maftum, 2008). O consumo de drogas era, e continua a ser, utilizado com fins terapêuticos, religiosos, recreativos e culturais. A sua continuidade está inscrita na transmissão cultural e na reprodução social cujo sistema familiar é um dos principais responsáveis. São disso exemplo, em Portugal, as famosas “sopas de vinho” e no Brasil, em alguns grupos indígenas do Amazonas, o consumo de alucinogéneos como ritual de passagem para a maioridade.

Se na idade média, o uso de substâncias psicoactivas encontrava-se enquadrado em rituais diversos, contextualizado e regulado sobretudo pela moral e pela religião – substâncias divinas ou substâncias diabólicas, o seu uso passou depois para o domínio e alçada da medicina e da farmacologia – substâncias benéficas ou nocivas (Escohotado, 1989). Pode-se então admitir um principal marco relativamente ao início da problematização social da toxicoddependência que remonta aos finais do século XVIII. Foi a China, quem inicialmente manifestou preocupação endémica e de consumo em relação ao ópio, importado pela Inglaterra da Índia. A China reagiu unilateralmente contra a Inglaterra, o que historicamente ficou conhecido como a Guerra do Ópio. Entretanto devido a factores como a colonização a partir dos Estados Unidos da América (E.U.A.) e a industrialização, muitos trabalhadores do oeste asiático emigraram para os E.U.A., alastrando o consumo a este país. O desenvolvimento da problemática e da moral em torno da toxicoddependência deveu-se em parte à estigmatização das minorias, responsabilizando-se os chineses pelo consumo de ópio e os afro-americanos pelo consumo de cocaína. Juntamente, a Guerra da Sucessão levou a uma epidemia de morfina, incentivada pela invenção das injeções subcutâneas, e deu-se um aumento do consumo de cocaína nos meios artísticos e intelectuais. A classe conservadora norte-americana, que ganhava bastante peso em termos políticos,

começou a intervir criticamente e moralmente em relação a este tipo de consumos, sobretudo de forma recriminatória. (Sommer, 2004).

É em 1909 que se pode situar a primeira conferência internacional relacionada com a toxicod dependência. Realizou-se em Xangai, por iniciativa dos E.U.A. e teve a participação de catorze países. Duas posições antagonizaram-se: E.U.A. e China a favor do proibicionismo e outros países com uma posição mais liberal, pretendendo salvaguardar interesses comerciais. Em 1912, em Haia, dá-se outra conferência, que resultou no *Harrison Act*, diploma norte-americano, de política jurídico-repressiva na área das drogas. Vários países adoptaram este diploma, consolidando o proibicionismo. A criação, e as diligências encetadas, pela então denominada Sociedade das Nações (hoje Organização das Nações Unidas – O.N.U.), após a I Guerra Mundial, enfatizaram a internacionalização do proibicionismo do consumo de drogas e da sua produção, o que levou ao fomento da produção e comércio ilegal. Outras convenções foram realizadas, a maioria no âmbito da O.N.U. e foi em 1972, com o Protocolo de Genebra que se mudou de orientação. Este protocolo veio comutar o paradigma do toxicod dependente criminoso para o consumidor doente. Passaram-se a ter em conta algumas variáveis multidisciplinares, como o tratamento e não apenas a punição, caminhando-se para uma certa descriminalização. Os estados signatários comprometeram-se a criar condições para a saída da droga, a problematização social e a medicalização do doente (Escohotado, 1989; Sommer, 2004).

Por todo o mundo o consumo de drogas tem vindo a percorrer um caminho social polémico. Com radicalizações e oscilações entre dois pólos principais – a criminalização e a legalização. A situação em Portugal tem acompanhado este traçado.

### **1.1.1. A posição portuguesa**

Portugal, tal como outros países, foi tendo uma posição um pouco ambivalente em relação à problemática do consumo de drogas e respectiva regulação legal. Apesar de no início do século XX optar por uma posição mais proibicionista, juntou-se depois às posições francesas e inglesas, mais liberais, uma vez que a colónia portuguesa de Macau produzia ópio. Entretanto, mesmo antes do Protocolo de Genebra e da mudança de paradigma, Portugal construiu, de modo vanguardista, um centro de

tratamento psicossocial em Macau, que objectivava o tratamento e a descriminalização. Nos últimos anos de ditadura militar, em especial entre 1970 e 1974, a toxicodependência estava bastante conectada com os movimentos de oposição ao regime, de esquerda, e acentuou-se a criminalização. Após a revolução de Abril, as linhas político-legais orientaram-se de novo segundo a lógica do tratamento. Com o decreto-lei nº 365 de 8 de Setembro de 1982 enfatizou-se o lado psicossocial da problemática da droga, para o qual contribuíram em muito os trabalhos científicos desenvolvidos em torno deste fenómeno (Sommer, 2004). Um especial destaque para os estudos de cariz sociológico e etnográfico, quer nacionais quer internacionais, cujos resultados evidenciaram as dimensões sociais e culturais do consumo de drogas. A responsabilização pelo uso e abuso destas substâncias não pode ser apenas imputada aos indivíduos, mas antes à sociedade e grupos culturais em geral. No entanto, apesar desta ênfase psicossocial, a figura do consumidor doente é ainda latente.

A década de 80, até meados dos anos 90, caracterizou-se essencialmente pelos reajustes aos métodos internacionais, quer ao nível político, quer ao nível de tratamentos. O aumento da problemática do Vírus da Imunodeficiência Humana (V.I.H.) veio contribuir ainda mais para a complexidade do fenómeno da toxicodependência, e promoveu mais alguns ajustes no paradigma (Sommer, 2004; E.M.C.D.D.A., 2010). A criminalização do consumo de drogas tornava bastante difícil o acesso aos utilizadores e dificultava possíveis intervenções a realizar para prevenir ou tratar a questão do V.I.H./Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (S.I.D.A.).

A partir de 1995, e com a mudança para um governo socialista, observa-se uma forte intervenção legislativa na área da toxicodependência. Note-se que o ano de 1995 coincidiu com a inauguração do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (O.E.D.T.) em Lisboa, a única agência da união europeia sediada em Portugal ([www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). Investe-se bastante nas terapias ao nível médico-farmacológico e psiquiátrico dos sujeitos que se encontram dependentes de drogas. É possível constatá-lo através da promoção da rede de Centros de Atendimento a Toxicod dependentes, os famosos C.A.T., cujos recursos humanos passam principalmente pelas categorias de médicos e psiquiatras, tendo progressivamente sido incluídos os técnicos da área psicossocial. Sublinhe-se uma outra característica do programa terapêutico emergente, as terapias de substituição

medicamentosa, como os programas de Metadona e de Buprenorfina. Deste modo, a saída do percurso de toxicodependente já não é um fim fulcral, pois o paradigma do consumidor doente traz uma pesada perspectiva: a toxicodependência vista como uma doença crónica (Escohotado, 1989; Sommer, 2004). No entanto, esta visão contribuiu também para um maior reconhecimento e necessidade das práticas de redução dos riscos e minimização dos danos associados aos consumos de drogas.

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga foi adoptada em 1999, em sintonia com o plano de Estratégia Europeia do Tratamento da Toxicodependência. Um novo ajuste ao paradigma, que se preconiza agora biopsicossocial. O estudo dos aspectos sócio-culturais do fenómeno ganharam mais expressão, e paralelamente à prevenção do consumo, a ideia de que existem diferentes formas de utilização de substâncias psicoactivas e diferentes tipos de consumidores torna-se mais consensual. O uso abusivo é o mais prejudicial mas não é o único tipo de utilização de drogas (Fernandes, 1998; Sommer, 2004). Esta visão contribuiu ainda mais para a validação das intervenções viradas para a redução dos riscos e danos.

Em 2001, Portugal decide descriminalizar o consumo de todas as drogas, mantendo no entanto uma penalização para os infractores. O Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T.), organismo público, encontra-se responsável pela aplicação prática das decisões político-legais em matéria de droga e toxicodependência. Encontra-se inserido no Ministério da Saúde e é dele que recebe a maioria das suas receitas. As suas principais áreas de intervenção relativas à toxicodependência são a Prevenção, a Dissuasão, o Tratamento, a Redução de Riscos e a Minimização de Danos e a Reinserção. A Prevenção, a R.R.M.D. e a Reinserção, para além de erigidas pelo sector público, são áreas bastante representadas e dinamizadas pelas organizações da sociedade civil, quer de forma autónoma, através de fundos privados, quer numa tipologia de parceria público-privada, em que através de concursos externos, os organismos estatais co-financiam estes serviços na sociedade civil. O Tratamento é maioritariamente assegurado pelo sector público, em especial pelo Ministério da Saúde, ainda que existam alguns organismos privados a oferecer estes serviços. Já a área da Dissuasão encontra-se totalmente sobre a alçada do Estado, através de uma cooperação formalizada entre o Instituto da Droga e da Toxicodependência e o Ministério da Justiça.

Entretanto, foram aprovados os Planos Nacionais Contra a Droga e as Toxicodependências com horizontes de 2004, 2008 e 2012. Sob a égide das Nações Unidas, tem-se procurado uma concertação de políticas, ainda que coexistam várias diferenças ao nível mundial. No espaço europeu e com a União Europeia (U.E.), os Planos Nacionais têm procurado a coerência com as Estratégias da U.E. de Luta contra a Droga, vigorando o horizonte de 2012. O novo paradigma é perceptível num dos objectivos desta Estratégia:

“Atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social complementando a acção dos Estados Membros em matéria de prevenção e redução do consumo de droga, da dependência e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde” (Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga 2005-2012 *in* Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências, 2006: 6836).

A promoção da coesão social, por oposição à anomia social (Durkheim<sup>1</sup>, 2001), pode ser um factor de protecção relativamente ao abuso de drogas por parte das populações e isso é valorizado nesta Estratégia e a redução das consequências em termos sociais e (não apenas) de saúde referida no excerto reconhece a multidimensionalidade do fenómeno. Para o tratamento das situações de toxicodependência podem ser necessárias terapias de cariz farmacológico, psicossocial ou outras. Antes de se prosseguir, importa agora reflectir um pouco acerca da noção de droga e acerca do consumo de drogas.

## **1.2. Noção de droga**

O que se entende por droga? O sujeito comum pode pensar que o termo significa uma substância deveras perigosa para a saúde, com um potencial mortífero elevado. No entanto, segundo a definição actual e relativamente consensual da Organização Mundial de Saúde – O.M.S. (1971), droga é qualquer substância, natural ou sintética, que altere o normal funcionamento do sistema nervoso central e que possa provocar algum tipo de dependência (física, psicológica ou funcional). Consequentemente, substâncias tão heterogéneas como a heroína, o vinho, o café e até o chá podem ser englobadas neste leque de substâncias. Paralelamente a esta noção mais orgânica é necessário salientar algumas nuances de cariz sociológico. Em especial nuances que se

---

<sup>1</sup> Obra original de 1897.

relacionam com o conceito de droga, com as substâncias que são consideradas drogas, com o limiar em que se passa a ser toxicodependente e em que se deixa de o ser. Estas são dimensões com raízes culturais e sociais, porque tais distinções dependem das rotulações realizadas e não das substâncias, dos actos e dos actores por si só, ou seja isolados das significações e representações atribuídas e construídas, em jogos contínuos de interacção e de poder (Blummer, 1982; Fernandes, 1998; Agra, 2008).

Insiste-se, porque são então algumas destas substâncias consideradas lícitas e outras não? A resposta a esta questão está presa aos recônditos da nossa história sócio-cultural e das relações de poder estabelecidas entre os diferentes grupos e países. O desenvolvimento científico que se intensificou a partir do século XVIII, nomeadamente em determinadas áreas como a medicina e a farmacologia, permitiu a decomposição e a sintetização de inúmeras substâncias e princípios activos. Estas ciências apropriaram-se da manipulação exclusiva de algumas destas substâncias, argumentando com questões de segurança e controlo científico. Se não veja-se, a heroína deriva do ópio, tal como a morfina, utilizada em determinadas terapêuticas médicas. Além disso, não deve ser totalmente coincidência serem as drogas características dos países mais “dominantes”, como o álcool e o tabaco, consideradas lícitas, sendo aquelas características dos países detentores de menos poder, cocaína, ópio e cannabis, consideradas ilícitas. A criminalização do consumo de determinadas drogas está ainda ligada a questões como a projecção e a condensação de receios de determinados grupos populacionais numa substância ou a questões como a criminalização da pobreza. Como por exemplo, a associação da cannabis aos grupos populacionais de origem hispânica e africana nos E.U.A. A própria industrialização, a partir do século XVIII, e o modelo de produção capitalista, contribuíram para a problematização social das drogas, a par do fenómeno de globalização e da internacionalização das rotas comerciais. As dinâmicas quotidianas aceleradas que entretanto surgiram nestas sociedades e a necessidade de obter meios económicos a partir do trabalho, contrapuseram-se a uma certa ociosidade vivida anteriormente, onde os danos sócio-sanitários das drogas não se denotavam tanto (Fernandes, 1998). Também as substâncias utilizadas eram mais endógenas, portanto drogas naturalizadas e integradas na cultura de cada povo.

Relativamente aos factores sociais e culturais que se relacionam com o fenómeno da toxicodependência, existem várias dimensões, que independentemente das singularidades de cada indivíduo, se devem indicar. Segundo Dias (2002: 50-54) estes factores são: a) a questão da visibilidade social: o consumo de substâncias psicoactivas deixou de ser um acto individual ou de alguns grupos para passar a ser um fenómeno transversal, mediatizado. Ao trazerem para a esfera pública a temática da toxicodependência, esta passa a ser vista como algo que a todos diz respeito; b) a estrutura de relações sociais: a problemática do consumo de drogas implica já uma organização e uma rede de relações a um nível macro (transnacional) e micro (familiar), tendo em conta o sistema de produção, de tráfico, de consumo e de combate existentes, portanto uma estrutura de relações hierarquizada e diferenciada; c) o espaço social: paralelamente ao aumento da visibilidade, temos o aumento do espaço social conquistado por esta problemática. Saímos de um nível mais pessoal e grupal para os contextos públicos, como a rua, ou instituições por onde passam, quer como cidadãos comuns, quer como clientes de serviços de assistência; d) o tempo social: o consumo de drogas começou no último século a ganhar uma importância social significativa que passa pela atenção social, legislativa e interventiva, digamos que é um assunto que se encontra na ordem do dia; e) as consequências sociais: por exemplo, no âmbito profissional, económico e jurídico, sendo que os danos sociais são já um dos principais argumentos de oposição aos modelos que criminalizam o consumo; f) a mobilização social: no mundo há milhões de pessoas envolvidas neste fenómeno, desde produtores a consumidores passando por profissionais da área, técnicos especializados que prestam serviços de assistência; g) a reflexividade: o consumo de drogas tem sido um assunto cada vez mais estudado e debatido; h) os discursos sociais: todos têm algum entendimento sobre o fenómeno ainda que de forma estereotipada; e i) os sistemas de conhecimento: produzidos por várias áreas, formam uma rede perceptiva que dita modos e tendências de agir.

A noção de droga é complexa. Implica que contemplemos o fenómeno com um olhar entrecruzado sob diferentes perspectivas como a biologia, a psicologia e a sociologia. O ser-se toxicodependente, os actos de consumo e a classificação das substâncias em legais/ilegais, ou boas/más relacionam-se sobretudo com factores

sócio-culturais, relações de poder, interacções e significações diversas, que se alteram também conforme o tempo em que vivemos.

Elencar as drogas existentes não é objectivo deste trabalho, contudo considera-se importante apresentar uma resenha da principal tipologia instituída sobre substâncias aditivas, pois ajuda nos a compreender o fenómeno e as pessoas que as utilizam.

### **1.2.1. Tipos de drogas**

A evolução científica e tecnológica e a globalização colocaram ao dispor da humanidade um maior número de substâncias com propriedades psicoactivas. A manipulação dos princípios activos, por exemplo, permitiu criar drogas mais concentradas e poderosas, e a junção de diferentes elementos permitiu desenvolver diferentes apresentações. As drogas são geralmente substâncias estranhas ao organismo humano e não têm valor nutritivo. Depois de tomadas, são metabolizadas (rins, fígado) e transformadas, geralmente em produtos inactivos, sendo comumente eliminadas pela urina.

As drogas actuam sobre o corpo, na função cardíaca, respiratória, digestiva ou imunitária, e sobre a parte psíquica, ao nível do humor, da memória, do grau de ansiedade. Por isso, também é comum utilizar-se a designação de “psicotrópicos”, porque as drogas manifestam um “tropismo”, uma atracção pelo psíquico (Richard, 1997; Morel *et al*, 1998; Macedo, 2000). Como referido, não é pertinente estar a elencar a maioria das substâncias com estas propriedades, abordamos aquelas que são mais consumidas actualmente, e que podem ajudar a compreender a variedade de consumos e de consumidores.

Desde já tem-se de apresentar a tipologia mais habitual, que classifica as drogas em três categorias principais: depressoras, estimulantes e perturbadoras ou despersonalizantes - do sistema nervoso central (W.H.O., 1971; Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

#### Depressoras:

Os sedativos ou as substâncias depressoras do sistema nervoso central (S.N.C.) englobam substâncias como o álcool, os barbitúricos, as benzodiazepinas, os solventes voláteis, e os analgésicos opiáceos e sintéticos.

O **álcool** é talvez a substância depressora mais utilizada pela humanidade atualmente. Desde há muito embutida em rituais religiosos e culturais, o álcool é legal, move milhões de euros através de uma vasta indústria que fabrica uma variada gama de bebidas, que vão desde o mítico vinho aos complexos cocktails. Através de processos como a fermentação de certos açúcares, ou a destilação, obtém-se o álcool. É sobretudo metabolizado pelo fígado, daí o seu consumo abusivo e continuado poder provocar hepatites, cirrose ou mesmo cancro. Inicialmente, o álcool pode desinibir, promover sensações de segurança e euforia, mas também provocar descoordenação motora e alteração de estados anímicos. Em grande quantidade pode levar a uma intoxicação orgânica, originando depressão do sistema cardio-respiratório, se esta se agudizar, coma, e até morte. Quando o sujeito se encontra dependente, a ressaca ou os sintomas de abstinência podem incluir vômitos e *delirius tremulum* (Borges e Filho, 2004).

Muito utilizado como facilitador e desinibidor social, em ambientes de recreação, quer por jovens ou adultos, a situação de um consumo mais abusivo como o alcoolismo ou a dependência de álcool não aufere da mesma convivência social. Este tipo de consumos colhe um outro tipo de representações e estigma, sendo a figura do alcoólico e do toxicodependente próximas em termos de rejeição e exclusão. O álcool tem percorrido um caminho social de problematização crescente, e apesar de continuar legal começa a merecer preocupações e intervenções, de cariz social e político-legal, com vista à redução do consumo do tipo abusivo.

A **heroína** é uma droga altamente viciante, uma das mais polémicas, e que está invariavelmente associada à figura do “junkie” (Fernandes, 1998). A figura do heroinómano, degradado, sem abrigo, que consome com recurso à seringa. Algo que tem contribuído, em parte, para a imagem social negativa desta substância, e consequentemente para um certo envelhecimento desta população. A heroína deriva do ópio e caracteriza-se pela capacidade de provocar um elevado grau de dependência no organismo. Os seus efeitos mais procurados passam por sensações de bem-estar e de relaxamento, mas os riscos de overdose também são elevados, assim como os efeitos indesejáveis, como perturbações do foro gastro-intestinal ou sintomas de abstinência bastante dolorosos e angustiantes (Borges e Filho, 2004).

A produção e comercialização da heroína encontra-se criminalizada, mas o consumo, em Portugal, está descriminalizado. Fernandes (1998) fala das substâncias depressoras utilizadas como anestesiantes sociais associados aos problemas crescentes das periferias urbanas, como o desemprego, os problemas habitacionais, a marginalização e a estigmatização.

#### Estimulantes:

Estas substâncias caracterizam-se pelas suas propriedades excitantes ou activadoras do S.N.C. As mais problemáticas correspondem aos derivados da cocaína, mas esta gama engloba substâncias tão diferenciadas como a nicotina e as anfetaminas.

A **nicotina** é uma substância essencialmente utilizada através da transformação da folha do tabaco e que confere a este produto a maior parte das suas características de estimulação e de poder de adicção. O tabaco e o álcool correspondem à díade de substâncias psicoactivas mais consumidas e utilizadas actualmente, sobretudo com fins de recriação e facilitação social. É também de produção, comercialização e consumo legal, e tal como o álcool, sobretudo por determinantes históricos e interesses económicos dos países ocidentais. Os seus efeitos relacionam-se com um aumento do ritmo cardíaco e em alguns casos da ansiedade, mas o uso regular e continuado do tabaco leva a uma forte dependência, e são conhecidos os riscos de desenvolvimento de problemas respiratórios e de cancro do pulmão (<http://www.idt.pt/PT/Substancias/Tabaco>).

Actualmente assiste-se a uma intensificação na divulgação de informação acerca dos riscos para a saúde, nomeadamente através da realização de campanhas de sensibilização, com vista à redução do consumo do tabaco, nos países de cultura ocidental. No entanto, em partes do mundo consideradas menos desenvolvidas, o consumo do tabaco tem sido bastante promovido em termos de publicidade e marketing por grandes grupos económicos que aproveitam, em parte, o facto de nestes países a legislação tabágica ser ainda reduzida ou inexistente. O consumo nestes países está a aumentar.

Uma das substâncias psicoactivas mais estimulantes é a **cocaína**. É feita a partir das folhas de coca, é excitante, euforizante e pode produzir sensações de

omnipotência e bem-estar. Provoca sobretudo dependência psicológica, ainda que os efeitos psicossomáticos não possam ser dissociados. Imagem de marca é o seu consumo em ambientes festivos de forma “snifada” (aspirada pelo nariz). Porém hoje em dia, em Portugal e em grande parte dos países, impera a base de coca, cujo consumo é realizado sobretudo por via fumada. Em grandes doses pode provocar ansiedade profunda, estados delirantes, hipertermia, e mesmo morte por overdose. Com a disseminação do formato de “base” generalizou-se e, actualmente, os preços praticados no mercado de tráfico são similares aos das doses de heroína. Contudo, durante vários anos, o consumo da cocaína esteve associado às classes mais altas (Fernandes, 1998). Era conhecida como a droga dos ricos. Quando consumida de forma problemática pode potenciar, tal como a heroína, uma progressiva ruptura dos laços sociais e familiares e situações de exclusão e marginalização profunda.

As **anfetaminas** são estimulantes de origem sintética conhecidas pelo seu uso em exércitos e em desportistas. O seu uso médico foi praticamente abandonado, mas ainda se produzem ilegalmente sobretudo alguns derivados. Encontram-se copiosamente difundidas entre os jovens, e assumem nomes como “Ice”, “pastilhas”, etc. São geralmente ingeridas, pois assumem comumente a forma de comprimidos. Têm sido bastante utilizadas em “raves” e discotecas. Os seus efeitos permitem diminuir o cansaço, aumentando a força física e ao mesmo tempo diminuindo o apetite, provocam também euforia. Em doses elevadas podem provocar taquicardia, hipertensão, golpes de calor, confusão, havendo a possibilidade de ocorrerem ataques cardíacos ([www.idt.pt/PT/Substancias/Anfetaminas](http://www.idt.pt/PT/Substancias/Anfetaminas); Borges e Filho, 2004). Apesar de apresentar algumas diferenças, o ecstasy ou M.D.M.A., assume algumas das características de outras anfetaminas, nomeadamente o seu uso juvenil em contextos recreativos. Ao nível sociológico, pode-se constatar que as auto e hetero representações sociais relativamente ao consumo deste tipo de substância não comportam uma discriminação tão profunda, em comparação à utilização da heroína e da cocaína.

### Perturbadoras ou despersonalizantes:

O grupo dos perturbadores, delirotópicos e alucinotópicos, engloba os cannabinóides, o L.S.D. (*Lysergsäurediethylamid*<sup>2</sup>) e os alucinotópicos sintéticos e naturais.

A **cannabis** é utilizada há milénios pelas suas propriedades psicotrópicas e medicinais. Dela é retirado o princípio activo T.H.C. (tetraidrocannabinol) que se encontra em vários derivados, como a erva ou a famosa marijuana e o haxixe (bloco acastanhado de resina) que é geralmente misturado com o tabaco para ser fumado sob a forma de “charro”. O uso da cannabis está bastante difundido entre os jovens e entre a população em geral, sendo das drogas cujo consumo mais tem aumentado nos últimos anos, ao nível mundial. Beneficia de uma representação social de alguma inocuidade, entre os seus consumidores. Os efeitos passam pela euforia com sensação de modificação do pensamento, do tempo e do espaço. Pode surgir taquicardia, descoordenação motora, tremores e náuseas. O seu uso regular pode levar a uma síndrome amotivacional com perda de interesses. Pode apresentar alguns efeitos relaxantes e a cannabis é igualmente conhecida por abrir o apetite ([www.idt.pt/PT/Substancias/DerivadosdaCannabis](http://www.idt.pt/PT/Substancias/DerivadosdaCannabis)).

Actualmente, várias organizações civis e movimentos sociais lutam para promover a legalização da cannabis um pouco por todo o mundo. Um dos argumentos mais utilizados prende-se com a existência de possíveis benefícios sanitários, em especial na sintomatologia de algumas enfermidades, com na gestão da dor. Vários estudos encontram-se a ser realizados, em especial neste campo da medicina.

O **L.S.D.** (ou os conhecidos “ácidos”) é um alcalóide de um parasita do centeio. Altera as percepções, perturbando as sensações visuais, auditivas, olfactivas, gustativas e cinestésicas. O humor sofre alterações rapidamente e o pensamento e a memória são afectados. A “viagem” (alucinações) pode durar até oito horas, podendo regressar posteriormente sobre a forma de um “flashback”. As consequências físicas do abuso continuado podem passar pelos tremores, crises de epilepsia ou estados depressivos. Os acidentes mortais têm-se relacionado por vezes com delírios de pânico que propiciam actos suicidários (Borges e Filho, 2004). O uso de L.S.D. tem sido associado a uma certa subcultura grupal e a alguns estilos musicais, como os contextos

---

<sup>2</sup> Em português: dietilamida do ácido lisérgico.

de música transe. Outras substâncias alucinogêneas podem incluir os famosos “cogumelos mágicos” ou drogas de design, sintéticas. Tal como as anfetaminas, sob a forma de pastilhas, o uso do L.S.D. beneficia de representações sociais de menor problematização e discriminação.

Nesta classificação das drogas, há ainda uma distinção que importa apontar. É uma distinção bastante polémica, mas frequentemente utilizada - drogas “leves” e drogas “duras” ou “pesadas”. No que concerne às substâncias ilícitas, o primeiro grupo engloba substâncias como os cannabinóides, o ecstasy, o L.S.D. ou os cogumelos mágicos. O segundo grupo tem sob a sua arcada substâncias com a cocaína e a heroína. A polémica reside no facto das drogas classificadas como “leves” apresentarem por vezes riscos e danos tão graves como aqueles que são provocados pelas drogas ditas “duras”. A actuação de uma substância e os seus efeitos dependem, em parte, da interacção que fazem com o organismo receptor, onde características como o peso, a idade, e factores biológicos e psicológicos têm relevância. Existem casos documentados de problemas de saúde mental, como esquizofrenias ou determinadas psicoses, despoletados pela realização de um reduzido número de consumos de drogas “leves”. O tipo de substância, propriedades, grau de pureza e capacidade de criar dependência, não são os únicos factores a ter em conta. É preciso atentar ainda no organismo, único, do consumidor, e no contexto onde é realizado o consumo, para melhor se poder perceber os riscos e os danos causados por uma droga. No entanto, a distinção entre drogas “leves” e drogas “duras” tem servido para caracterizar não só as substâncias, pela capacidade de criação de dependência, mas também os consumidores, que em termos gerais reúnem algumas características grupais diferentes e são percebidos dessa maneira. Um consumidor de drogas ocasionais, de ecstasy em festas, por exemplo, o tal consumidor recreativo, não se vê nem se perspectiva como toxicod dependente (Calafat, 1998). Desta forma, utilizaremos no decorrer deste trabalho, por vezes, esta terminologia, ainda que salvaguardadas as devidas considerações acerca da perigosidade relativa das substâncias psicoactivas.

Verificou-se que o panorama das drogas é heterogéneo e as suas vestes legais ou ilegais têm raízes ambíguas e de construção social. As substâncias são diferentes assim como são as formas de consumir drogas e os significados que estas assumem.

### 1.3. Consumo de drogas e Toxicodependência

Como foi já referido, a utilização de drogas e a toxicodependência assumem dimensões diferentes, no decorrer de um contínuo, em que de um lado se regista o uso não problemático de drogas e no outro as situações de dependência problemática. Vários consumidores têm defendido o uso de substâncias psicoactivas de forma controlada, não se identificando de modo algum com a noção de toxicodependente. Mas então o que faz com que uma pessoa utilize drogas de forma relativamente controlada ou não? A complexidade deste fenómeno coloca em interacção características da substância, do sujeito e do meio (Dias, 2002; Borges e Filho, 2004).

No fundo esta conjugação de factores ajuda a explicar a base de muitos fenómenos e não apenas o do consumo de drogas. De facto, contribui para uma melhor compreensão dos motivos porque algumas pessoas utilizam drogas e continuam a fazer uma vida tida como “normal” e outras utilizam drogas de forma desviante (Becker, 1973). Algumas características ao nível individual são apontadas, como a curiosidade ou a necessidade de pertença a um grupo; ao nível do meio, indica-se a influência da cultura, dos rituais ou grupos de pares (Dias, 2002); e ao nível da substância acontece umas terem mais poder de causar dependência, física ou psicológica, do que outras, e existirem diferenças em termos de acessibilidades. No entanto, Dias (2002:48) transformaria este triângulo substância – sujeito – meio, em alguma forma com mais ângulos, desmontando a substância, o sujeito, a família, os grupos de pares, a escola, os meios de comunicação de massas e a religião.

Becker (1973) fala-nos ainda da questão do saber, acerca das substâncias. Um saber que vai passando entre os consumidores e que contribui para aquilo que designamos de subcultura. Estes conhecimentos também ajudam a utilizar as substâncias, de forma adaptativa, procurando uma melhor gestão dos riscos. E isto faz-se para substâncias socialmente e legalmente mais aceites, como o álcool, ou para substâncias proibidas formal e informalmente, como a cannabis.

Neste contínuo do uso “normal” e do uso “dependente” verifica-se, por vezes, uma situação de escalada dos consumos por parte dos sujeitos. Ou seja, geralmente, as pessoas começam por consumir uma substância comumente percebida como pouco inofensiva, para irem experimentando gradualmente, outras substâncias

percepcionadas como mais “perigosas”. À escalada de consumos não deixa de estar também subjacente uma certa escalada gradual da ideia do risco, percepcionada e assumida pelo sujeito (Fernandes, 1998), num jogo contínuo de avaliação de prós e contras.

Esta situação também se prende com o factor tolerância, que é criado pelo organismo, em relação a uma substância psicoactiva, e que vai provocando uma diminuição do prazer obtido inicialmente (Morel *et al*, 1998). Isto conduz a um aumento progressivo da dose consumida e, paralelamente, é comum a experimentação e introdução gradual de novas substâncias, de modo a que o sujeito consiga obter as mesmas sensações prazerosas, que deixou de sentir com a tolerância do organismo, em relação à substância anteriormente consumida.

Não é possível esquecer que, apesar de se ter libertado da imagem de criminoso em alguns países, como Portugal, com a lei da descriminalização do consumo aprovada em 2001, o consumidor de drogas encontra-se agora preso à imagem de doente, incapaz de levar uma vida “normal” (Romani, 1995). No entanto, na realidade existem pessoas que utilizam drogas de forma não problemática. O termo consumo de drogas está intimamente ligado ao de toxicoddependência, mas os dois não têm exactamente o mesmo significado. Verifica-se que a situação de toxicoddependência pressupõe o consumo de drogas de forma problemática. Isto acontece quando a trajectória de consumos do sujeito o leva a comprometer a vivência das esferas consideradas normais da sociedade, como a família, o trabalho/escola e as relações de sociabilidade (Félix da Costa, 1995; Amaro, 2003). As substâncias psicoactivas alteram a percepção da realidade, elas actuam sobre o sistema nervoso central, de modo depressor, estimulante ou perturbador. Contudo, o factor comum a todas as drogas é mesmo a afectação da realidade e a sensação de prazer imediata e não dependente da vontade. Uma das características da droga prende-se precisamente com a alienação da pessoa em relação a outros interesses, para uma crescente concentração no prazer da droga.

Todos os seres humanos apresentam, provavelmente, algum tipo de dependência ou adição, como seja em relação ao consumo de café, de chocolate ou até mesmo em relação ao trabalho, por isso mesmo, a noção de pessoa dependente ou de adicto pode ser bem mais abrangente. A dependência de drogas é considerada

uma doença quando a pessoa passa a viver em função da substância (Macfarlane, Macfarlane e Robson, 1997).

Definir a dependência não é fácil, quer a reduzamos a um núcleo biológico (a farmacodependência) quer a dispersemos no infinito para concluir com a evidência de que todos somos dependentes de muitas coisas (Morel *et al*, 1998: 65). Morel (*et al*, 1998) expressa que existem essencialmente três ordens de motivações-utilizações das drogas actualmente: para aliviar as dores, para protecção do mundo exterior (da sociedade e dos seus constrangimentos), e para afastamento das ameaças que vêm das nossas relações com os outros (que dependem sobretudo das experiências precoces). Ainda segundo o mesmo autor, o consumo de drogas vai satisfazer diversas necessidades ligadas às emoções e contactos sociais, como a excitação psicocorporal e a descarga sensorial; o afastamento de uma parte da realidade (os outros, o tempo) que coloca entraves ao prazer e à independência; a anestesia do sofrimento interno; e a exploração de um outro estado de consciência.

A dependência pode ser vista como um estado primitivo de necessidade (Morel *et al*, 1998: 70) e a dependência tida como doença não é uma realidade linear, mas sim complexa, dependendo das perspectivas em que nos colocamos.

Pode-se inferir que a sociedade tem uma posição relativamente ambivalente em relação ao consumo de drogas. Por um lado, estimula-o, por outro, recrimina-o. Não é raro ver-se pais que fumam tabaco, por exemplo, a repreender os filhos para que estes não fumem. Apesar da boa intenção não deixa de haver uma certa incoerência nas mensagens comunicadas. Identicamente através dos media o consumo de determinadas substâncias pode ser incentivado e ao mesmo tempo condenado. São duas posições contrárias que andam lado a lado, de forma mais ou menos consciente. Os lucros económicos da venda das substâncias consideradas lícitas como o álcool e o tabaco são fortes argumentos na estimulação do seu consumo.

O uso de drogas pode assumir diferentes formas integradas num contínuo com situações de uso ocasional, social e recreativo, lícito ou ilícito, ou num outro extremo, com situações de abuso, lícito ou ilícito, dependência e problematização. As formas menos problemáticas de consumo, sobretudo de substâncias lícitas são mesmo incentivadas socialmente, o que também se reflecte nos dados relativos à situação epidemiológica das substâncias mais utilizadas.

## 1.4. Epidemiologia dos consumos

Sempre existiu um leque extremamente alargado de substâncias com poder psicoactivo na natureza, como os cogumelos alucinógenos, as folhas do arbusto da coca, a liamba, entre tantas outras, à disposição do ser humano. Actualmente, esse leque é infimamente maior, dados os avanços tecnológicos e a capacidade de produzir substâncias sintéticas, simples ou agregadas com outras, ou de as complexificar, como é o exemplo de algumas anfetaminas, metanfetaminas e bases de cocaína.

Em termos epidemiológicos e históricos, as substâncias mais consumidas têm sofrido algumas alterações, derivadas em grande parte, desta diversificação e do fenómeno da globalização, que permitiu o acesso a substâncias não autóctones. Até à época da revolução industrial as drogas consumidas seriam assim aquelas que estavam mais próximas ou mais aculturalizadas. Nos países ocidentais, o destaque ia para as bebidas alcoólicas e para o tabaco, na América do Sul, para as folhas da coca, em África, para a cannabis e para a liamba, e na Ásia, para o ópio, obtido a partir da papoila.

Actualmente, as drogas disponíveis e consumidas encontram-se marcadas por alguma heterogeneidade. Nos países ocidentais, e em Portugal, o álcool e o tabaco continuam a ser as substâncias mais utilizadas, no que respeita às substâncias lícitas. No campo das ilícitas, a cannabis, em vários estudos realizados, continua a ser aquela que apresenta uma maior prevalência, seguida de outras drogas, como as anfetaminas, e a um nível bem mais residual, a cocaína e a heroína (I.D.T., 2008). O último E.S.P.A.D. – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*, inquérito realizado a jovens estudantes entre os 15 e 16 anos, realizado em 2007, indica que 79% dos jovens portugueses tiveram consumos de álcool no último ano, 19%, de cigarros no último mês, 13%, de cannabis ao longo da vida e 6%, de outras drogas ao longo da vida (E.S.P.A.D., 2007). Estes dados são similares aos de outros países europeus, ainda que a média europeia seja ligeiramente superior para o conjunto das substâncias referidas.

No panorama mundial, o relatório de publicação anual *World Drug Report* das Nações Unidas – Drogas e Crime (U.N.O.D.C.) refere que 3.3% a 6.1% de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos utilizaram drogas ilícitas, por o menos uma vez no último ano, e destas, estima-se que metade sejam consumidores

regulares, tendo utilizado drogas pelo menos uma vez no último mês. Verifica-se um aumento gradual do número de pessoas que têm utilizado drogas ilícitas, desde os anos 90, no entanto o número de consumidores problemáticos e dependentes não tem sofrido grandes variações. A cannabis continua a ser a droga ilícita mais consumida mundialmente, seguida das drogas sintéticas como anfetaminas ou estimulantes, dos opiáceos e da cocaína.

Em termos de tendências perspectiva-se uma estabilização ou possível diminuição, ainda que ligeira, do consumo de opiáceos e cocaína, mas um aumento do uso de drogas sintéticas e medicamentos não prescritos (U.N.O.D.C., 2011: 13<sup>3</sup>). De referir que, por colher dados mundiais, fornecidos por diferentes países, por vezes com diferentes métodos de recolha e tratamento da informação, os números devem considerados aproximações dos valores reais, havendo quem aponte uma subnotificação.

Em suma, segundo os estudos dos organismos oficiais como o Instituto da Droga e da Toxicodependência ou o Observatório Europeu das Drogas, em Portugal e na maioria dos países ocidentais, o álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas, seguindo-se a cannabis. A um nível bem mais residual encontramos as anfetaminas e metanfetaminas, a cocaína e a heroína.

Por último podemos apontar as drogas mais utilizadas quando falamos de situações de escalada dos consumos. Presentemente, as drogas de iniciação, isto é, aquelas que são maioritariamente consumidas pelos jovens nas primeiras experimentações, são o álcool e o tabaco – lícitas, e os cannabinóides (o haxixe) – ilícita. As duas primeiras são bastante acessíveis, quer por motivos legais, quer por motivos económicos ou culturais. Os cannabinóides também se tornaram facilmente alcançáveis, pois o seu consumo encontra-se grandemente difundido, e tido como inofensivo, sobretudo no meio juvenil. Posteriormente, as anfetaminas, os solventes ou os alucinogéneos (como o L.S.D.) assumem, várias vezes, um papel intermédio nesta escalada. Numa última fase, destaca-se o consumo da cocaína e posteriormente da heroína. Frequentemente, estas duas substâncias assumem uma relação conexas, isto é, verifica-se o consumo de cocaína, cujos efeitos são estimulantes do S.N.C., e

---

<sup>3</sup> Os dados referem-se a 2009.

seguidamente, verifica-se o consumo de heroína, com efeitos depressores do S.N.C., que vão “acalmar” a pessoa (Macfarlane *et al*, 1997; Fernandes, 1998).

A caracterização das substâncias mais utilizadas actualmente remete para a existência de um largo conjunto de substâncias disponíveis, mas também para as diferentes formas de uso e para os diferentes perfis de consumidores.

### **1.5. Perfis de consumidores**

De uma forma bastante simplista pode-se diferenciar dois grandes grupos de consumidores. Pessoas que consomem drogas de forma ocasional ou recreativa e pessoas que consomem de forma dependente ou problemática (Fernandes, 1998; Calafat e Stocco, 2000; Carvalho, 2007). O primeiro grupo engloba maioritariamente jovens, e o segundo adultos, ainda que também se observe um largo número de jovens com consumos bastante problemáticos e um vasto número de adultos com consumos recreativos.

Novas formas de consumo, por oposição às formas problemáticas do uso, sobretudo, de heroína, têm emergido entre os jovens, maioritariamente. São as formas de consumo recreativo, cujas substâncias mais utilizadas são o álcool, a cannabis, o ecstasy e também a cocaína e o L.S.D. Durante a semana, actividades como os estudos ou o trabalho ocupam estes jovens ou adultos, mas durante os fins-de-semana ou mesmo os fins de tarde/princípio de noite, a vivência do tempo ganha outra expressão. Os sujeitos têm possibilidades de experimentar, arriscar e facilitar a convivência e as relações de sociabilidade através do catalisador droga (Pais, 1990; Calafat e Stocco, 2000: 93). No fundo falamos em parte do tempo de moratória social abordado por Eriksson (*in* Gleitman, 1999), que, no caso dos jovens, permite nesta fase de transição para a adultez, um último grito de rebeldia, irresponsabilidade e infantilidade.

As características sócio-demográficas dos consumidores recreativos são bastante heterogéneas. Num estudo que observou 1627 jovens de Portugal, França, Itália, Espanha e Holanda, acerca de representações sociais acerca do ecstasy, em pessoas que o utilizavam essencialmente para fins recreativos, a maioria dos indivíduos apresentava-se como solteiros, com uma média de idade a rondar os 22 anos e descrevendo-se como pertencentes às classes média e média alta (Calafat, 1998). No

entanto, como já indicado, os consumidores recreativos podem ser também adultos e apresentar outras características.

No que diz respeito ao grupo dos consumidores problemáticos existem mais estudos realizados. Em Portugal, ao nível sócio-demográfico, o perfil dos consumidores, nomeadamente aqueles que apresentam um consumo de substâncias como a heroína ou cocaína, de forma dependente, corresponde maioritariamente a pessoas do sexo masculino, com idades entre os 26 e os 35 anos, e estes têm uma escolaridade média-baixa e são sobretudo solteiros (Negreiros, 2002: 4). O consumo de droga é efectivamente mais observado em indivíduos acima dos 30 anos (Fernandes, 1998: 156). Apresentam por vezes trajectórias de vida marcadas por fissuras com outras esferas, como a família e o mercado de trabalho, apresentando dificuldades ao nível dos rendimentos.

Paralelamente a estes dois grandes grupos principais de consumidores podemos discernir ainda uma outra série de actores enredados no fenómeno, que se formam em função de dois troncos – substância(s) consumida(s) e função/actividade. O já referido “junkie”, consumidor de drogas duras, problemático, visível e estigmatizado; o “dealer”, traficante - consumidor, realiza tráfico para ter para consumir (Fernandes, 1998; Fernandes e Ribeiro, 2002); o traficante, aquele cuja observação e visibilidade é mais reduzida, que lida com quantidades de droga e dinheiro relativamente maiores; e o “enfermeiro”, que ajuda os outros a fazer a injeção, quando estes não conseguem, que reúne uma série de conhecimentos importantes para os consumidores de drogas duras, sobretudo por via injectada; entre outros.

A dimensão espacial também influencia o tipo de perfil dos consumidores. Ser consumidor de drogas ou toxicodependente no meio rural ou numa cidade pequena não é o mesmo que o ser numa grande urbe ou respectiva periferia.

O consumidor de drogas é uma pessoa calculadora de riscos. Para além daqueles que correspondem à figura de vítimas da sociedade, de doentes ou delinquentes, também se pode constatar que existem pessoas que utilizam drogas simplesmente pelo prazer que com isso obtêm, num permanente jogo de avaliação e ponderação do factor prazer Vs risco (Measham, Aldridge e Parker, 2001). A Sociologia tem fornecido importantes contributos para a complexificação da análise do fenómeno do consumo de drogas. Alguns foram já referidos, outros são abordados no capítulo seguinte.



## Capítulo 2. – Contributos teóricos

## **2.1. A Sociologia e o Consumo de Drogas**

Em termos teóricos, diversos modelos têm procurado dar alguns contributos para a explicação dos processos relacionados com o consumo de drogas ou com a toxicodependência. A área da biologia e neurologia, da psicologia, da sociologia e da etnografia, têm produzido alguns desses modelos. Sendo um fenómeno social total (Mauss *in* Silva e Pinto, 2001), considera-se que o olhar multidisciplinar é essencial. Explana-se de seguida alguns dos modelos teóricos mais utilizados, mas por ser esta investigação de cariz sociológico, providencia-se especial destaque aos contributos desta disciplina.

## **2.2. Desvio, estigma e exclusão social**

A Escola de Chicago e a sua vocação naturalista contribuiu para o desenvolvimento da Sociologia do desvio e de uma maior compreensão do fenómeno do consumo de drogas e da toxicodependência.

A construção de uma subcultura foi inicialmente relacionada com esta noção de desvio. Assente na socialização realizada em ambientes que apresentam normas e valores diferentes daqueles que são emanados pela cultura dominante, a apreensão de uma subcultura pode explicar o percurso desviante encetado por alguns indivíduos, em especial em contextos espaciais marginalizados (Cohen, 1955; Miller, 1958).

No entanto, olhando agora para autores como Becker (1973) e Goffman (1986), importantes referências na questão do desvio e do estigma inerente à carreira do toxicodependente, destacam-se estas ideias. A noção de desvio, como o próprio nome indica tem a ver com o afastamento, originado pela diferença, comparativamente a algo que é considerado modelo. Em termos sociais, tem a ver com o desvio à normalidade (socialmente estabelecida), ou seja:

“comportamentos pelos quais indivíduos ou grupos violam as normas de uma sociedade [...] Não pode ser considerado como algo de objectivo, mas é sempre tal no seio de um contexto normativo e, por conseguinte, relativamente, a um determinado sistema cultural” (Demartis; 2002: 100).

Historicamente, os actos tidos como desvios não são sempre os mesmos nem o são as pessoas consideradas desviantes. Por exemplo, a aceitação ou não do consumo

de drogas está bastante relacionada com o contexto em que ocorre e com os significados que lhe são atribuídos (Agra, 1995). Se integrado em determinados rituais o consumo pode ser muito bem aceite. A designação de desvio também não é infalível, porque determinadas pessoas podem ser designadas como desviantes, mesmo não o sendo, bem como uma parte dos desviantes pode nunca chegar a ser identificada como tal. Por isso alguns autores nos referem que não é muito pertinente tentar encontrar factores que expliquem o desvio, mas sim atentar na questão da construção de uma identidade desviante, algo que o grupo de toxicodependentes partilha.

Diversas teorias têm abordado o fenómeno do desvio, como as de âmbito biológico ou psicológico. No entanto, aborda-se a teoria da Rotulagem ou *Labeling theory*, por se considerar que esta traz importantes contributos para a análise da figura do toxicodependente. A teoria da Rotulagem remonta a uma posição de Howard Becker. Segundo este o núcleo dos processos desviantes está relacionado com as normas que definem um comportamento como ilícito ou não. Ou seja, nenhum comportamento é desviante por si, só o é, a partir do momento em que passa a ser definido como tal. O problema consiste então em compreender o que os grupos sociais definem como normal ou desviante e para que fins (Becker, 1973; Agra, 1995; Demartis, 2002: 106). Deste modo, o desvio tem a ver com as relações de poder existentes numa determinada sociedade, e varia de cultura para cultura. Está intimamente ligado com as normas legais estabelecidas, mas também com as normas sociais.

*Outsider* é o termo utilizado para designar a pessoa que não segue as normas estabelecidas pelo poder social dominante. Pode-se relacionar este termo com a segregação de grupos minoritários, ou mesmo com as pessoas com menor capacidade económica, uma vez que geralmente são grupos que detêm menos poder dentro da esfera da hierarquia social. Daí a relação feita frequentemente entre toxicodependência e pobreza e bairros sociais, não obstante a transversalidade do consumo de drogas. A pessoa etiquetada como delinquente ou desviante, será assim considerada e tratada como tal, aumentando ainda mais o fosso entre si e o resto da sociedade. Edwin Lemert (*in* Demartis, 2002) refere ainda que quando o indivíduo é rotulado como desviante – desvio primário, existem fortes probabilidades de ingressar numa carreira desviante, pois percepcionando o seu rótulo e aceitando-o como tal,

cimenta a sua atitude de transgressão – desvio secundário, até porque a própria reacção social acaba por ditar a segregação do indivíduo de determinadas esferas normativas, retirando-lhe recursos, deixando-lhe como única alternativa o percurso desviante.

Segundo Goffman (1986), assistimos portanto na esfera individual à profecia que se auto-realiza. Uma pessoa desacreditada tem a necessidade de estar constantemente a manipular informação (quer para o seu bem estar social quer para o seu bem estar psicológico), mantém laços com o social mas alia-se, ao mesmo tempo, a pequenos grupos desviantes, para poder realizar as suas práticas, de consumo, por exemplo. Se já é uma pessoa desacreditada, pela visibilidade do seu estigma, será discriminada espacial e relacionalmente, e tenderá a ter sociabilidades apenas com o seu grupo desviante (Goffman *in* Demartis, 2002).

Em relação ao estigma, associado inevitavelmente à figura do toxicodependente mais degradado, como o “junkie” de rua, gostaríamos de citar Goffman (*cit in* Demartis; 2002: 106):

“Quando um estranho está diante de nós, pode acontecer que haja provas de que ele possui um atributo que o tornam diferente dos outros [...] um atributo menos desejável. Concluindo, pode chegar-se a julgá-lo como uma pessoa má, perigosa ou fraca. Na nossa mente, é assim desclassificado como pessoa completa [...] uma pessoa marcada, desacreditada. Semelhante atributo é um estigma [...] Julgamos, naturalmente, que a pessoa com um estigma não é um ser humano. Partindo desta premissa, praticamos diversos tipos de discriminação, graças aos quais lhe reduzimos, com muita eficácia embora, muitas vezes inconscientemente, as possibilidades de vida”.

O desvio e o estigma apresentam então uma relação estreita. Imagine-se um utilizador de drogas, a quem se descobre a realização de consumos de drogas ilícitos; é rotulado como desviante, como pessoa que não é capaz de seguir as normas; interioriza esta imagem (estigma), e porque é discriminada e não consegue um emprego para suportar economicamente os seus consumos, dedica-se a actividades criminosas, como a realização de furtos, também visto como um desvio, rectificando a sua carreira desviante ou seja, solidificando um desvio secundário.

No que diz respeito à exclusão social, esta não deve ser confundida com pobreza. A pobreza pode definir-se como a privação de rendimentos para satisfazer as

necessidades fundamentais, como a alimentação e a habitação. Em termos relativos pode-se designar como a incapacidade de manter o nível de vida médio da sociedade a que se pertence (Demartis, 2002). Apesar de se poderem visualizar num mesmo contínuo, pobreza não implica necessariamente exclusão social e vice-versa. A exclusão social deve englobar a falta de acesso a mais do que uma dimensão do sistema social, como a privação à habitação, ao mercado de trabalho ou às oportunidades de educação. Enquanto a pobreza se relaciona essencialmente com a carência económica. No entanto, este é um debate bastante complexo que deixamos para as investigações que incidem sobre estas temáticas.

Roque Amaro (2003) refere que a exclusão social é uma situação de falta de acesso às oportunidades oferecidas pela sociedade aos seus membros. Deste modo, Amaro percepciona a exclusão social como multidimensional, em que são afectadas seis dimensões principais do quotidiano dos indivíduos, a dimensão do ser (personalidade, auto-estima); do estar (pertença social, família); do fazer (realização profissional); do criar (capacidade de concretizar objectivos, acções); do saber (acesso à informação, formal ou informal); e do ter (rendimentos, poder de compra). Como facilmente se depreende várias das pessoas que consomem drogas de forma problemática são excluídas em várias destas dimensões, como a dimensão do ser, do estar ou do fazer.

Em suma e apesar desta breve conceptualização do desvio, do estigma e da exclusão social providenciar importantes contributos para a análise e compreensão da problemática do consumo de drogas, este fenómeno assume formas ainda mais complexas, multidimensionais. É parte integrante da nossa história e da nossa cultura, e não assume sempre a significação de desvio.

Blummer (1982) e os pressupostos do interaccionismo simbólico, e Touraine (1982) e a noção de actor social trouxeram mais contributos para a análise da problemática do uso de drogas. Potenciaram a reequação da relação e da interacção entre os diferentes actores enredados no fenómeno deste tipo de consumo (Fernandes, 1998). Ampliaram o nosso olhar de forma a ver formas mais diversificadas do uso e drogas.

### 2.3. A interacção social, o jogo simbólico e o actor social

Foi Herbert Blummer (1982) quem iluminou o conceito de Interacionismo simbólico. Ou seja, a importância da atribuição de significados nas relações entre as pessoas. Os objectos não são detentores de um significado por si só, estes dependem dos sujeitos, em determinada relação e em determinado contexto, havendo por isso variação. Os significados são socialmente produzidos, partilhados, interpretados e modificados. Por exemplo, o acto de consumir uma droga ilícita pode ter um significado bem diferente para um consumidor e para uma pessoa não consumidora. É frequente observar em algumas relações pais-filhos estas divergências. Enquanto para os primeiros, o consumo possa significar uma transgressão clara e uma afronta aos valores familiares, a clara intenção de uma ruptura familiar, para os segundos, pode significar apenas um acto de partilha, de convivência com amigos e uma forma de diversão.

Assim, torna-se essencial compreender os significados que as pessoas atribuem aos seus actos nas suas interacções e auto-interacções, uma vez que os sujeitos também interagem com o seu *self*, uma característica que não se coaduna com uma dimensão estrutural mas antes com um processo, contínuo, de construção e de adaptação, aos objectos, às relações, aos contextos e significados atribuídos.

Métodos como a observação participante ou as histórias de vida, sobretudo a análise qualitativa, permitem obter melhores resultados no que concerne a investigações que aplicam os princípios do Interaccionismo simbólico. Nesta pesquisa, retiramos como principal contributo o olhar para o fenómeno do consumo de drogas como algo com diversas significâncias, consoante os sujeitos, os grupos e as classes, cujo poder simbólico (Bourdieu, 1989) também ajuda a compreender a contradição que reside no fenómeno do uso de drogas.

Intimamente relacionada com estas considerações e premissas, encontra-se a noção de actor social. Se as pessoas se comportam e interagem de acordo com o jogo simbólico, se os significados não são estanques, então o sujeito não pode ser considerado um espectador passivo, cujo comportamento é condicionado por determinismos do estilo estímulo-reacção, mas antes, um actor social, com poder, projectos e ideias próprias (Touraine, 1982; Debuyst, 1990). Para se perceber melhor

as relações humanas é necessário ter em conta esta certa margem de liberdade, e ao mesmo tempo, os constrangimentos sociais, como os valores, as normas e as instituições sociais.

No âmbito da problemática do consumo de drogas, várias pessoas têm rejeitado o papel de vítimas, de criminosas, de desviantes e promovido conjuntamente a luta por uma mudança de mentalidades, representações e significados. São movimentos sociais que impõem novas reflexões e novos caminhos, como por exemplo, grupos, bem organizados, que lutam pela legalização da cannabis.

Contudo para além da complexa interacção humana e da vivência de jogos de significados, podemos apontar alguns factores que são tidos como de risco e de protecção no que diz respeito à experimentação e à realização de consumo de drogas.

## **2.4. Factores de risco e factores protectores**

É na Adolescência que geralmente se fazem os primeiros contactos com drogas, sobretudo de forma mais ciente. Nesta fase de desenvolvimento começam os movimentos de autonomização familiar (Erikson, 1950), isto é, a reivindicação crescente de uma maior independência, o aumento de importância dos grupos de amigos, a experimentação de situações de maior risco. Alguns experimentam e os consumos mantêm-se ocasionais, sendo que uma grande parte dos adolescentes vai deixá-los no fim deste período. Alguns vão continuar a consumir a mesma ou mesmas substâncias durante uma grande parte da vida. Menos vão entrar num circuito galopante, experimentando quase tudo o que seja droga e tornando-se toxicodependentes (Fernandes, 1998).

Sendo o consumo de drogas um fenómeno social total, existem vários tipos de factores que o explicam: individuais, familiares e sociais. Por isso se apresenta como um problema de tão difícil resolução ou explicação. De entre as variáveis mais apontados, destacamos as seguintes (Dias, 2002:53, 54):

Ao nível individual, a curiosidade parece ser bem relevante para o despertar do interesse pela experimentação de uma droga. Não basta ela ser visível e acessível, também é preciso ser curioso. Por vezes a vontade de pertencer ou de se perceber membro de um grupo também influencia os comportamentos de imitação e

transmissão, dentro do grupo, que podem incluir comportamentos como o uso de drogas. No mesmo contínuo da necessidade que se tem de pertença ou filiação, também se tem necessidade de mostrar autonomização e independência, sobretudo em relação ao sistema parental ou em relação aos outros/adultos, isso pode passar por praticar comportamentos de afronta, considerados diferentes, a procura de risco ou de afirmação pessoal. O prazer é uma das dimensões, por vezes esquecida, mas bastante importante. Frequentemente, as pessoas utilizam drogas, não por questões de influência de pares ou fraco controlo parental, mas simplesmente porque obtêm prazer com a realização do consumo. A procura de um estado de consciência amplificado ou alterado, a experimentação de sensações diferentes, ajudam igualmente no alívio de problemas, de variada índole. Por vezes o consumo surge ainda associado à necessidade de realizar determinadas tarefas, por exemplo, estar mais desperto num trabalho nocturno ou poder dançar por mais tempo.

No que diz respeito às variáveis familiares, a ausência de um equilíbrio nas relações com o sistema parental ou com o sistema adulto pode potenciar o uso de substâncias psicoactivas. Esta falta de equilíbrio pode acontecer, quer devido a excesso de controlo ou pressões, quer devido à ausência de controlo ou excesso de permissividade. Acontece ainda, geralmente de um modo inconsciente, os pais comunicarem de forma incoerente. Condenam o uso de drogas, mas utilizam-nas, acabando por transmitir um exemplo modelar. Acontece frequentemente com substâncias como o tabaco, o álcool e os medicamentos (não) prescritos. A família pode assim constituir-se enquanto factor inibidor ou factor potenciador do consumo dos seus membros, consoante as interacções estabelecidas. Na maioria das vezes a família acaba por enviar mensagens contraditórias, assim como a sociedade em geral.

As variáveis de cariz social relacionam-se com a influência do meio, quer no âmbito de uma perspectiva mais micro, como a escola, o emprego ou os pares, por exemplo, que podem funcionar como meios de transmissão de modelos pró/contra-consumo de drogas, quer no âmbito de uma perspectiva mais macro, como as desigualdades sociais de oportunidades, que potenciam a frustração, a exclusão e uma vivência maior de movimentos de contra-cultura ou de “subcultura” e desafio às normas, formais e informais, estabelecidas (Dias, 2002; Dias, 2003). Os valores e os modelos sociais, em termos de culturas de massas, podem também passar estes

exemplos, de uso de substâncias psicoactivas, de uma forma mais ou menos directa, como a publicidade que utiliza como modelos pessoas a fumar ou a beber.

Igualmente Cândido de Agra (2008), em conjunto com outros investigadores, observou em Portugal, durante anos, o fenómeno das drogas, e as suas relações com o mundo crime. Um vasto conjunto de factores tidos como protectores ou de risco foram analisados nas trajectórias elaboradas, no âmbito do seu modelo explicativo, pelos consumidores de drogas ou toxicodependentes, pelos delinquentes e pelos consumidores criminosos, numa crescente integração do mundo da droga e do mundo do crime. Os factores protectores ou de risco são novamente de ordem biológica/psicológica, social e biográfica/trajectória. A própria formação da personalidade, diz Eriksson, engloba o orgânico, o pessoal e o social, e é por isso fundamental a relação activa com o meio social que contribui para a percepção equilibrada do eu e do outro (*in* Dias, 2002).

Para concluir torna-se essencial sublinhar que os factores de risco ou de protecção não são agentes causais, mas funcionam antes como factores facilitadores ou não do uso de drogas. A presença de um, da maioria ou até mesmo da totalidade, na trajectória de um indivíduo, não implica que este tenha tido ou vá ter experiências de utilização de drogas. No entanto, os factores referidos anteriormente foram os factores mais observados nos estudos realizados sobre modelos explicativos do consumo de drogas.

Atenta-se de seguida novamente no papel da informação enquanto possível factor de protecção para introduzir a teoria das representações sociais, pois estas podem ser modificadas por força do factor informação e alterar o nosso modo de apreender a realidade.

## **2.5. As Representações Sociais**

O Homem sempre tentou perceber como funciona o conhecimento humano, isto é, como se aprende, que conhecimentos se transmitem e porquê. Através da memória, da associação de ideias e da comunicação, a expressão do conhecimento está ligada aos interesses das pessoas, sendo um processo interactivo onde se reflectem as necessidades, os desejos e as frustrações (Moscovici, 2001). É neste âmbito que nasce

o conceito de representação. Os sociólogos Simmel, Weber e Durkheim debruçaram-se sobre o seu carácter colectivo, enquanto força unificadora e constrangedora dos indivíduos (Rêses, 2003). Mas foi com Serge Moscovici em 1961, e no âmbito da Psicologia social que a teoria das representações sociais, enquanto fenómeno inter-dinâmico ganhou expressão. Este autor defende que estas não são apenas extrínsecas ao indivíduo, servindo a função de manutenção social, mas são também intrínsecas ao sujeito e possuem um carácter de inovação e de transformação social.

Numa tentativa de se procurar definir as representações sociais, revela-se necessário sublinhar a sua complexidade. Se é fácil dar-se conta da realidade das representações sociais, não é fácil defini-las conceptualmente. Tal deve-se à sua posição “mista”, na confluência de conceitos sociológicos e psicológicos e é nesta confluência que se devem situar (Moscovici, 1976:39 *cit in* Vala e Monteiro, 1993: 359). Mas para se compreender melhor a noção de representação, atente-se ao seguinte exemplo: se se perguntasse a pessoas que nasceram após a Segunda Guerra Mundial, se Praga fica a Este ou Oeste de Viena, a maioria diria que fica a Este quando na realidade fica a Oeste. Esta situação deve-se à influência dos padrões de comunicação político-ideológicos da segunda metade do século XX. Uma dada representação não tem que ser real, mas é a realidade para o conjunto de pessoas que a partilham (Moscovici, 2001). A comunicação tem assim um papel fundamental na formação das representações sociais. Estas entram no dia-a-dia das pessoas através das conversas com os amigos, conhecidos, e através dos meios de comunicação de massas. Depressa se tornam uma realidade, servindo de meio de ligação entre as pessoas.

No fundo o que as representações fazem é transformar o que é estranho em algo familiar. Isto faz-se através de dois processos: a ancoragem e a objectivação. Estes processos não são sequenciais mas inter-dinâmicos. Tudo o que é estranho e imperceptível causa ansiedade e receio, o Homem precisa de, perante um objecto ou ser desconhecido, o tornar familiar. Assim, procura ancorá-lo, isto é, ordená-lo, classificá-lo numa categoria previamente existente, em que ele se encaixe, e objectivá-lo, ou seja, dar-lhe uma imagem. Estes mecanismos permitem transferir algo para a esfera particular de cada um, onde se pode comparar, interpretar e avaliar, e depois reproduzir em coisas que se conseguem visualizar, “tocar”, controlar (Moscovici,

2001). A neutralidade é proibida segundo a lógica deste sistema, onde cada objecto tem de ter uma avaliação positiva ou negativa e assume um lugar numa hierarquia graduada. A avaliação que os indivíduos fazem tende a comparar as coisas/pessoas com um protótipo. Desta forma, a realidade e o que é real, prendem-se essencialmente com aquilo que os sujeitos são capazes de visualizar de forma mais consensual.

Estas ideias permitem compreender melhor a construção e importância dos pré-conceitos e a relatividade da realidade, de indivíduos e grupos específicos (Moscovici, 2001). Não se pode afirmar que se conhece alguém/algo na sua génese, mas sim que se reconhece, que tipo de pessoa é, a que categorias pertence. A ideia de protótipo promove os preconceitos e geralmente leva a decisões apressadas, que se costumam basear ou na generalização ou na particularização. As representações sociais são assim o produto duma actividade de apropriação da realidade exterior e, simultaneamente, o processo de elaboração psicológica e social da realidade (Cabecinhas, 2009: 4).

Sintetizando, pode-se dizer que as representações sociais são uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 1989 a: 36 *cit in* Vala e Monteiro, 1993: 354). As representações sociais referem-se a um fenómeno comum a todas as sociedades – a produção de sentido e existem representações polémicas ou controversas, emancipadas ou hegemónicas (Vala e Monteiro, 1993). Um dos contributos mais importantes desta teoria é, na opinião dos autores deste trabalho, procurar perceber as especificidades dos indivíduos e grupos, a relatividade e complexidade do conhecimento, levando os sujeitos a adoptar uma posição mais humilde e compreensível das pessoas e da sociedade.

### **2.5.1 Representações sociais, lei e drogas**

Portugal foi vanguardista ao promulgar a lei que descriminalizou o consumo de substâncias psicotrópicas em 2000 (lei 30/2000), pois a maioria dos países só o fez em relação a algumas drogas, geralmente a cannabis. Segundo Quintas (2006) uma grande parte das pessoas em Portugal desconhece a amplitude desta lei. Por isso é, para os

autores desta investigação, importante perceber melhor quais são afinal as representações que as pessoas têm do modelo de regulação do consumo de drogas português. Após dez anos de aplicação da lei, esta parece ainda não ter sido devidamente interiorizada pelas pessoas em geral e pelos consumidores em particular, cujo interesse e relação com o objecto é significativamente maior.

“[...] cabe destacar que os contornos gerais da opção portuguesa são largamente desconhecidos dos sujeitos dos vários grupos populacionais. A maior parte dos participantes no estudo [toxicodependentes, estudantes de direito, de psicologia, polícias e população em geral] não sabe que o consumo de drogas foi descriminalizado” (Quintas, 2006: 301).

Nem mesmo o factor escolaridade parece contribuir para uma maior interiorização e representação do modelo legal português para o consumo de drogas, uma vez que quer os estudantes de direito, quer os estudantes de psicologia revelaram desconhecer os contornos da lei. Por um lado, esperar-se-ia que dada a similitude dos códigos linguísticos homogeneizados pelo percurso escolar (Bernstein *in* Domingos, Barradas, Rainha e Neves, 1986; Durkheim, 2011), os estudantes do ensino superior poderiam conhecer melhor a lei do que a população toxicodependente, geralmente apresentando menos escolaridade. No entanto, esta tem uma relação de maior proximidade com o objecto de regulação da lei, o que pode oferecer outro tipo de leitura.

O seu estudo indica ainda que, na generalidade, e com excepção dos toxicodependentes, as pessoas preferem que o consumo de drogas seja, de alguma forma, proibido por lei (por exemplo através da criminalização ou da descriminalização). No entanto, as pessoas não acham que a proibição contribui para a diminuição do consumo ou para a resolução do problema, parece estar-se apenas perante a necessidade de um certo conforto normativo (De Ketele e Kaminsky, 2000 *in* Quintas, 2006: 285).

De resto, os estudos realizados em Portugal que incidem sobre as representações relacionadas com o consumo de drogas e a lei de descriminalização são ainda reduzidos, em parte devido ao facto de estarmos a falar de uma alteração legislativa com apenas uma década. Alguns estudos analisaram as representações sociais sobre a figura do consumidor de drogas, que demonstrou-se ser, em geral,

depreciativa e associada à imagem do delinquente, criminoso ou doente (Valentim, 1998; Negreiros, 2000), o que se coaduna com a literatura existente (Escohotado, 1989). Carvalho e Leal (2006) construíram e aplicaram uma escala sobre representações sociais a 376 adolescentes acerca do consumo de álcool e outras drogas. Referem algumas diferenças nas sub-categorias, informação, atitudes e crenças, para o álcool e tabaco e para as restantes drogas ilícitas, amenizando-se as primeiras. Em 2008, Sandra Barbosa realizou uma dissertação sobre as representações das forças de segurança em relação ao consumidor de drogas, após a introdução da lei da descriminalização. Foi aplicado um questionário a uma amostra de 250 indivíduos com o objectivo de perceber se as representações tendiam mais para uma linha de consumidor-criminoso ou de consumidor-doente. O estudo concluiu que a primeira apresentava maior regularidade (Barbosa, 2008).

No panorama internacional, um estudo sobre representações sociais acerca do ecstasy, observou 1627 jovens de Portugal, Holanda, Itália, França e Espanha e concluiu que os consumidores de ecstasy não vêm esta substância como uma droga em si, e na mesma linha não se vêm bem como consumidores de drogas. Acreditam que consomem esta substância psicoactiva apenas por motivos relacionados com as alterações sensoriais e com a melhoria das relações de sociabilidade, e crêem, por isso, deter um controlo sobre a substância. No entanto, aparecem relações com dimensões do desvio, quando comparados com um grupo de controlo, ainda que não sejam comparáveis às dos consumidores de drogas ditas duras (Calafat, 1998). Verificam-se portanto diferenças nas representações elaboradas pelos consumidores recreativos e pelos consumidores dependentes.

Como explicitado, as representações sociais verificadas num determinado grupo podem influenciar o encetar de determinados comportamentos. No que se relaciona com o uso de drogas esses comportamentos podem ser de risco.

## **2.6. Comportamentos de risco e saúde**

Todo o comportamento diz respeito a um acto humano, natural ou aprendido, que serve para satisfazer necessidades, comunicar e interagir com os outros. A noção de risco implica a possibilidade de haver consequências danosas. Desta forma, quando falamos em comportamentos de risco associados aos consumos de drogas, falamos da

existência de uma probabilidade de ocorrência de danos em especial para a saúde, quer ao nível físico, quer ao nível psicológico (Beck e Beck-Gernsheim, 2002; Beck, 1992; Feijó e Oliveira, 2001).

A saúde é um dos valores primordiais da modernidade (Beck, 2002). A saúde prende-se com o bem-estar biopsicossocial, e não só com a ausência de enfermidade. Logo a noção de saúde envolve aspectos multidimensionais, pois implica a relação entre dimensões físicas, psicológicas e sociais. Neste sentido, doença é o mal-estar biopsicossocial (W.H.O. *in* Last, 1994). A dependência de drogas pode então ser designada como uma doença, em alguns casos, sobretudo quando associada a sintomatologia relativa à privação da substância consumida, sobretudo física, mas também psicológica e quando acarreta ainda vários problemas ao nível social.

Sabe-se que uma parte das substâncias psicoactivas têm efeitos bastante nefastos na saúde, sobretudo se consumidos de determinada forma, como a forma abusiva. Ora algumas destas substâncias provocam dependência, logo o consumo continuado vai trazer consequências sanitárias ainda mais indesejáveis. Hoje em dia a informação acerca dos efeitos secundários da maioria das drogas está relativamente acessível e divulgada, na maioria dos contextos. A preocupação com a saúde deveria ditar um certo afastamento do comportamento do consumo de drogas. No entanto, um grupo significativo de pessoas continua a experimentar e a consumir drogas. As vertentes, recreativa, de sociabilidade, de prazer e de adição parecem ter um peso bastante importante nesta continuidade.

Sabe-se que no âmbito dos programas de combate ao consumo de drogas tem-se privilegiado a informação, isto é, o aumento da consciencialização das pessoas acerca dos efeitos nefastos na saúde provocados pelas drogas. Será que têm tido algum sucesso na mudança de comportamentos relativamente ao consumo? Os estudos realizados têm se debruçado sobre acções de sensibilização e informação específicas, sendo estas avaliadas imediatamente no seu fim. Geralmente é avaliado o aumento do conhecimento mas torna-se mais complicado avaliar as mudanças de comportamento. A médio e longo prazo, as avaliações tornam-se mais escassas (Turner e Sheperd, 1999). Ao nível da dissuasão perceptual, sabe-se que as normas sociais e informais tendem a ser mais eficazes do que as normas legais. Não existindo significativa diferença nos níveis de consumo de drogas nos países onde o consumo

está criminalizado ou descriminalizado, como é o caso de Portugal (Quintas, 2006). Acresce uma maior necessidade de avaliar se a informação acerca dos efeitos nefastos das drogas produz algumas mudanças nos comportamentos.

Um estudo recente procurou analisar os motivos para a não utilização de drogas ilícitas por jovens em situação de risco, dando especial destaque ao papel da informação como factor de protecção, na prevenção do uso de drogas. Foram entrevistados 62 jovens com idades entre os 16 e 24 anos, provenientes de classes sócio-económicas marcadas pela pobreza. Destes jovens, 32 não utilizavam drogas e 30 consumiam drogas duras. O estudo concluiu que a informação, através do conhecimento dos aspectos positivos e negativos do consumo foi o factor principal na não utilização de drogas ilícitas por parte dos jovens não consumidores, enquanto no grupo dos utilizadores, a ausência ou limitação da informação disponível revelou-se um dos factores de risco para o consumo. A informação transmitida pela família, seguida da observação de experiências de amigos consumidores, tidas como negativas, foram as formas mais eficazes de absorção de informação (Sanchez *et al*, 2010). Um outro estudo sobre representações sociais sobre álcool e outras drogas em jovens verificou uma correlação significativa entre o aumento da informação e as atitudes desfavoráveis face às substâncias psicoactivas (Carvalho e Leal, 2006).

Para terminar os autores deste trabalho gostariam apenas de referir brevemente o modelo de crenças na saúde. Desenvolvido por Hochbaum, Kegels e Rosenstock nos anos 50 (*in* Turner e Sheperd, 1999), e posteriormente por Becker na década de 70, este modelo refere que quanto mais uma pessoa valorizar a saúde em vez da doença, mais facilmente adoptará comportamentos que protejam a sua saúde e evitem a enfermidade. A pessoa avalia factores como a probabilidade de ser atingida por determinada doença, os benefícios e as barreiras, inerentes à alteração do comportamento, de forma a proteger-se. Podemos ainda relacionar este modelo com a teoria da acção racional que o reforça, em parte, pois diz-nos que a intenção de uma pessoa adoptar ou mudar um determinado comportamento depende, em parte, das atitudes e crenças que a pessoa tem relativamente a dado comportamento, e às suas consequências. Depende ainda da sua apreciação normativa, que se relaciona com a valorização normativa social, e ainda com algum grau de subjectividade do próprio indivíduo. No entanto, as principais críticas realizadas apontam falhas na relação com

dimensões, como os hábitos culturais, a influência social e as atitudes. Variáveis como o sexo, a idade ou classe social têm demonstrado diferenças nas regularidades e por isso devem ser tidas em conta.

A relação entre a valorização social da saúde e a adopção de comportamentos que a protejam, como seria de esperar, nem sempre é linear. Outras variáveis complexificam esta equação, e no consumo de drogas, elas podem passar pelo prazer, pela imitação, pela ritualidade. No entanto, e tendo-se salvaguardado esta perspectiva, pode-se esperar que a adopção de comportamentos de protecção da saúde também se verifique em várias situações/pessoas.

## Capítulo 3. – A lei portuguesa

### **3.1. A lei 30/2000 – A descriminalização do consumo**

Como já abordado anteriormente, a aceitação social do uso de substâncias com poder psicoactivo tem sofrido alterações ao longo da história e também se assiste, neste âmbito, a variações geográficas e culturais. No entanto, pode-se afirmar que o uso destas substâncias já passou por um período de maior aceitação e integração social, sobretudo porque se encontravam inseridas em ritos e contextos específicos. Em parte, porque as substâncias mais utilizadas eram sobretudo as autóctones, isto é, aquelas naturais de cada região ou cultura, e por isso, já assimiladas e familiarizadas. Conjuntamente a ociosidade e os modos de viver anteriores à revolução industrial potenciavam esta tolerância, que com os acelerados ritmos trazidos por esta, se alteraram significativamente (Fernandes, 1998).

A partir do século XIX, as tentativas de regulação do consumo passaram a ser mais prementes. As principais posições e oscilações históricas, mundiais e portuguesas, basicamente resumem-se a duas tendências: uma que procura acabar com o consumo de drogas, optando geralmente por modelos de regulação que criminalizam a produção, o comércio e o consumo das substâncias determinadas como ilícitas, e outra que procura a descriminalização do consumo ou, numa fase posterior, a sua legalização. Esta tendência baseia-se nas premissas que os danos sociais que advêm da criminalização são piores do que os danos sanitários relacionados com o consumo, e que um acto criminoso pressupõe a prática de um dolo contra uma pessoa terceira, ou contra um bem. O consumo de drogas prejudica essencialmente o próprio consumidor (Escotado, 1989; Quintas, 2006).

Como se depreende pela figura 1, a criminalização continua a ser um dos modelos mais recorrentes. A legalização é ainda utópica e a descriminalização é um dos modelos cuja tendência tem demonstrado maior poder de influência, em termos futuros.

Figura 1: Evolução da regulamentação do consumo de drogas



Fontes: Decreto-lei 15/93; Decreto-lei 30/2000; Escotado (1989)

Socialmente, e não só politicamente, a ideia de legalização é ainda pouco aceite. As pessoas acham que se deve demonstrar juridicamente que o consumo de drogas é algo maléfico e errado (Quintas, 2006). No entanto, as críticas ao paradigma da “Guerra às drogas” têm dado pontos ao modelo da descriminalização. Aquele paradigma defensor da criminalização encheu as prisões com consumidores de substâncias com poder psicoactivo, ilícitas, e no decorrer de um século, não demonstrou eficácia na redução/extinção do consumo, determinando um aumento dos danos sociais relacionados (Agra, 1995; Quintas, 2006). A descriminalização também se torna mais coerente com o modelo de abordagem vigente relativo ao fenómeno do consumo de drogas, agora um modelo biopsicossocial, onde as intervenções devem ser diferenciadas.

O decreto-lei nº 430/83 de 13 de Dezembro lançou as raízes para o alargamento do paradigma de intervenção, introduzindo intervenções de carácter preventivo. Em 1988, as Nações Unidas aprovaram a convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, que foi entretanto ratificada por Portugal e deu origem ao decreto-lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. O regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos criminalizava o consumo de drogas mas tinha já alguns reflexos de tendências a favor de multas ou contra-ordenações, em especial para pequenos consumidores e atentando também ao tipo de substância utilizada.

Foi na linha deste percurso e neste contexto que Portugal instituiu a lei 30/2000, de 29 de Novembro, da descriminalização do consumo de drogas. O seu objecto, definido no art.º 1 passa pela:

“definição do regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes [...], bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica”.

Portanto, o fim explícito é o de proteger a saúde e a dimensão social da pessoa. Para o efeito, o consumo destas substâncias é considerado uma contra-ordenação, sendo que por consumo entende-se a aquisição e detenção de quantidades não superiores às necessárias para o consumo individual médio para dez dias.

Desta forma, as forças de autoridade têm o dever de identificar as situações e pessoas com posse de drogas e fazer um auto da ocorrência. Este será encaminhado para as Comissões de Dissuasão da Toxicodependência, entidades criadas no âmbito desta lei, que têm a competência para o processamento e aplicação das respectivas sanções. Foram criadas, pelo menos, uma por distrito. A equipa técnica destas Comissões engloba um jurista, e pode ainda ser constituída por médicos, psicólogos ou sociólogos, entre outros. Refere o art.º 10 que a Comissão:

“ouve o consumidor e reúne os demais elementos necessários para formular um juízo sobre se é toxicodependente ou não, quais as substâncias consumidas, em que circunstâncias [...], qual o local e a sua situação económica”.

As deliberações podem passar pela suspensão do processo se se considerar que o consumidor não é toxicodependente, e no caso de se considerar toxicodependente, pela adesão a um tratamento. A entidade de saúde, pública ou privada escolhida (neste caso os custos são assumidos pelo próprio) deve comunicar à Comissão, periodicamente, de três em três meses, o desenrolar do tratamento. A suspensão, que pode ir até um máximo de três anos passa a arquivada, se não tiver havido reincidência, para os não toxicodependentes, e adesão ao tratamento, para os toxicodependentes. As sanções, que podem ser pontuais ou aplicadas durante um período de um mês a três anos, passam por uma coima ou uma sanção não pecuniária, para o caso dos não toxicodependentes, e por uma sanção não pecuniária, para o caso dos toxicodependentes. A Comissão tem em conta factores como o tipo de substâncias consumidas, local público ou privado do consumo e a situação económica do sujeito. Podem ainda ser aplicadas, em vez das coimas, admoestações, como a interdição de exercer determinada actividade, a interdição de frequentar determinados lugares e acompanhar determinadas pessoas, a interdição de ir para o estrangeiro ou a

apresentação periódica em determinado local e, por último, pode igualmente recorrer-se ao trabalho comunitário.

A lei, contudo, dá alguma margem de manobra às equipas técnicas, para a análise das “particularidades de cada caso” (art. 19), podendo optar-se pelas medidas que melhor cumpram os objectivos, isto é, prevenir um novo consumo. Na prática, a procura de adesão a um tratamento é a sanção mais aplicada, porque o que se pretende com esta lei é a monitorização e tratamento dos consumidores, sobretudo dos toxicodependentes (Quintas, 2006).

A lei de descriminalização do consumo prevê assim um forte investimento na prevenção do consumo, na monitorização, tratamento e reinserção dos toxicodependentes, e na redução dos danos associados aos consumos.

### **3.2. Áreas de intervenção**

Diversos contributos ajudaram já a perceber que o utilizador de drogas não cabe numa figura redutora e ultrapassada, como a figura do criminoso, e até mesmo do doente. Os utilizadores de drogas são pessoas bastante heterogéneas, e o consumo, em alguns casos, transforma-se em algo problemático e com carácter aditivo, noutros não. O consumo de drogas é um fenómeno multidimensional, ligado a laços individuais, sociais e culturais, o que se traduz actualmente no paradigma de intervenção biopsicossocial. Diferentes problemas e diferentes casos merecem, diferentes respostas e diferentes serviços. Em Portugal, e na maioria dos países ocidentais, existem hoje as seguintes áreas de intervenção, relacionadas com o consumo de drogas, promovidas essencialmente pelo poder público, através do Ministério da Saúde – Instituto da Droga e da Toxicodependência, e pela Sociedade Civil, através de Instituições de solidariedade social e organizações não governamentais: (1) A Dissuasão, (2) a Prevenção, (3) o Tratamento, (4) a Reinserção e (5) a Redução de Riscos e a Minimização de Danos.

#### **3.2.1. A Dissuasão**

A área da Dissuasão é o braço direito da lei da descriminalização. Faz-se sobretudo através das Comissões de Dissuasão da Toxicodependência, criadas para o

efeito com a lei de 30/2000. O seu objectivo é precisamente o de aplicar a lei. O consumo de drogas não é crime, mas também não é legal nem se encontra despenalizado, encontra-se sim descriminalizado. O fim destas Comissões é então aplicar uma sanção, que neste regime não passa por pena de prisão, mas sim por sanções pecuniárias ou não pecuniárias, ou ainda admoestações.

O Plano de Acção Contrás as Drogas e Toxicodependências – horizonte 2008 que operacionaliza o Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 preconiza alguns objectivos no domínio da Dissuasão. Continuar a incrementar o encaminhamento de consumidores para estruturas que se adequem às necessidades identificadas, quer sejam do foro preventivo, terapêutico ou mesmo ao nível da aplicação de uma sanção e reforçar a rede de parcerias de forma a potencializar a aplicação da lei, das sanções e dos recursos humanos.

Estas Comissões permitiram afastar dos tribunais os inúmeros casos de consumo de drogas que atolavam o já apinhado sistema judicial (Quintas, 2006). Estas Comissões são assim um órgão híbrido, com poder jurídico, mas também com características sanitárias e sociais. Basta atentar na constituição da sua equipa técnica: um jurista e técnicos da área da saúde e psicossocial. As Comissões devem trabalhar em rede, com outras entidades da área sanitária e social, para assegurarem o sucesso dos tratamentos e do andamento dos casos acompanhados. Os dados do consumidor e da contra-ordenação são realizados num registo central, comum para todas as Comissões, e não no registo criminal (<http://www.idt.pt/PT/Dissuasao>), o que contribuiu para a solidificação da descriminalização.

A Dissuasão prevê assim uma satisfação das necessidades dos indivíduos identificados como consumidores. No entanto, a satisfação das suas necessidades pode passar em alguns casos, pela continuidade dos consumos. Como reagem as Comissões perante estes casos, perante sujeitos que recusam tratamentos para interromperem os consumos? Os serviços de Redução de Riscos e Minimização de Danos não têm como objectivo prioritário o tratamento ou a abstinência. As Comissões de Dissuasão podem fazer o encaminhamento para estes serviços, mas uma total aceitação da realização de consumos não é coerente com a Lei da descriminalização. Como lidam com estas contradições, com estes constrangimentos?

Deixa-se este item numa lógica de reflexão e prossegue-se com as restantes áreas de intervenção.

### **3.2.2. A Prevenção**

A área cujo objectivo passa por prevenir o consumo de drogas desenvolve a sua acção com a população em geral e sobretudo com jovens. Procura-se evitar que se iniciem/realizem quaisquer consumos, em especial ilícitos.

Têm crescido vastamente, em importância e utilização, as intervenções de cariz preventivo. A noção de Prevenção, que pode ser aplicada a qualquer situação, ganhou também crescente expressão no seio desta problemática. Três níveis foram entretanto diferenciados, a Prevenção primária, a Prevenção secundária e a Prevenção terciária. Correspondem a uma gradação, a primária pretende intervir junto das pessoas em geral para que não venham a consumir drogas, evitando os riscos associados. A secundária pretende actuar rapidamente e eficazmente, com vista à resolução do problema – consumo, que pode passar pelo tratamento, evitando que este se cristalize. E a terciária tem como objectivo evitar recaídas ou o prolongar dos consumos numa fase mais avançada, onde a forma dos consumos pode assumir contornos de dependência (Caplan, 1980).

Em função das características grupais, deve-se ainda destacar a Prevenção universal, selectiva e indicada. A primeira, como o nome indica, dirige-se a toda a comunidade, a selectiva pretende intervir com um determinado grupo, que apresente um maior risco de vir a consumir, e a Prevenção indicada trabalha com grupos que tenham já tido experiências de consumo de drogas ([www.idt.pt/prevencao](http://www.idt.pt/prevencao)). No fundo, consiste numa reclassificação da Prevenção primária, secundária e terciária.

No âmbito da Prevenção, o modelo informativo, isto é, uma intervenção universal baseada na promoção do aumento do conhecimento e da informação sobre as substâncias psicoactivas, efeitos ou consequências, não demonstrou ainda resultados suficientemente sólidos. As avaliações chegam por vezes a ser contraditórias e o facto de se consubstanciarem em acções de cariz pontual ou descontinuado dificulta ainda mais a avaliação do impacto a médio e longo prazo (Turner e Sheperd, 1999). O factor curiosidade, despoletado em alguns sujeitos, parece ameaçar o factor dissuasor

reflectido noutros, segundo alguns autores. De qualquer forma a informação transmitida por vezes passa por mensagens peremptórias do estilo “Não às drogas” ou a “Droga mata”, ocultando os porquês e os processos explicativos que ajudam a perceber e interiorizar melhor as mensagens.

Desta forma, actualmente, os programas de intervenção preventivos assentam sobretudo no desenvolvimento de competências pessoais e sociais nos jovens, como a questão da resiliência ou o melhoramento das relações interpessoais e familiares.

O meio escolar continua a figurar entre os contextos privilegiados para a realização destas intervenções. No entanto, cresce o número de programas de prevenção do uso de drogas dirigidos ao contexto familiar, desportivo, laboral e recreativo. No fundo procura-se o fortalecimento de toda a rede sócio-comunitária do jovem ou adulto, de modo a potenciar esta protecção.

Sintetizando, a Prevenção do consumo de drogas está fortemente associada à informação e à educação para a saúde. Pressupõe-se que quanto melhor as pessoas estiverem informadas acerca dos riscos que correm, melhor os evitarão. Os críticos defendem que poderá desencadear um efeito perverso de curiosidade e por isso mais vale não abordar o assunto, os defensores referem que pessoas bem informadas são capazes de tomar melhores decisões. Apesar do papel preponderante da informação, crê-se hoje que não pode passar apenas por isso e investe-se conjuntamente no desenvolvimento de outros factores considerados de protecção.

### **3.2.3. O Tratamento**

O Tratamento das toxicodependências é talvez a área de intervenção mais conhecida. O desejo de procurar tratar ou curar pessoas com problemas de adições é bem antigo. E existe uma série de terapêuticas proclamadas para o tratamento do consumo de drogas visto enquanto patologia. Os serviços de tratamento são promovidos, quer pelo Estado, quer por privados, ainda que nesta modalidade, os custos para os sujeitos possam ser bem significativos. Se a Dissuasão é o braço direito no âmbito da aplicação da lei da descriminalização do consumo de 30/2000, o Tratamento ocupa também um lugar de destaque. As principais sanções aplicadas aos

indivíduos considerados toxicodependentes passam pelo encaminhamento para este tipo de estruturas e para o cumprimento de um programa de tratamento.

Já antes da lei da descriminalização do consumo de 30/2000, o Estado constituiu vários dispositivos ao serviço do tratamento, nomeadamente, os Centros de Atendimento a Toxicodependentes, agora denominados de Centro de Respostas Integradas (C.R.I.) – equipas de tratamento, havendo no mínimo um centro por distrito. Existem ainda as Comunidades terapêuticas, as Unidades de desabilitação e os Centros de dia, que podem ser da tutela pública, privada, ou privada convencionada. Os primeiros, os C.R.I., são responsáveis pelo atendimento de primeira linha, pela avaliação dos casos, pela gestão dos cuidados e das terapêuticas instituídas, sendo compostos por uma equipa multidisciplinar que conta com médicos/psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros técnicos psicossociais. Alguns exemplos dos tratamentos mais prestados são as psicoterapias e os programas de substituição opiácea (Metadona, Buprenorfina). As comunidades terapêuticas constituem centros de abordagens holísticas e baseiam-se em métodos diferentes (ex. “12 passos”). Geralmente, as pessoas que procuram tratamento nestes centros são integradas já sem consumos, podendo ter tido necessidade de realizar uma desintoxicação antes do ingresso. Trabalham-se questões como a auto-estima, as competências pessoais e sociais, a resiliência e a reinserção da pessoa. Os programas variam geralmente de 6 meses a 2 anos, com um sistema de abertura gradual, ou seja numa fase inicial, as pessoas podem não poder receber visitas ou ter qualquer tipo de contacto com o exterior, realizando todas as suas actividades no interior do centro (ex. uma casa, uma quinta). As equipas técnicas são bastante heterogéneas e multidisciplinares. As Unidades de desabilitação correspondem a clínicas, com grande especialização médica e farmacológica, para os consumidores de drogas dependentes fazerem desintoxicação orgânica de determinada substância que cause dependência física, como a heroína, a Metadona ou o álcool. Os períodos de internamento médios são de uma ou duas semanas e geralmente em regime fechado. As equipas técnicas passam essencialmente por médicos e enfermeiros e a desintoxicação é realizada com base em fármacos. Refira-se que também é possível fazer desintoxicações em ambulatório, mas estas são prescritas a pessoas que geralmente têm algum apoio familiar ou retaguarda domiciliar, para assistir e motivar na toma da medicação.

Também quando se trata de uma primeira desintoxicação os clínicos usualmente tentam esta modalidade, que comporta menos custos para o estado. Os Centros de Dia constituem unidades viradas para os sujeitos que se encontram já em abstinência, mas com grandes riscos de voltar a consumir, que não têm retaguarda familiar/de suporte e que apresentam necessidades ao nível da reinserção social. Nestes centros são trabalhadas sobretudo competências educativas e ocupacionais e as equipas técnicas passam essencialmente por profissionais da área psicossocial.

Ainda há poucos anos atrás, o tratamento da toxicod dependência das substâncias ilícitas e do alcoolismo era realizado em sistemas próprios e fisicamente separados, fruto da tradição e diferenciação legal das substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas. No entanto, aquando da última reestruturação de serviços, implementada a partir de 2006 ([www.idt.pt/tratamento](http://www.idt.pt/tratamento)) estas adições passaram a ser tratadas de igual forma ao nível das intervenções disponibilizadas, quer no âmbito do tratamento, quer no âmbito das outras áreas como a Prevenção, a Reinserção ou a Redução de Riscos e Minimização de Danos.

As estratégias de tratamento utilizadas e referenciadas são bastante diversificadas mas as mais comuns são as de cariz médico-farmacológico e as de cariz psicoterapêutico (Borges e Filho, 2004). Sendo o consumo de drogas um fenómeno multidimensional parece-nos que as terapêuticas com um carácter mais holístico poderão ser aquelas com maiores sucessos. No entanto, um factor é comumente apontado, a motivação. Este factor pode estar comprometido quando a adesão a programas de tratamento passam pela resposta a uma sanção legislativa.

Os sujeitos dependentes de drogas que conseguem finalizar terapias com sucesso e abandonam os consumos, deparam-se geralmente com outro problema, a inclusão social. Falhas neste processo podem ditar recaídas e ciclos frustrantes de tratamentos e recidivas que vão desgastando quer os consumidores, quer os seus familiares ou próximos. Este processo pode ser realizado pelo próprio sujeito, trabalhando as suas redes e relações, contudo o estado disponibiliza também serviços nesta área.

### 3.2.4. A Reinserção

As trajectórias de vida dos consumidores de drogas, sobretudo daqueles que se tornaram dependentes, consegue por vezes levá-los a situações de exclusão social. Verificam-se fissuras na vivência e na participação ao nível da vida familiar, do trabalho ou das relações de sociabilidade. As carreiras dos toxicodependentes ou as carreiras por vezes tidas como desviantes podem corresponder frequentemente a uma perda de laços heterogéneos, mantendo-se ou fortalecendo-se as relações estabelecidas com grupos com as mesmas características, por exemplo, outros consumidores.

O estigma pode manter-se após a realização de uma paragem ou tratamento do uso dependente de substâncias psicoactivas. E a tarefa pode tornar-se bem mais complexa do que parece se o indivíduo procura reatar os laços quebrados com a família e com a sociedade. Visto como consumidor, doente, desestruturado, ele pode ter dificuldades em livrar-se dessa imagem.

A Reinserção tem como objectivo desenvolver acções com vista ao restabelecimento da vivência destas esferas tidas como estruturais na sociedade. Procura “restabelecer um quadro de vida com auto-suficiência e satisfação social” (Carvalho e Pinto, 2007: 7). Os indivíduos devem-se encontrar numa fase de tratamento ou abstinência para usufruir deste tipo de serviços, prestados maioritariamente por técnicos da área psicossocial. Na generalidade as estratégias da Reinserção passam por mobilizar recursos de apoio, de assistência social, mas específicos para esta população.

Luís Capucha (*cit in* Carvalho e Pinto, 2007: 12) arrisca a seguinte definição no que se refere ao processo de Reinserção:

“não se trata apenas de aceder a um determinado rendimento, [...] trata-se também de possuir condições para estabelecer um projecto de vida, construir um estatuto e uma identidade social, alimentar uma imagem positiva de si próprio, alargar as redes de sociabilidade, manter uma relação com instituições e serviços colectivos, adquirir direitos à saúde e à protecção social e sentir-se dono do seu próprio destino e do da sua família”.

A Reinserção procura colmatar o conjunto de necessidades do indivíduo, mas talvez por falta de recursos, as medidas de Reinserção estão ainda muito viradas para a questão do aumento dos rendimentos.

Ao nível público, em Portugal, um dos principais exemplos de programas de Reinserção corresponde ao Programa Vida Emprego, criado em 1998, um programa que procura formas de inserção profissional, através de acções junto das organizações de trabalho da sociedade civil, como a angariação de postos de trabalho e estágios. O Estado oferece algumas regalias, como subsídios às organizações empresariais ([www.idt.pt/reinsercao](http://www.idt.pt/reinsercao)). No entanto, acontece frequentemente, no fim dos apoios previstos no âmbito desta medida, as empresas não integrarem os ex consumidores nos seus quadros de empregabilidade. Os apoios ao nível da integração profissional também podem passar pelo fomento de medidas de criação do próprio emprego para os sujeitos em recuperação do processo de adição, no entanto a desintegração social ao nível das sociabilidades também dificulta este processo.

Em suma, verificamos que a Reinserção procura contribuir para a integração social das pessoas que optam por deixar de consumir drogas. No entanto, os processos de exclusão social implicam a ruptura de laços em várias áreas, como ao nível familiar, social, de trabalho, habitacional, ou de educação. E os serviços prestados correspondem maioritariamente aos apoios económicos (ainda que reduzidos) e à tentativa de integração profissional. Os programas no âmbito da reinserção carecem de respostas mais holísticas, na prática, pois em termos teóricos estas encontrarem se já protocoladas.

### **3.2.5. A Redução Riscos e a Minimização de Danos**

Esta área de intervenção, por vezes apenas referida como Redução de Danos tem sido definida como uma estratégia de saúde pública que procura controlar possíveis consequências adversas do consumo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, sem, necessariamente, interromper esse uso, procurando também promover a inclusão social e a cidadania para os utilizadores de drogas ([www.idt.pt/ReducaoDanos](http://www.idt.pt/ReducaoDanos)). A Redução de Danos é tida como uma resposta política e social a esta problemática, e no contexto português, tem sido promovida

publicamente, pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, ainda que sejam as organizações da sociedade civil a darem-lhe especial destaque.

Pode-se então dizer que a Redução de Danos tem como intenção minimizar as consequências adversas do consumo de substâncias prejudiciais provocadas no sujeito e também na sociedade, e não pressupõe a obrigatoriedade de abandono desses mesmos consumos. Oferece assim uma alternativa na área da saúde, intervindo junto do sujeito e da comunidade, diminuindo as ameaças à saúde pública que o consumo de drogas acarreta. Pressupõe um conjunto diferenciado de serviços e práticas integradas, numa hierarquia de pequenos objectivos pragmáticos que procuram diminuir os riscos e danos do uso de drogas, como os programas de troca de seringas e o fornecimento de material asséptico de consumo, os serviços de aconselhamento, os programas de substituição opiácea, as salas de consumo assistido, a educação pelos pares e as equipas de proximidade (E.M.C.D.D.A., 2010).

As origens desta abordagem podem ser rastreadas até aos inícios do século XX, com a prescrição de heroína e morfina a dependentes de opiáceos no Reino Unido, em 1920. Outro marco importante correspondeu à introdução de Metadona, um substituto opiáceo, nos E.U.A. em 1960 (Spear, 1994; Bellis, 1981; Erickson, 1999 *in* EM.C.D.D.A., 2010: 20). Mas a sua mediatização e propagação surgiu na década de 80 do século XX, no âmbito da crescente problemática da infecção por V.I.H./S.I.D.A. Muitos países optaram por encetar respostas mais pragmáticas visando a redução da transmissão do V.I.H., por via endovenosa, entre os consumidores de drogas (Borges e Filho, 2004), como os programas de troca de seringas, por exemplo. Os programas de Redução de Danos não têm como requisito a abstinência para se dar início ao tratamento, porque apesar da abstinência ser um dos objectivos últimos do tratamento:

“a redução de danos encoraja a redução de riscos gradual com ênfase em objectivos que podem ser atingidos, como a redução do consumo ou modos mais seguros da administração da substância” (Borges e Filho, 2004: 411).

No entanto, a R.R.M.D. hoje em dia, aparentemente reconhecida como válida pelos decisores políticos, nem sempre usufruiu desta perspectiva. Sobretudo no início da sua aplicação, esteve envolta em polémica (E.M.C.D.D.A., 2010). Um dos

argumentos mais utilizados era precisamente o de não ter como objectivo prioritário o tratamento ou a abstinência dos consumos, e por outro lado, poder encerrar nas suas práticas, um certo incentivo ao consumo. Os programas de troca de seringas, por exemplo, foram bastante criticados, vistos por muitos como uma forma de promover o consumo. Nos E.U.A., várias associações civis, realizavam troca e distribuíam seringas, entre os utilizadores de drogas, de forma clandestina, e sujeitas a processos criminais. Em termos políticos, os sectores de esquerda pendiam mais a favor destas práticas e os sectores de direita perspectivavam mais aspectos contra. No entanto, os resultados verificados relativos à diminuição do contágio, nomeadamente do V.I.H., entre os utilizadores, parece ter ditado algum reconhecimento dos ganhos em saúde proporcionados pela R.R.M.D. Para além dos ganhos sanitários falamos de ganhos económicos. O custo com as terapêuticas e fármacos instituídos para o V.I.H./S.I.D.A. parecem suplantar as despesas com os programas de troca de seringas.

Redução do risco ou redução do dano são termos frequentemente usados como sinónimos. O risco relaciona-se com a possibilidade de que um evento poder vir a ocorrer, o dano deve ser visto como a ocorrência do próprio evento. Deste modo, evitar o dano seria uma atitude mais pragmática do que evitar o risco (nem sempre ocorre necessariamente um dano, numa situação onde há risco). No entanto, os termos Redução de Riscos ou Redução de Danos são frequentemente utilizados para englobar a Redução de Riscos e a Minimização de Danos.

Segundo os autores supra citados, os princípios básicos que orientam a Redução de Danos são: (1) O seu reconhecimento como uma alternativa de saúde pública em relação aos modelos criminais, morais e de doença, do uso de drogas, optando pelo respeito pelo outro - o humanismo; (2) a procura de alternativas que reduzam os danos e minimizem os riscos, apesar de reconhecer a abstinência como ideal, trata-se de uma abordagem que parte do sujeito e da defesa dos seus interesses, em vez de partir daqueles que detêm o poder político-legal; (3) a promoção de serviços de baixa exigência e tenta reduzir o estigma associado a esta problemática, incentivando as pequenas mudanças e potenciando o seu êxito; (4) baseia-se no pragmatismo empírico por oposição ao idealismo moralista, partindo do princípio de que historicamente sempre existiu consumo de drogas e é preferível tentar perceber o que se pode fazer para reduzir as suas consequências.

Os procedimentos e estratégias de Redução de Danos passam: pelo ensino (educação) de práticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos a sujeitos e a grupos; pela disponibilidade ambiental de equipamentos, isto é, pelo aumento da oferta de procedimentos de Redução de Danos na sociedade; e pela reformulação das práticas públicas, no sentido de uma legislação adequada. Algumas das práticas mais comuns de Redução são, por exemplo, os programas de troca de seringas e os programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência (como a Metadona), a análise de pureza das drogas, as condições para que o consumo seja realizado o mais assepticamente possível e a promoção da alteração para vias de consumo menos lesáveis (por exemplo, passar de um consumo realizado por via endovenosa para um consumo realizado por via fumada).

Em Portugal, as estratégias de Redução de Danos começaram a ser implementadas essencialmente a partir de 1980, e relacionaram-se também com a luta contra o V.I.H./S.I.D.A., promovendo o uso do preservativo e a não partilha de material de consumo (quer seringas, quer cachimbos ou outro material). Ao mesmo tempo introduzia-se o uso da Metadona para fins terapêuticos, ideia trazida dos E.U.A., mas estas estratégias ocorriam solitariamente e sem grande apoio estatal. Tal como outros países europeus, Portugal procurava a mudança de comportamentos dos utilizadores de drogas. Em 1992 alargaram-se os programas de troca de seringas que não tiveram grande visibilidade até finais dos anos 90. Em 1998 em cooperação com a Câmara Municipal de Lisboa é criado um plano de Redução de Danos para o bairro do Casal Ventoso, que originou uma Equipa de Rua, um Centro de Acolhimento e um programa de substituição opiácea, tudo *in locus*. No entanto, foi em 1999 que se consagrou a política de Redução de Danos, com a elaboração da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, que começou a ser implementada em 2001, criaram-se mais Equipas de Rua (de proximidade), Centros de Acolhimento e Centros de Abrigo, Programas de substituição opiácea, Programas de troca de seringas e distribuição de preservativos, entre outras (Borges e Filho, 2004).

Mas se a disseminação e a adopção das estratégias de R.R.M.D. se deveram em grande parte à problemática da infecção por V.I.H./S.I.D.A., nas últimas três décadas, actualmente, os desafios que se colocam são bem mais audaciosos. Os estudos demonstram evidências nos ganhos e no impacto da utilização destas estratégias no

comportamento dos utilizadores, a transmissão do V.I.H. entre utilizadores de drogas consumidas por via endovenosa diminuiu, mas não deixou de existir. O panorama actual parece trazer os seguintes desafios à R.R.M.D.: como diminuir a transmissão de infecções como a Hepatite B e C, cujas vias de contágio são mais vulneráveis, entre os utilizadores; como diminuir as comorbilidades associadas ao consumo; como lidar com a crescente complexificação das substâncias e dos utilizadores e com a realização de policonsumos, quer de substâncias lícitas, quer de ilícitas. Para além das evidências relativas aos programas de troca de seringas, no que diz respeito à diminuição do contágio do V.I.H., também os programas de substituição opiácea demonstraram resultados positivos neste campo. Mas as evidências são reduzidas no que concerne à diminuição da transmissão da Hepatite C, por exemplo. Os diversos serviços e programas têm ainda impacto na diminuição dos comportamentos de injeção (E.M.C.D.D.A., 2010).

Em suma, a Redução de Riscos e Minimização de Danos trabalha com indivíduos que utilizam substâncias psicoactivas e que, por algum motivo, não querem ou não conseguem parar os seus consumos. Uma vez que não acedem ao tratamento torna-se necessário reduzir os riscos e danos inerentes a este uso. No âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, que trabalha essencialmente com indivíduos que já utilizam substâncias psicoactivas, portanto com as situações onde o consumo já está instalado, que impacto terá a informação nos comportamentos relativos ao consumo? A literatura parece ser mais omissa relativamente a esta questão. No entanto a informação, trabalhada através das relações interpessoais, através de estratégias de educação para a saúde e direccionada para o(s) tipo(s) de substância(s) utilizada(s) é um dos instrumentos de intervenção mais recorrente na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos. Parece ser lógico que sendo uma informação trabalhada de forma mais personalizada, com pessoas que já consomem e por isso têm outro interesse no objecto da informação, o impacto seja diferente. Fala-se da mudança de pequenos comportamentos e atitudes, não propriamente no sentido da abstinência mas no sentido da diminuição de alguns riscos e danos.

Outro factor que concorre para a existência de poucos trabalhos nesta área, deve-se ao facto de a generalização destes programas ser em termos históricos

relativamente recente. No entanto, revela-se necessário avaliar melhor o impacto desta área de intervenção nos comportamentos dos consumidores de drogas.



## **II – À PRÁTICA...**

### **Capitulo 4. – Percurso metodológico**

#### **4.1. Problemática e objetivos**

A utilização de substâncias psicoactivas de forma problemática tem assumido particular relevância nas sociedades actuais. Investigadores, educadores, pais, políticos, todos tentam solucionar um fenómeno ancestral. Diversas pessoas trabalham actualmente no mundo das drogas, quer seja em serviços jurídico-legais, de prevenção, de tratamento ou de R.R.M.D., entre outros. A motivação jusante para esta investigação foi essencialmente de cariz profissional. Aprofundar o conhecimento sobre a problemática da utilização de drogas, numa óptica de optimização das práticas de intervenção social, a uma escala micro (profissional) e macro (político-social e legal), sob uma perspectiva sociológica.

A literatura revela algumas evidências no impacto das intervenções de R.R.M.D., mas estas prendem-se com a avaliação de programas e resultados específicos, como os programas de troca de seringas e a diminuição da transmissão do V.I.H. por via da realização do consumo endovenoso. Faltam evidências no campo mais vasto dos comportamentos de risco e dos comportamentos em geral, promovidas sobretudo pelo factor informação, dirigido a pessoas que já utilizam drogas. Ao nível metodológico têm sido realizados sobretudo estudos do tipo extensivo e quantitativo, com recurso ao inquérito por questionário. O uso de uma entrevista semi-estruturada pode por isso contribuir para uma visão mais enriquecedora destas questões, ainda que o questionário ajude a ter uma visão mais global do grupo inquirido – toxicodependentes, beneficiários de serviços de R.R.M.D.

No âmbito das representações sociais, específicas sobre o modelo de regulamentação português acerca do consumo de drogas, e tendo o modelo vigente uma década de existência, os trabalhos são praticamente inexistentes. No entanto, Quintas (2006) deu um importante contributo ao avaliar o conhecimento que a população em geral tem sobre a lei. Uma maioria acredita que o consumo se encontra criminalizado, seguido de um significativo número de pessoas que não sabe qual é o modelo de regulamentação existente. Ele utilizou questionários e inquiriu adultos no geral, estudantes de direito, estudantes de psicologia, polícias e toxicodependentes. Debruçou-se sobre esta questão, quer através da realização de uma entrevista semi-

estruturada, quer através da realização de um questionário, tentando dar mais alguns contributos no que respeita às representações mais observadas no grupo.

A **problemática** com que se trabalhou respeita ao consumo de drogas elegendo por objecto de estudo o impacto da informação na redução de comportamentos de risco, no âmbito das intervenções de R.R.M.D., e as representações sociais que os utilizadores de drogas têm acerca do modelo de regulamentação legal português. Este objecto de estudo traduziu-se nas seguintes questões: 1.) Qual o impacto da informação nos comportamentos relacionados com o uso de drogas em utilizadores, no âmbito das intervenções de R.R.M.D.?; 2.) Quais as representações sociais que os utilizadores de drogas têm acerca do modelo de regulamentação português sobre o consumo de drogas?

Neste seguimento delinearão-se como **objectivos**:

1.) Perceber qual o efeito da informação nos comportamentos relativos ao consumo de drogas, na área da R.R.M.D. Mais concretamente, perceber se a informação que tem como finalidade a diminuição dos riscos e danos associados ao uso de drogas, no âmbito da R.R.M.D. leva a uma diminuição dos comportamentos de risco por parte dos utilizadores de drogas;

2.) Perceber quais as Representações Sociais que os utilizadores de drogas têm acerca do modelo de regulamentação português sobre o consumo de drogas. Perceber ainda qual a opinião dos utilizadores relativamente ao impacto do modelo de regulamentação na utilização de drogas por parte das pessoas.

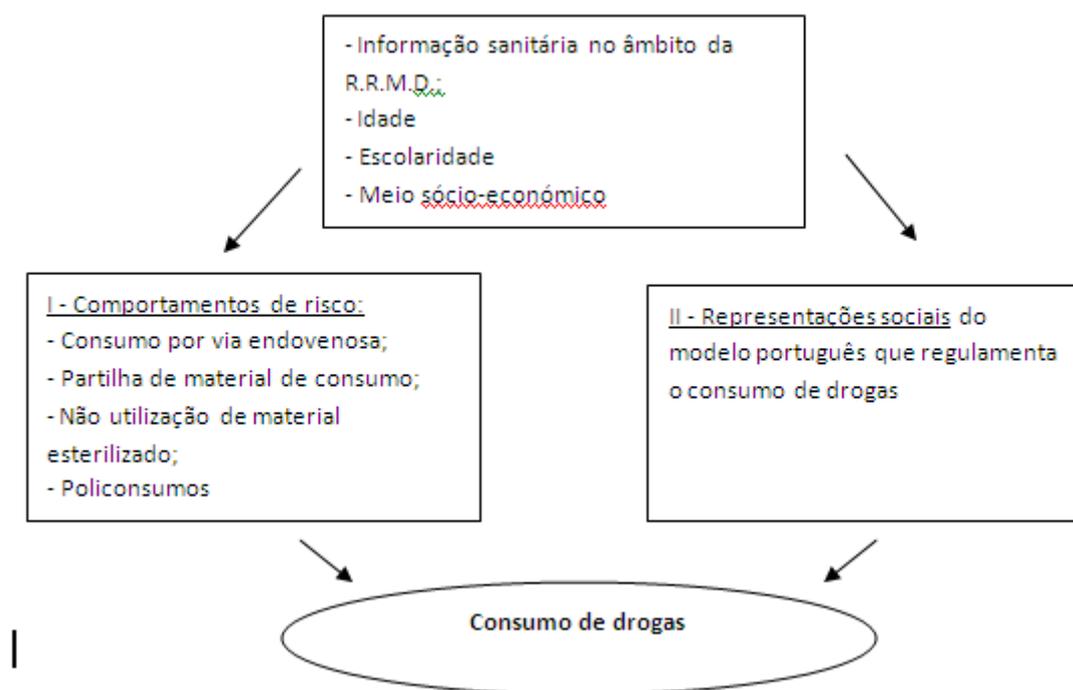
Com base em quadros teóricos já explicitados, na revisão bibliográfica realizada e ainda nos resultados de observações informais, delineamos as seguintes hipóteses de trabalho: 1.) A obtenção de informação sanitária é uma variável que produz diminuição dos comportamentos de risco relativos ao consumo de drogas, nas pessoas que já utilizam substâncias, beneficiárias de serviços de R.R.M.D.; 2.) Os consumidores de drogas apresentam, maioritariamente, a seguinte representação: o modelo de regulamentação do consumo de drogas português criminaliza o consumo de algumas drogas ditas mais pesadas como a heroína e a cocaína; não crêem que o regime legal

influencie a variação do consumo de drogas por parte das pessoas. As possibilidades de respostas aqui traçadas apontam para a frequência de acontecimentos no grupo de pessoas observadas:

“Hipóteses deste tipo são muito frequentes na pesquisa social. De modo geral, antecipam que determinada característica ocorre com maior ou menor frequência em determinado grupo, sociedade ou cultura” (Gil, 2002: 32).

Sintetizou-se o modelo de análise utilizado na figura 2, com a indicação da problemática, dimensões a observar e variáveis ou factores que podem ajudar a compreender e interpretar os padrões apresentados.

Figura 2: Modelo de análise



## 4.2. Tipo de investigação

Duas escolas de pensamento, uma mais positivista e outra mais naturalista, originaram dois tipos principais de investigação: a investigação de cariz quantitativo e a investigação de cariz qualitativo. De uma forma bastante simplista, pode-se dizer que a primeira procura sobretudo a recolha e quantificação de dados facilmente observáveis, como sejam aqueles que são externos ao investigador. Geralmente os objectos ou populações observadas são em grande número de forma a permitir

generalizações. A teoria e revisão bibliográfica serve de enquadramento para a aplicação da mesma a uma situação concreta, de modo dedutivo. Já a investigação de cariz qualitativo procura a compreensão de fenómenos mais circunscritos, por vezes interligados com o investigador, de forma também a melhor poder aprofundá-los, em termos de compreensão e significado. Por vezes acontece a revisão bibliográfica ser realizada numa parte mais final da investigação, de modo indutivo, podendo ser mesmo gerada uma nova teoria (Fortin, 1999).

Tendo em conta os objectivos da investigação e o estado de arte, optou-se desde cedo por uma abordagem mais qualitativa, ainda que com total abertura para a realização de miscelagens metodológicas, se estas se revelassem preferíveis. A abordagem escolhida inclui algumas nuances fenomenológicas e etnográficas. Por um lado interessa perceber a opinião e a visão das pessoas que utilizam drogas, pelo lado da experiência pessoal e de vida, por outro perceber este grupo de pessoas enquanto participantes numa determinada cultura ou sub-cultura do uso de drogas. Para a escolha de uma abordagem mais qualitativa pesou ainda o facto de se considerar a relação sujeito-objecto entrelaçada pela intersubjectividade, com consequências na interacção e interpretação dos fenómenos (Fortin, 1999).

Algumas críticas são apontadas aos dois tipos de investigação. Aos métodos do tipo quantitativo são anotadas limitações no controlo das variáveis e na validade interna e externa dos resultados, que se prendem por exemplo, com a superficialidade das informações obtidas ou com a ausência da análise das redes e das relações sociais (Quivy e Campenhoudt, 1997). As principais críticas apontadas aos métodos do tipo qualitativo prendem-se sobretudo com o reduzido tamanho das amostras populacionais, não sendo possível serem estatisticamente representativas e dar por isso uso a generalizações do conhecimento, potenciando falhas na fidelidade e validade dos dados obtidos. No entanto, dada a quantidade de dados colhidos com os tipos de instrumentos de recolha qualitativos, as amostras não podem ser de grande dimensão. Formas de minimizar estes constrangimentos passam por tentar obter uma amostra saturada. A saturação é o termo utilizado para determinar o término de realização de entrevistas, por exemplo. Sabe-se que se atingiu o grau de saturação da amostra quando a realização de novas entrevistas não determina a angariação de novas informações relevantes. Se o grupo observado for relativamente homogéneo, a

saturação atinge-se mais rapidamente que nos casos de grupos muito heterogéneos. Ainda que possa não ser atingida a saturação, é preferível procurar uma amostra verdadeiramente rica, variada, com casos diferentes, para que, apesar de esta não poder ainda assim ser representativa, poder ao menos dar uma visão mais global do grupo e do fenómeno estudado. Apesar destas críticas, o caminho percorrido pelos investigadores da área qualitativa tem sido frutuoso. A investigação tem sido aprimorada e aperfeiçoada, sendo cada vez mais reconhecida em termos de sistematização e cientificidade, recorrendo-se por exemplo a procedimentos como o *duplo check* ou como a triangulação (Fortin, 1999).

De referir que a repetição de uma regularidade, quer no âmbito quantitativo, quer no âmbito qualitativo, constatada na literatura, ainda que em contextos, espaços ou grupos diferentes, traduz-se numa maior fiabilidade dos resultados da investigação (Gil, 2002). Por exemplo, se uma investigação referir que em França o impacto da informação sanitária, no âmbito das intervenções de R.R.M.D. tem impacto na alteração de comportamentos, e uma pesquisa posterior em Portugal observar o mesmo, os resultados terão maior consistência.

Esta investigação assume também algumas características do tipo descritivo. Procura-se expor características do grupo de pessoas observadas, como sejam algumas características sócio-demográficas, opiniões e representações. Procura-se ainda estabelecer alguma relação entre diferentes variáveis, ainda que o número de pessoas estudadas e o tipo de amostra construída não permita realizar qualquer tipo de generalização e extrapolação dos resultados. Apesar de não se ousar falar de uma investigação explicativa, pretende-se dar alguns contributos que ajudem na compreensão do fenómeno do consumo de drogas, em especial na alteração dos comportamentos no âmbito das intervenções da R.R.M.D. e no âmbito das representações acerca do modelo de regulamentação português, no grupo observado – utilizadores de drogas. O método interrogativo foi o utilizado para aceder às representações acerca do modelo de regulamentação legal português (Abric, 1994).

Apesar de as investigações explicativas serem bem mais fáceis na área das ciências naturais, no campo das ciências sociais também se podem verificar avanços, com as devidas contextualizações e constrangimentos inerentes, dada a complexidade dos objectos de cariz humano e social (Gil, 2002).

“Os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm muitas opções na forma de colher dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem numa dada situação, por meio da observação ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio da observação directa” (Fortin, 1999: 241).

Está mais do que assente que a escolha da metodologia, dos métodos e técnicas de recolha de dados devem ser aqueles que melhor se adequam aos objectivos e âmbitos da investigação. Realizando uma ponderação sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos e técnicas, e tendo em atenção a revisão da literatura, decidiu-se optar pela utilização da entrevista semi-estruturada e pelo inquérito por questionário para observação da população alvo. Procurou-se ter ainda em conta os recursos disponíveis, os recursos humanos, limitados, os recursos financeiros e temporais, bastante limitados.

### **4.3. Participantes**

As pessoas que utilizam drogas (ver pontos 1.2.1. e 1.5.), podem ser englobadas em dois grandes grupos, consumidores problemáticos de drogas “duras” ou consumidores ocasionais ou recreativos de drogas, geralmente, “leves”. Os primeiros apresentam um perfil maioritariamente do sexo masculino, solteiros, com uma idade média acima dos 30 anos. Apresentam historial de consumo de opiáceos e/ou cocaína e com algumas tentativas de paragens ou de realização de tratamentos dos consumos. Ao nível laboral, imperam as situações de desemprego. O segundo grupo, de consumidores recreativos, apresenta uma grande heterogeneidade sócio-demográfica, sendo que as idades destes consumidores coadunam-se com faixas etárias mais juvenis.

A população com que se trabalhou nesta investigação respeita a jovens e adultos com historial de utilização de drogas ilícitas, beneficiários de serviços de R.R.M.D. Não sendo o grupo principal, observou-se ainda, de forma secundária, alguns adolescentes e jovens, com possível utilização de drogas lícitas ou ilícitas, mais numa perspectiva exploratória, e apenas no que se refere à questão das representações sociais acerca do modelo de regulamentação português sobre o consumo de drogas. No total, no grupo principal observaram-se 90 pessoas, 19 por entrevista semi-estruturada e 71 por inquérito por questionário, e no grupo secundário observaram-se 95 indivíduos,

estudantes de 7 turmas/grupos de estabelecimentos de ensino regular ou profissional do Minho litoral, com o recurso a entrevista grupal.

A conveniência profissional e a conveniência geográfica foram alguns dos critérios utilizados na selecção do grupo alvo, que não tem como objectivo eleger-se como amostra representativa. Os outros critérios que influenciaram a escolha dos indivíduos tiveram em conta as seguintes variáveis: meio sócio-económico, habilitações literárias e idade. Desta forma foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 19 pessoas e foi elaborado um questionário a 71 pessoas. Na realização das entrevistas semi-estruturadas não foi possível ter em conta a variável sexo, dada a dificuldade que se teve em aceder a consumidoras de drogas do sexo feminino, em número significativo para comparações entre subgrupos. As idades variaram entre os 24 anos e os 59 anos, no caso dos inquiridos por entrevista, e entre os 22 e os 53 anos, no caso das pessoas inquiridas por questionário. Os jovens estudantes observados tinham idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos.

Em termos de abrangência geográfica, foram observadas pessoas do distrito de Viana do Castelo, Braga e Porto.

#### **4.4. Instrumentos utilizados**

A escolha dos métodos e técnicas a utilizar é sempre uma tarefa árdua, dado o leque existente (e em expansão) e as suas possíveis aplicações. A literatura demonstra que, no âmbito da problemática do consumo de drogas, a aplicação de questionários tem sido recorrente e tem sido realmente importante para o estudo de grandes grupos. As entrevistas também têm sido utilizadas, ainda que em menor grau, e sobretudo para o estudo de pequenos grupos, e a observação participante tem surgido mais ligada às abordagens de cariz etnográfico, mas exigem grande disponibilidade temporal.

Relacionando vários factores, como as características dos grupos a observar e o quadro teórico desenvolvido, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas, como técnica principal, para se conseguir obter dados de uma forma mais aprofundada. No entanto, decidiu-se também aplicar um pequeno questionário, sobretudo como meio complementar ou de auxílio nesta investigação. Foi feito

intencionalmente curto (ocupando uma página), uma vez que as pessoas inquiridas têm sido constantemente sujeitas a estudos e à aplicação de questionários, o que poderia contribuir para a desmotivação no seu preenchimento. Tal constrangimento foi transmitido à equipa de investigação quer pelos indivíduos observados, quer pelas estruturas intermédias, de R.R.M.D., que colaboraram na passagem dos questionários, numa fase inicial da investigação. Para o grupo secundário, de jovens, procedeu-se à realização de entrevistas grupais.

#### **4.4.1. A entrevista semi-estruturada e o questionário**

A entrevista, que pode ser livre, semi-estruturada ou estruturada, numa gradação decrescente da liberdade de resposta dada ao inquirido, tem sido correntemente utilizada, sobretudo no âmbito de investigações de cariz mais qualitativo. Na entrevista semi-estruturada é elaborado um guião ou um conjunto de perguntas, cujos temas ou dimensões o investigador quer analisar. Esses temas são centrais e são os principais para o investigador, mas este tem uma certa margem de manobra, para obter mais (ou menos) do que o esperado. Alguns guiões formulam mesmo perguntas, outros apenas possuem alguns tópicos acerca dos temas, deixando espaço ao investigador para elaborar a pergunta da melhor forma, consoante a interacção com o entrevistado. As entrevistas procuram colher opiniões, factos, comportamentos ou outros itens relacionados com o grupo que se estuda. A grande diferença comumente apontada, por oposição ao questionário, prende-se com o grau de liberdade dado ao inquirido para responder. Assim, numa entrevista, o investigador pode inverter a ordem das questões, pode introduzir perguntas que não estavam previstas, se estas se revelarem pertinentes para a investigação ao longo da conversa, ou pode retirar questões e reformulá-las. Já o questionário engloba uma série de perguntas, que podem ser do tipo aberto ou fechado, mas que devem ser exaustivas acerca dos dados que o investigador quer recolher. O questionário exige respostas escritas a obter junto dos inquiridos e geralmente traduz as variáveis de forma mensurável (Fortin, 1999: 249). A entrevista permite a recolha de informação de uma forma mais aprofundada, mais adaptada à interacção estabelecida com o entrevistado, portanto a cada situação. No entanto, exige mais tempo, uma vez que a

sua execução tem de ser feita de forma presencial, no mesmo espaço, ou de forma directa, por telefone. A riqueza está na diferenciação dos dados obtidos, mas também aí reside o seu principal problema. O tratamento analítico dos dados torna-se mais difícil e complexo, sem respostas tipificadas. Por isso as entrevistas têm sido maioritariamente utilizadas para a observação de pequenos grupos ou de um número reduzido de pessoas.

Em termos de amostragem ou representatividade, o ponto de saturação determina o número de entrevistas necessárias para o estudo e ocorre quando as variáveis estipuladas foram já todas observadas e quando as entrevistas deixaram de trazer informação nova relevante, sendo a sensibilidade e conhecimentos do investigador importantes também para a sua determinação. O questionário tem a vantagem de poder ser passado de forma indirecta, isto é, pode ser realizado pelo próprio investigador ou fornecido aos inquiridos para preenchimento, e não tem de ser preenchido de forma presencial ou sincrónica. Assim, pode ser passado com recurso a ferramentas da Internet, por exemplo, ou até ser solicitado a terceiros que passem os questionários à população alvo. Uma vez que as respostas obtidas estão melhor tipificadas, o seu tratamento torna-se mais fácil e permite ser utilizado para o estudo de um grande número de pessoas, ao contrário da entrevista. No entanto, não permite uma recolha tão aprofundada e diferenciada de dados, nem a mútua adaptação que a interacção directa permite, na entrevista (Rocher, 1979; Quivy e Campenhoudt, 1997; Fortin, 1999).

No que respeita à entrevista semi-estruturada grupal, ou seja à entrevista realizada a um grupo que reúne algumas características consideradas pertinentes para determinada investigação, ela pode ter em conta as interacções estabelecidas e pode proporcionar um ambiente mais descontraído, engajando os indivíduos no seu próprio mundo. A entrevista grupal é vantajosa para registar opiniões ou representações sobre determinados temas.

Todos os instrumentos de recolha de dados utilizados foram construídos para o efeito. Tal foi necessário tendo em conta os objectivos do estudo. As entrevistas semi-estruturadas e os questionários empregados na observação do grupo alvo de utilizadores de drogas apresentam questões ou temas semelhantes.

A entrevista foi estruturada num guião por tópicos, com três componentes principais: droga, informação e representações. Primeiramente, numa lógica de aquecimento e contextualização, solicitou-se aos entrevistados para responderem a algumas perguntas sobre a temática das drogas. Que aspectos negativos e positivos vêm nas drogas; que drogas conhecem e que efeitos têm; quais consideram ser as drogas mais consumidas actualmente. Na parte dedicada à informação, efectua-se questões acerca do percurso pessoal, do conhecimento e avaliação da R.R.M.D.; dos agentes que transmitem informação com mais impacto e de forma mais credível; da mudança de comportamentos por acesso à informação; dos factores que potenciaram a experimentação de drogas, bem como a paragem de consumos. E no último trecho, dedicado às representações sociais sobre a lei fazem-se perguntas acerca do regime legal em vigor sobre o consumo de drogas em Portugal; avaliação e sugestões de alteração; percepção da influência do regime legal na variação do consumo de drogas; conhecimento dos serviços existentes; e violência policial.

O questionário abarca a parte da informação e das representações, mas foi retirada a parte acerca do percurso pessoal. Salienta-se mais uma vez a intencionalidade e necessidade de construção de um questionário de reduzida dimensão.

A entrevista grupal, realizada ao grupo dos jovens contou apenas com perguntas sobre as representações sociais acerca do modelo de regulamentação legal português sobre o consumo de drogas. Enquanto consumidores recreativos, não possuem conhecimento suficiente sobre informação no âmbito da R.R.M.D. para sobre ela opinarem.

## **4.5. Procedimentos**

### **4.5.1. Primeira etapa**

Foi já referido as motivações subjacentes a este estudo, a problemática e os objectivos escolhidos. O desenrolar desta investigação começou cedo, com um desenho prévio e pouco maturo, que foi sendo retocado, à medida que a pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura foram avançando. O início dos trabalhos, de uma forma mais consistente, ocorreu a partir de Setembro de 2010. A realização de um

cronograma para balizar melhor a gestão dos tempos revelou-se essencial, mas não enclausuladora.

A pesquisa bibliográfica diz respeito à procura, compilação e interpretação de dados colhidos anteriormente, por terceiros, em livros, manuais, monografias, etc. Deve-se pesquisar acerca dos assuntos a tratar, nomeadamente objecto, conceitos, teorias. No fundo significa verificar como se encontra, em termos de conhecimento, determinado fenómeno (Rocher, 1979; Quivy e Campenhoudt, 1997; Fortin, 1999; Gil, 2002: 44). Por exemplo, é quase obrigatório para alguém que queira investigar a temática do suicídio, a leitura da obra com o mesmo título de Durkheim, ainda que date de 1897.

Já a pesquisa documental, apesar de semelhante, recorre sobretudo a documentos primários, ou seja, documentos que não foram ainda tratados de forma analítica no âmbito de determinada investigação, como por exemplo, cartas, diários, documentos organizacionais, como registos e estatísticas várias. Apesar da distinção entre pesquisa bibliográfica e documental nem sempre ser evidente, porque há materiais que podem reunir características de fontes bibliográficas ou documentais, fica a noção de que a primeira utiliza sobretudo materiais já tratados cientificamente, e a segunda recorre mais a materiais virgens ou primários (Gil, 2002; Bell, 2004).

A par das pesquisas e leituras contínuas, a investigadora discente foi procurando colher dados, ainda que de um modo não sistematizado, através de observação e conversas informais, realizadas com utilizadores de drogas e técnicos de estruturas de R.R.M.D. Estes dados contribuíram, em parte, para a realização de determinadas opções e para a estruturação da investigação.

Posteriormente, e já de um modo mais sistematizado, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada (anexo I), com o objectivo de se auscultarem investigadores mais experientes, numa fase exploratória. O guião incluía uma primeira questão direccionada para o percurso dos investigadores, nomeadamente quais os grupos mais estudados, quais as metodologias utilizadas e principais conclusões. Seguiu-se uma questão sobre a R.R.M.D e sobre os motivos que levam à experimentação de drogas. Posteriormente, realizou-se uma pergunta acerca do impacto da informação nos comportamentos relativos ao uso de drogas, bem como os agentes informativos com maior impacto. Questionou-se igualmente sobre o

conhecimento geral que as pessoas detêm sobre drogas e quais as substâncias mais utilizadas. No âmbito das representações, inquiriu-se os peritos acerca das representações sociais sobre o modelo português que regula o consumo de drogas, nomeadamente as representações dos jovens, e como achavam que se processariam as experiências de consumo. Por último, solicitou-se sugestões acerca das áreas pouco exploradas, dentro da problemática elegida, perguntando ainda se existiam resultados contraditórios ao nível da investigação científica sobre a problemática e quais os quadros teóricos e metodologias que os peritos recomendavam.

Decidiu-se entrevistar, pelo historial de investigação e pelos objectivos elaborados, ainda que nesta fase abertos a modificações, o Professor Doutor Jorge Quintas e o Professor Doutor Luís Fernandes (e também por alguma conveniência geográfica).

Das informações que os entrevistados forneceram, salienta-se que, no que se refere à questão do impacto da informação nos comportamentos, no âmbito da área da Prevenção, estes explicitam que o impacto parece ser reduzido, já na área da R.R.M.D. o impacto é necessariamente diferente, porque a informação interessa aos indivíduos (já consumidores). Em relação às representações sociais acerca do modelo que regulamenta o consumo de drogas em Portugal, a população em geral parece desconhecer o modelo vigente, isto é, que o consumo se encontra descriminalizado. Parece haver diferentes representações da lei, ainda que pareça haver uma maior representação de ilegalidade do consumo de drogas. No que se relaciona com o impacto da lei na variação do uso de drogas por parte das pessoas, os peritos parecem ter uma opinião ligeiramente diferente, um refere que o impacto é quase nulo ou bastante reduzido, outro refere que se verifica impacto. As áreas mais lacunares indicadas, em termos de investigação sobre esta problemática, foram a área da R.R.M.D., a área sócio-cultural, os sistemas prisionais e a violência policial. O factor desporto, enquanto factor protector de experimentação de drogas carece de confirmação e existem estudos com análises muito restritivas (como por exemplo, o estudo de défices cognitivos em heroinodependentes). Por último, em termos de quadros e metodologias recomendadas, foi sugerido o modelo dos factores de risco e de protecção, o estudo de trajectórias de vida, a criminologia desenvolvimental e o modelo biopsicossocial.

Os recursos humanos disponíveis para a realização desta investigação traduziram-se numa equipa que englobou duas investigadoras, uma discente do mestrado em Sociologia – Saúde e Sociedade, e uma docente de Sociologia, com funções de orientação e acompanhamento. O grupo-alvo e os técnicos das estruturas de R.R.M.D. colaborantes revelaram-se igualmente como um recurso importante.

#### **4.5.2. Segunda etapa**

Aperfeiçoado o quadro teórico e os objectivos da investigação, avançou-se com a construção das técnicas de recolha de dados escolhidas, a entrevista semi-estruturada, a técnica principal para observação do grupo alvo – utilizadores de drogas beneficiários de estruturas de R.R.M.D., e o questionário enquanto técnica secundária. Foi ainda realizada uma entrevista grupal a jovens estudantes, com possíveis consumos recreativos de substâncias lícitas e ilícitas, de forma exploratória.

Construiu-se um guião de entrevista semi-estruturada com tópicos (anexo II) e um questionário (anexo III). A entrevista conta com três grupos de questões. O primeiro inquire o entrevistado sobre a temática do consumo de drogas, nomeadamente a noção de droga, tipos de drogas, drogas mais consumidas e seus efeitos, e ainda acerca da informação recebida acerca de droga, quais os agentes informativos com maior impacto no entrevistado, e conhecimento e avaliação da R.R.M.D. Um segundo grupo temático procura informações acerca do percurso individual, nomeadamente historial de consumo, relações sociais e familiares, factores facilitadores do consumo, consequências e mudanças de comportamentos, como reduções ou paragens. Um terceiro e último grupo de questões centra-se nas representações acerca do modelo de regulamentação legal português que enquadra o consumo de drogas, em concreto, nas representações acerca dos procedimentos legais aplicados, experiências pessoais, avaliação do sistema e avaliação do impacto da lei nos comportamentos relativos ao consumo. Considerou-se que estas informações ajudariam a responder aos objectivos traçados, perceber o impacto da informação no âmbito das intervenções de R.R.M.D. nos comportamentos de risco associados ao consumo de drogas, e perceber quais as representações existentes sobre o modelo que regulamenta o consumo em Portugal, no grupo de pessoas que utilizam drogas. As

variáveis de controlo que se procuraram abranger na recolha dos dados respeitam ao meio sócio-económico, habilitações literárias e idade.

A selecção de uma amostra representativa da população objecto de estudo não era um dos objectivos desta investigação, em parte devido a constrangimentos temporais e de recursos. Os resultados apresentados respeitam apenas ao grupo observado e não são passíveis de generalizações, ainda que, por vezes, a literatura demonstre que existem regularidades verificadas entre grupos. Desta forma, as pessoas inquiridas, foram seleccionadas por conveniência profissional e geográfica. A investigadora discente desenvolve actividade na área do consumo de drogas, num projecto de Redução de Riscos e Minimização de Danos com população utilizadora destas substâncias, em alguns concelhos de Viana do Castelo. Para além do contacto facilitado com esta população, o trabalho em rede permitiu solicitar a colaboração de outras instituições ou organizações que também trabalham na área da R.R.M.D., que serviram de agentes catalisadores dos contactos e de aproximação aos entrevistados. Sublinhe-se que esta população é de difícil alcance, uma vez que sendo o uso de drogas socialmente recriminado e legalmente penalizado, os consumidores não se identificam facilmente. Assim, utilizou-se uma aproximação por via de entidades que prestam serviços a esta população, o que representou uma mais-valia na acessibilidade, por um lado e, um constrangimento na heterogeneidade do grupo, uma vez que nem todos os utilizadores recorrem a estes serviços, podendo haver singularidades nesses consumidores (por exemplo podem estar mais excluídos), por outro lado.

Para além deste grupo de consumidores com usos problemáticos ou dependentes, sobretudo de substâncias ilícitas, que constitui o grupo alvo principal, observou-se também um grupo de jovens, com consumos mais recreativos, quer de substâncias lícitas quer ilícitas. A aproximação também se realizou por via profissional. Uma das acções que, ao nível profissional, a investigadora discente desenvolvia, consistia em sessões de informação e sensibilização em estabelecimentos de ensino regular e profissional dos concelhos litorais do distrito de Viana do Castelo. Desta forma, foi possível aproveitar alguns grupos de jovens, concretamente turmas do secundário, destes estabelecimentos de ensino, para a realização de algumas entrevistas grupais.

“Se as entrevistas são grupais, a escolha de grupos naturais pode ser uma opção ao invés de grupos compostos por amostras estatísticas. Os grupos naturais têm a vantagem de interagirem em seu quotidiano e compartilham interesses e valores semelhantes” (Fraser e Gondim, 2004: 147).

No início de cada sessão foi realizada uma pequena entrevista semi-estruturada, cujas categorias de observação passaram unicamente por perceber quais as representações acerca do modelo de regulamentação português do consumo de drogas, e conhecimento dos serviços existentes, de uma forma exploratória. Não se inquiriu este grupo acerca do impacto da informação nos comportamentos, no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, porque estes não contactam com este tipo de serviços, virados essencialmente para consumidores problemáticos.

Procedeu-se assim à inquirição de dois grupos diferenciados, um grupo de utilizadores de substâncias psicoactivas, sobretudo ilícitas, com historial de consumo dependente e problemático, beneficiários de estruturas de R.R.M.D. (N=19 entrevistas semi-estruturadas; N=71 questionários) e um grupo de jovens que utiliza substâncias psicoactivas lícitas ou ilícitas, de forma ocasional ou recreativa (N=95). Para este grupo foi utilizada a entrevista semi-estruturada grupal, que foi realizada a sete grupos/turmas.

Todas as entrevistas semi-estruturadas efectuadas ao grupo alvo foram realizadas pela proponente da investigação, em gabinetes de trabalho ou num posto móvel (de uma Equipa de Rua). O guião foi seguido com alguma flexibilidade, ainda que se tenha procurado sempre obter as repostas relacionadas com os temas principais de investigação. Em relação aos tempos, a entrevista com menor duração durou cerca de 20 minutos e a entrevista mais longa demorou cerca de 2 horas e 15 minutos. Começou-se por apresentar o estudo e objectivos, garantindo a questão da confidencialidade. No entanto, em relação à gravação da entrevista, e mesmo frisando o anonimato, alguns entrevistados não a autorizaram. Respeitando o desejo dos sujeitos, solicitou-se um ritmo de conversa mais lento para apontamento escrito das repostas.

Uma das principais dificuldades sentidas prendeu-se com a disponibilidade dos sujeitos para a realização da entrevista. A falta de disponibilidade prendeu-se sobretudo com a necessidade de realização de consumos, uma vez que, em situação

de dependência, o quotidiano passa principalmente por um ciclo vicioso de comprar – consumir – ressacar - arranjar dinheiro – comprar (Fernandes, 1998). Logo, responder a entrevistas não é uma prioridade. Foi por isso que também se procurou escolher alguns consumidores para a realização da entrevista, que estivessem a passar por períodos de abstinência ou de menor consumo, mas não se quis restringir a esta população o estudo realizado, de modo a assegurar uma maior heterogeneidade. Assim, três entrevistas foram desmarcadas e remarcadas algumas vezes, e em alguns casos, a entrevistadora sentiu alguma pressa nas respostas. Para minimizar estes constrangimentos, a entrevistadora deu sempre a possibilidade de se adiar ou remarcar a entrevista, dando várias opções aos entrevistados.

De referir que, por motivos profissionais, a entrevistadora conhecia já, parcialmente, alguns dos sujeitos, o que trouxe também vantagens ao nível da acessibilidade. Em relação aos questionários, alguns foram distribuídos pela própria investigadora, outros por intermédio de estruturas de R.R.M.D.

Em termos temporais, a realização da entrevista semi-estruturada sucedeu entre Fevereiro e Maio de 2011 e a aplicação do questionário decorreu entre Março e Maio de 2011. Os dois instrumentos foram passados um primeiro par de vezes em forma de pré-teste, tendo sido efectuadas ligeiras alterações ao guião da entrevista semi-estruturada.

#### **4.5.3. Terceira etapa**

A seguir à recolha dos dados, seguiu-se o seu tratamento. Para a análise descritiva e interpretativa das entrevistas realizadas, procedeu-se a uma redução dos dados em função de categorias temáticas de análise. Posteriormente compararam-se as respostas, quantitativamente, procurando regularidades e singularidades, e procurou-se ainda, de forma qualitativa, salientar os principais contributos para as questões levantadas nesta investigação, dados pelos entrevistados, consumidores de drogas, com historial de dependência. Já o tratamento dos dados obtidos com os questionários foi realizado com recurso ao S.P.S.S. 18, portanto através da realização de uma análise estatística descritiva e inferencial. Para as entrevistas grupais foi construída uma grelha de compilação do conteúdo temático, que foi tratada também

com recurso à análise de conteúdo temática. Estes trabalhos duraram aproximadamente dois meses e foram realizados pela investigadora discente.

Por último procedeu-se à elaboração do relatório final do desenvolvimento da investigação. Este relatório começou com o desenho e realização de pequenas partes escritas, que foram sendo apuradas ao longo de toda a investigação. No entanto, só no fim foi possível ter uma visão mais global que permitiu a redacção e estruturação do relatório. Este tempo de escrita e organização final demorou cerca de um mês e meio e é bastante difícil dar por terminado um processo que pode ser continuamente melhorado. Não obstante está-se convicto que as ideias mais importantes foram suficientemente desenvolvidas para os objectivos propostos.

## **Capítulo 5. – Apresentação e discussão dos dados**

## 5.1. Caracterização sócio-demográfica

No que concerne às características sócio-demográficas dos grupos estudados, o grupo principal, pessoas com historial de consumo de drogas ilícitas e de dependência, beneficiários de estruturas de R.R.M.D., e o grupo secundário, estudantes, possíveis consumidores recreativos de substâncias lícitas e ilícitas, pode-se apresentar os seguintes dados:

### 5.1.1. Consumidores dependentes

#### Idade:

As idades dos 90 consumidores de drogas observados estão assinaladas no Quadro 1. No que concerne à faixa etária é o conjunto dos 30 aos 39 anos que regista maior expressividade no caso do subgrupo que respondeu à entrevista semi-estruturada, ainda que a diferença relativamente à faixa etária dos 40 aos 49 anos seja mínima. No subgrupo que respondeu ao inquérito por questionário, a maioria dos sujeitos situava-se na casa dos 40 aos 49 anos.

**Quadro 1: Idades dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

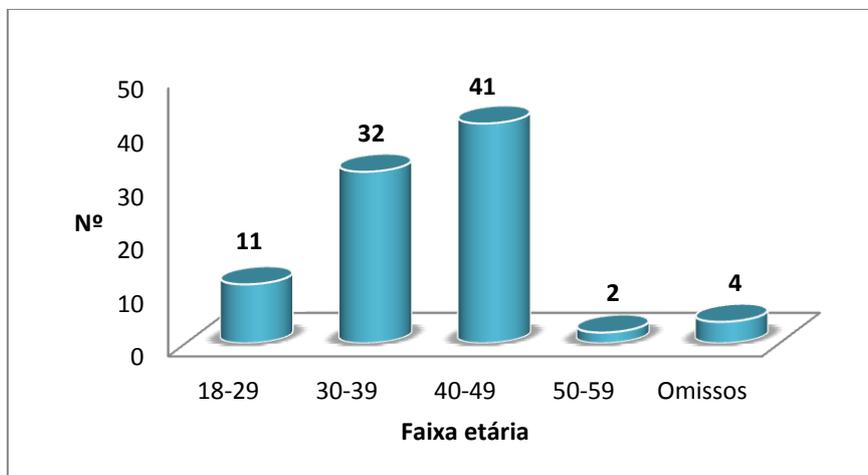
Idade	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
18-29	1	10	<b>11</b>
30-39	9	23	<b>32</b>
40-49	8	33	<b>41</b>
50-59	1	1	<b>2</b>
Omissos	0	4	<b>4</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

No caso das pessoas observadas por entrevista semi-estruturada, a idade mínima registada foi de 24 anos e a máxima de 59 anos, e para aqueles que responderam ao inquérito por questionário, obtivemos um intervalo dos 22 aos 53 anos. A média de idades dos dois subgrupos de consumidores de drogas observados

situa-se portanto nos 39 anos. Para uma melhor visualização dos dados do grupo no geral, atente-se no gráfico 1.

**Gráfico 1: Idade dos utilizadores de drogas problemáticas**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Em termos etários as pessoas entrevistadas apresentam a média de idades posta em evidência constatada pela literatura, no que diz respeito à vivência de consumos de drogas ilícitas, de forma problemática e dependente. O perfil dos consumidores de drogas observados aponta para faixas etárias próximas dos 30 anos (Fernandes, 1998; Negreiros, 2002; consultar ponto 1.5.), tal como o estado de arte indica, ainda que neste estudo as idades estejam mais próximas dos 40 do que dos 30 anos. Ainda que a amostra utilizada neste estudo não seja representativa, coloca-se a hipótese do factor tempo, entretanto decorrido desde os estudos referenciados na literatura, explicar esta situação. E se a tendência, em termos de substâncias, apontada pelos estudos epidemiológicos realizados pelos organismos oficiais, como Nações Unidas, Observatório Europeu das Drogas e Instituto da Droga e da Toxicoddependência, se confirmar, o envelhecimento dos consumidores problemáticos de drogas duras poderá ser uma realidade. Recorde-se que se verifica uma tendência para a estabilização do consumo de drogas “duras” e um aumento, ligeiro, para o consumo de drogas “leves” e sintéticas (U.N.O.D.C., 2011: 13). Será então previsível esperar um envelhecimento da população utilizadora de drogas problemáticas em Portugal nos próximos anos? O acompanhamento dos dados estatísticos referentes a

esta questão deverão fornecer a resposta. Se esta tendência se constatar será bem interessante perceber quais os motivos por detrás destas mudanças. Alguns autores apontam a questão da estigmatização do “junkie” de rua, heroinodependente, como um dos factores que tem promovido a rejeição desta figura pelas gerações mais novas (Calafat, 1998; Fernandes, 1998). Contudo, seria interessante também perceber que as várias intervenções realizadas e o investimento em torno desta problemática estariam a dar alguns frutos.

### Sexo:

A predominância do sexo em relação à recolha de dados segundo a técnica utilizada encontra-se espelhada no Quadro 2. No caso do subgrupo das pessoas entrevistadas não foi possível incluir pessoas do sexo feminino. O acesso a consumidoras de drogas problemáticas para a realização deste estudo revelou-se difícil. Optou-se assim por não incluir ninguém do sexo feminino, pois estas não seriam em número significativo para a elaboração de comparações e análises baseadas na variável sexo. Mesmo no que se refere às pessoas que foram observadas por questionário, a sua presença é bastante reduzida.

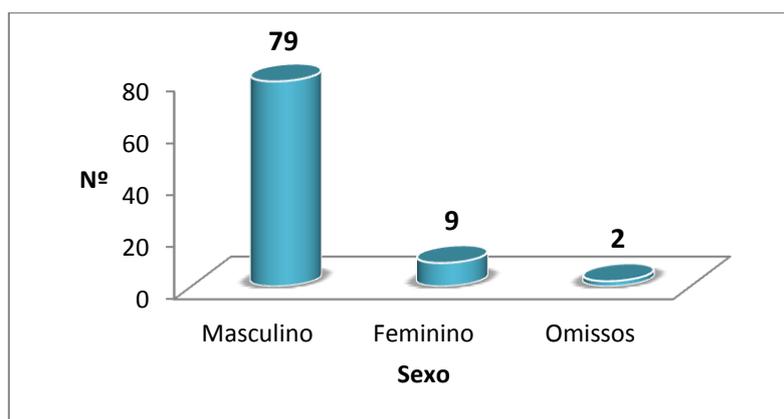
**Quadro 2: Sexo dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Sexo	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
Masculino	19	60	<b>79</b>
Feminino	0	9	<b>9</b>
Omissos	0	2	<b>2</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Em termos globais, dos 90 consumidores de substâncias psicocactivas que colaboraram no estudo, 79 eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino. O gráfico 2 permite visualizar esta diferença.

**Gráfico 2: Sexo dos utilizadores de drogas problemáticas**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Esta dificuldade em aceder a consumidoras de drogas problemáticas, num grupo pequeno como aquele que foi observado para este estudo não é novidade. A literatura revela que o perfil deste consumidor é maioritariamente masculino (Negreiros, 2002). A variável género tem sido inclusive descrita, por vezes, como um factor protector. Os controlos informais parecem incidir mais sobre as mulheres, assim como as expectativas de maior submissão. Dos homens espera-se maior força, vivência e superação de riscos. Até há algumas décadas atrás, apenas os homens saiam para os cafés e *settings* sociais para conviverem, experimentarem e entregarem-se aos prazeres das substâncias psicoactivas (álcool e tabaco incluídos), enquanto as mulheres ficavam em casa, afastadas destes contextos de sociabilidades e de maior acessibilidade a estas substâncias (Carvalho e Leal, 2006).

#### Escolaridade:

Relativamente às habilitações literárias e em termos da diferenciação dos dois subgrupos segundo a técnica de recolha de dados utilizada, estas são relativamente equivalentes, em termos proporcionais. Os resultados podem ser consultados no Quadro 3. Quer num subgrupo quer noutro, o 2º ciclo corresponde ao grau de ensino que mais utilizadores de drogas dependentes apresentam. No entanto, no subgrupo dos entrevistados a frequência do ensino secundário aparece em segundo lugar, enquanto no subgrupo dos inquiridos por questionário, aparece apenas em quarto lugar.

**Quadro 3: Escolaridade dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

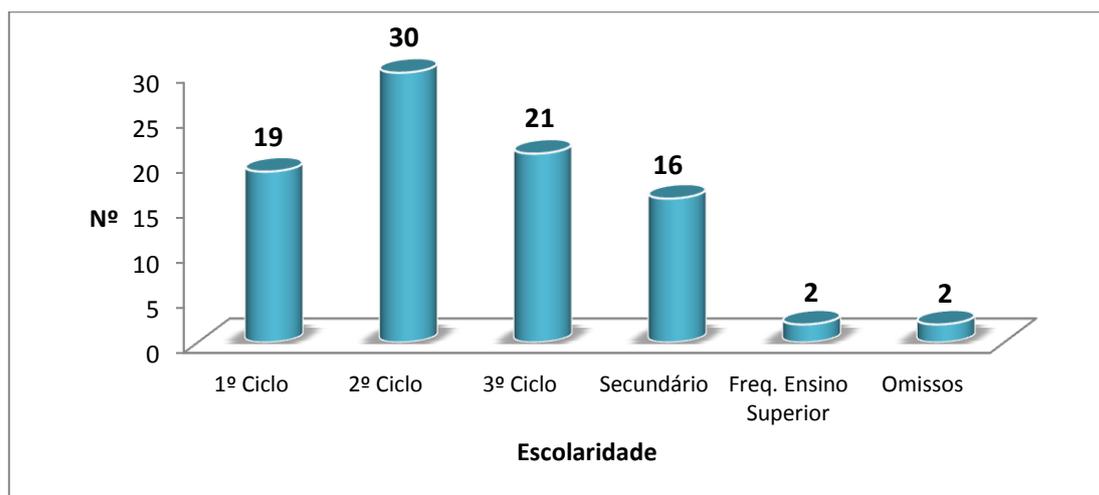
Escolaridade	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
1º ciclo	3	16	19
2º ciclo	8	22	30
3º ciclo	3	18	21
Secundário	4	12	16
Frequência ens. superior	1	1	2
Omissos	0	2	2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Os dados gerais podem ser consultados no gráfico 3. No que diz respeito à escolaridade do grupo observado, verifica-se que a maioria das pessoas estudou até ao 2º ciclo do ensino básico. Segue-se o 3º ciclo, o 1º ciclo, e o secundário, respectivamente. De referir que alguns dos sujeitos englobados no grau do ensino secundário, não o terminaram, ficando por exemplo com o 11º ano.

A um nível bem mais residual, duas pessoas frequentaram o ensino superior mas estas não o concluíram. Um destes indivíduos teve oportunidade de frequentar este grau de ensino na tropa. Se agruparmos os três níveis do ensino básico, que vai do 1º ao 9º ano de escolaridade, verifica-se que 70 indivíduos, ou seja, a larga maioria (78%) estudou apenas até este nível de escolaridade.

**Gráfico 3: Escolaridade dos utilizadores de drogas problemáticos**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Os utilizadores problemáticos de drogas apresentam, na sua maioria, baixas qualificações escolares, em grande parte devido ao seu percurso de rupturas sucessivas com pessoas e instituições (Amaro, 2003) e, no geral, foi o que constatou no grupo observado. Se se relacionar o factor escolaridade com o factor idade, percebe-se que a faixa etária dos 18-29 anos apresenta uma média de 9,5 anos de estudos; a faixa dos 30-39 tem uma média de 7 anos de estudo; na casa dos 40-49 registam-se 6,5 anos de escolaridade e na faixa dos 50-59 anos assiste-se a uma média de 8 anos de estudo. No entanto, como só foram observadas 2 pessoas entre os 50-59 anos, e uma frequentou o ensino superior, esta última média induz em erro. Salvaguardada esta anotação, ainda assim se pode constatar um ligeiro aumento da escolaridade nas faixas etárias mais novas.

Percepciona-se uma associação com a evolução da conjuntura sócio-económica e educativa das últimas décadas que levou a uma maior aposta e valorização do ensino (nomeadamente através do aumento da escolaridade obrigatória). Apesar de o consumo de drogas ser um fenómeno transversal em termos de classe e em termos de habilitações escolares, os anos de escolaridade podem funcionar como um factor protector em relação ao uso de drogas. Quanto mais anos de estudo, maiores as perspectivas de saídas profissionais, de edificação de projectos de vida e de construção de uma auto-imagem positiva, o que pode contribuir para evitar o abuso de drogas (Dias, 2002; 2003).

#### Situação laboral:

Em relação à situação face ao emprego em que se encontram os consumidores de drogas dependentes observados, esta pode ser analisada no Quadro 4, em função da técnica de recolha de dados utilizada. Face ao mercado de trabalho, não existem diferenças significativas a apontar, quer num subgrupo quer noutra, a maioria dos indivíduos encontra-se desempregada. No subgrupo dos entrevistados, é possível verificar que as pessoas que se encontram desempregadas recorrem a pequenos biscates e apoios estatais para viverem. Destes biscates, destacam-se alguns trabalhos temporários, como “ajudar” alguém conhecido a realizar pequenas obras, serviços sazonais na agricultura e arrumação de carros. Dos 19 sujeitos que responderam à entrevista semi-estruturada pode-se perceber que 10 co-habitam com familiares (pais,

companheiras), o que também facilita a supressão de algumas necessidades/despesas, sendo que 3 vivem em instituições/centros de abrigo temporários, estando as suas necessidades básicas asseguradas, temporariamente.

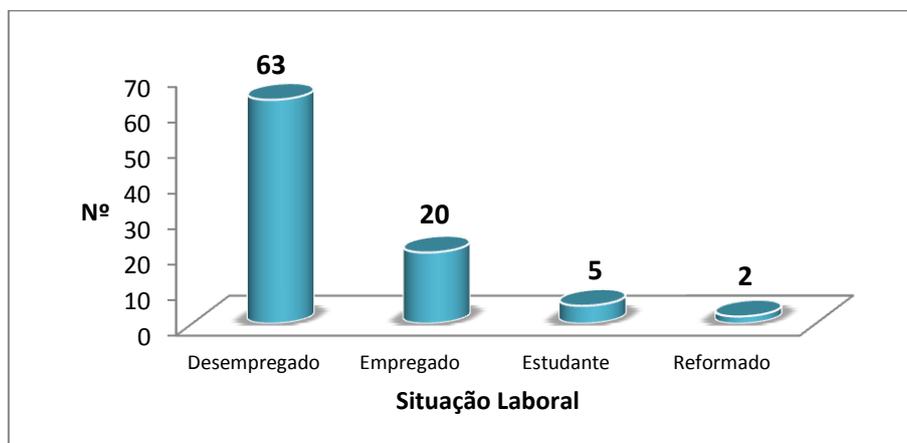
**Quadro 4: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Situação laboral	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
Desempregado	14	49	<b>63</b>
Empregado	4	16	<b>20</b>
Estudante	1	4	<b>5</b>
Reformado	0	2	<b>2</b>
Omissos	0	0	<b>0</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Em termos globais, remete-se a análise dos resultados para o gráfico 4. Há a registar 63 pessoas desempregadas, comparadas com apenas 20 empregadas. Saliente-se que destes 20 sujeitos, um encontra-se inserido no mercado de trabalho pelo Programa “Vida Emprego” (emprego protegido para a inserção de ex-toxicodependentes) e dois sujeitos trabalham a tempo parcial, não por opção própria, mas por dificuldades em conseguir arranjar um horário laboral completo. Verifica-se ainda a existência de cinco pessoas estudantes e duas reformadas.

**Gráfico 4: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Se é certo que os níveis de desemprego têm aumentado nos últimos tempos, fruto da conjuntura sócio-económica nacional e internacional, não é permissível deixar de relacionar o desemprego observado com a estigmatização e exclusão que acompanha a trajectória de um número significativo dos consumidores dependentes de drogas ilícitas (Goffman e Becker *in* Demartis, 2002; Amaro, 2003; ver ponto 2.2.). Nas entrevistas realizadas a 19 consumidores dependentes, que forneceram algumas informações sobre o seu percurso de vida, pode-se verificar essa dificuldade em aceder ao mercado de trabalho.

E10 10) “Depois arranjei um trabalho e tive dois anos e meio e andei novamente a consumir de forma faseada [...] Depois no período de 98 a 2000 conheci uma pessoa que me disse muito na minha vida. Fiquei sem trabalho, sem ocupação e queria tudo. Foi uma fase que eu queria sentir todo o prazer que o mundo me pudesse dar. Estava de “pé no ar” [...] Depois em 2002 tive um trabalho que ganhava muito, trabalhei 9 meses como vendedor de automóveis e voltei a consumir novamente de uma forma controlada para não sentir dependência. Uma ou duas vezes por semana [...] Depois saí desse trabalho estive desempregado” (39 anos).

Por um lado torna-se difícil conjugar as rotinas necessárias à obtenção da droga e ao seu consumo com as obrigações laborais. Por outro, a rotulagem (Becker *in* Demartis, 2002) a que estão sujeitos, limita-lhes segundas oportunidades em aceder ao mercado de trabalho. Alguns dos entrevistados encontram-se desempregados há longos anos, outros vão saltitando de trabalho em trabalho, de forma precária e imprevisível. Como referido, a sua sobrevivência no que diz respeito à satisfação de necessidades básicas passa geralmente pelo recurso a apoios estatais, de assistência social, pelo recurso a organizações de solidariedade da sociedade civil e pelo apoio de alguns familiares ou outras relações sociais. A realização de pequenos biscates e em algumas situações o ingresso em actividades ilícitas, para obtenção de fundos, quer para o consumo quer para esta satisfação de necessidades básicas, acaba por ser um caminho que explica a associação ainda bastante latente entre a figura do toxicodependente e a figura do criminoso/delinquente (Escohotado, 1989; Valentim, 1998).

### Actividade profissional:

Independentemente do facto de se encontrarem desempregados ou não, optou-se por questionar o grupo acerca da sua actividade profissional, o que contribuiu para a compreensão das trajectórias de vida dos utilizadores problemáticos de drogas que colaboraram neste estudo. É possível analisar os resultados, segundo a técnica de recolha de dados utilizada no Quando 5, ainda que as respostas para este item sejam obviamente bem variadas, dado o seu carácter aberto. Os sectores de actividade referidos são heterogéneos. No entanto, pode-se dar algum destaque à área da construção civil, seguida da área dos empregados fabris.

É igualmente interessante perceber que se observa um conjunto de consumidores de drogas com um leque de profissões tão diferenciado como pescadores, pintores, monitores, motoristas/camionistas, padeiros e serralheiros. Entre as mais originais encontra-se um joalheiro e um nadador-salvador.

**Quadro 5: Situação laboral dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Actividade profissional	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
Construção civil	5	5	<b>10</b>
Indiferenciado	5	2	<b>7</b>
Empregado fabril	0	7	<b>7</b>
Restauração	2	3	<b>5</b>
Outros	7	35	<b>42</b>
Omissos	0	19	<b>19</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Deve-se ainda de atentar nas 7 pessoas que responderam não ter nenhuma especialização profissional, sendo indiferenciadas. Alguns dos 19 inquiridos que não responderam a este item (omissos) provavelmente engrossariam este número. Esta questão da falta de especialização prende-se mais uma vez com as suas trajectórias de vida, marcadas por vezes pelas dificuldades em aceder ao mercado de trabalho e pela realização de trabalho precário e temporário, não sendo possível chegar a ficar especializado em alguma área. O que mais uma vez se pode relacionar também, em

parte, com a questão da estigmatização e da exclusão social (Amaro, 2003). Como se verá mais à frente, a questão do desemprego e a questão da falta de especialização laboral condensa-se num dos principais receios ao nível das perspectivas futuras de vida do grupo de consumidores de drogas observados. O receio de não conseguirem encontrar emprego, de não terem rendimentos e meios para sobreviver é flagrante.

### Estado civil

No que concerne ao estado civil do grupo participante neste estudo, cujos dados aparecem no Quadro 6, quer no subgrupo dos consumidores que foram entrevistados, quer no subgrupo dos consumidores que responderam ao questionário, verifica-se uma prevalência de pessoas solteiras. Neste último grupo, os divorciados aparecem em segundo lugar, enquanto no subgrupo dos entrevistados, sucedem em terceiro, porque na segunda posição aparecem as pessoas casadas ou a viver em união de facto.

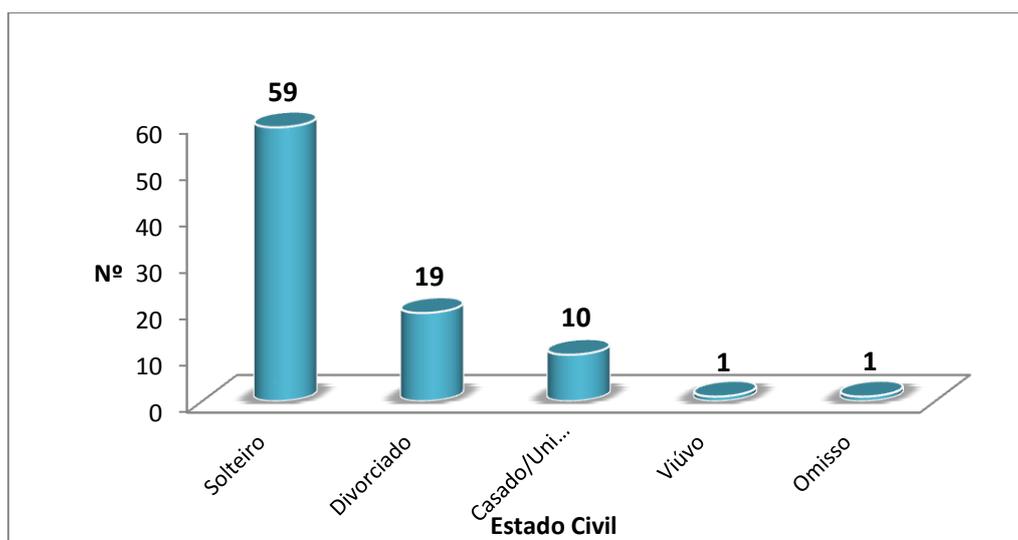
**Quadro 6: Estado civil dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Estado civil	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
Solteiro	13	46	<b>59</b>
Casado/União de facto	4	6	<b>10</b>
Divorciado	2	17	<b>19</b>
Viúvo	0	1	<b>1</b>
Omissos	0	1	<b>1</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

No que diz respeito ao estado civil dos consumidores de drogas observados, em termos globais, é possível visualizar os dados colhidos no gráfico 5. A maior expressividade vai para os 59 indivíduos solteiros. Seguem-se 19 pessoas divorciadas. Apenas 10 estão casadas ou a viver em união de facto e uma pessoa é viúva. Se se agrupar as pessoas que vivem sem um quadro conjugal próprio, obtém-se um total de 78 pessoas, num total de 90 sem núcleo familiar matrimonial construído, ou seja, cerca de 87% dos entrevistados.

**Gráfico 5: Estado civil dos utilizadores de drogas problemáticas**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Os dados do grupo observado encontram-se em consonância com a literatura existente sobre a matéria. O consumidor dependente de drogas ilícitas tem maioritariamente um perfil associado à pessoa solteira, no que diz respeito ao estado civil. É mais uma esfera da vida social que fica afectada, e por vezes adiada, pelo estigma, pela exclusão e pela prioridade atribuída aos consumos - a constituição de uma família (Amaro, 2003). Exemplifica-se com um excerto da transcrição de uma das entrevistas semi-estruturadas realizadas:

E3 46) “Namoradas que perdi, porque tipo, estava com uma namorada e ia à esplanada ou passava por eles, a polícia à paisana passava por mim e ‘Quem é aquela?’ e é a minha namorada. Como numa altura aconteceu, fui lanchar ali à pastelaria do jardim e os polícias perguntaram-me quem era a rapariga, disse que era a minha namorada. ‘Vamos lá vamos revistá-la e se ela tiver alguma coisa foste tu que lhe puseste na bolsa’. Pastelaria cheia. E ela era filha do gerente do balcão.... E tivemos que acabar” (34 anos).

Esta dificuldade em constituir uma família também se sente na sua manutenção. Aqueles que casaram ou iniciaram uma relação conjugal, independentemente de já consumirem ou não, vêem-se depois com grandes dificuldades em a conservar, sobretudo quando o parceiro não é consumidor, por isso também se verificou no grupo uma elevada taxa de divórcios ou rupturas de relações conjugais. Parece haver uma maior durabilidade na relação quando os parceiros são

ambos consumidores de drogas, contudo esta situação também dificulta tentativas de abandono dos consumos.

Esta situação deixa algumas preocupações aos autores deste estudo. Quando envelhecer, esta geração de consumidores não tem núcleos familiares de suporte, o que pode potenciar e agravar situações de isolamento, solidão e carência profunda. Resta-lhes mais uma vez os apoios da assistência social pública e privada, onde instituições do tipo Centro de Abrigo podem exemplificar o tipo de remediações existentes.

### Residência

Os dados relativos à área de residência do grupo observado, e diferenciados segundo a técnica de recolha de dados utilizada, podem ser analisados no Quadro 7. A zona residencial dos consumidores de drogas ilícitas entrevistados abrange 5 concelhos da zona Norte. São eles por ordem decrescente do número de pessoas observadas, Viana do Castelo, Valença, Barcelos, Porto e Ponte da Barca. Em relação aos consumidores que responderam ao questionário, a área geográfica abarcada é maior, tendo sido inquiridas pessoas de 11 concelhos diferentes, Viana do Castelo, Espinho, Barcelos, Valença, Porto, Gaia, Cerveira, Barca, Lisboa, Esposende e Feira.

**Quadro 7: Residência dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

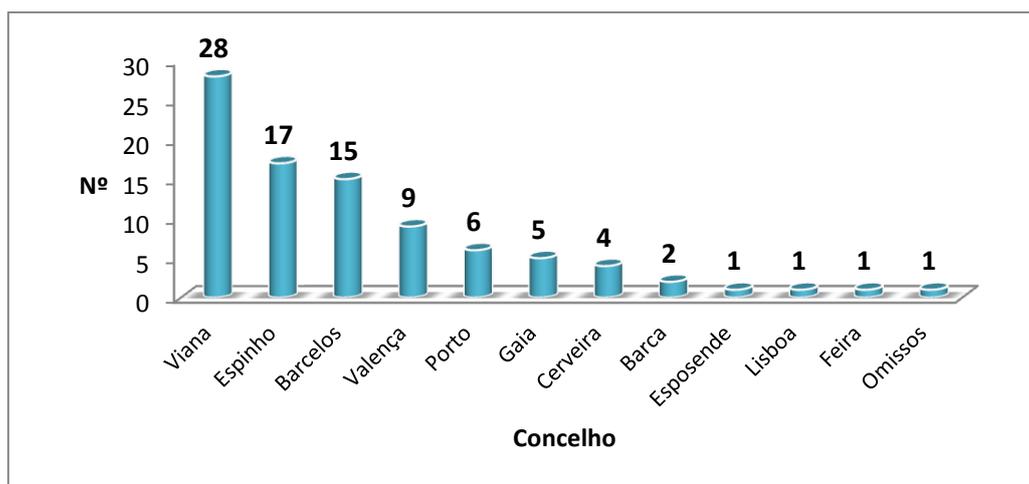
Concelho de residência	Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total
Viana do Castelo	10	18	<b>28</b>
Espinho	0	17	<b>17</b>
Barcelos	2	13	<b>15</b>
Valença	5	4	<b>9</b>
Porto	1	5	<b>6</b>
V. N. Gaia	0	5	<b>5</b>
V. N. Cerveira	0	4	<b>4</b>
Ponte da Barca	1	1	<b>2</b>
Outros	0	3	<b>3</b>
Omissos	0	1	<b>1</b>
Total	<b>19</b>	<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

No global, em termos geográficos, a maioria das pessoas observadas concentra-se em Viana do Castelo, Espinho, Barcelos e Valença, como se pode visualizar pelo gráfico 6.

Estes 4 concelhos representam a proveniência de um total de 69 indivíduos dos 90 observados, o que corresponde a 77% do total do grupo.

**Gráfico 6: Concelho de residência dos utilizadores de drogas problemáticos**



Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

O contacto com esta heterogeneidade concelhia só foi possível graças à colaboração de algumas estruturas de R.R.M.D. Estas acederam ao pedido efectuado pela equipa de investigação para passarem questionários aos seus beneficiários. No total obteve-se o apoio de estruturas de Viana do Castelo, Espinho, Vila Nova de Gaia e Barcelos.

Os resultados não nos permitem afirmar que há mais consumidores de drogas nuns concelhos do que noutros, uma vez que a selecção dos indivíduos se deveu a uma conveniência geográfica, profissional e de mobilização da rede institucional.

### Meio sócio-económico

Não se ousa entrar pela complexa conceptualização da noção de classe social neste estudo, mas deseja-se realizar alguma diferenciação acerca do meio sócio-económico, de proveniência, do subgrupo dos consumidores de drogas que entrevistamos (N=19). A equipa de investigação cinge-se ao meio de proveniência

porque no presente, e em grande parte devido às suas trajetórias de vida/consumos, todos estes 19 sujeitos se encontram em situação de precariedade económica. A afectação de rendimentos ou bens para fazer face à dependência colocou-os numa situação de grande privação económica. Dinheiro ganho é dinheiro gasto. Desta forma, 10 dos entrevistados provêm de um meio sócio-familiar marcado por alguma carência/pobreza, 6 provêm dos meios relacionados com as classes médias, e 3 descendem de um meio sócio-familiar com boas condições económicas. Os critérios que serviram de base a esta diferenciação prenderam-se com a profissão dos pais e com os seus bens imóveis. Dados que foram fornecidos informalmente pelos entrevistados.

### **5.1.2. Consumidores recreativos**

Deseja-se agora deixar algumas notas sobre a caracterização sócio-demográfica da população de jovens consumidores de substância lícitas ou ilícitas, de forma ocasional ou recreativa, que foi observada enquanto grupo secundário. Estes 95 jovens são estudantes e frequentam quer o ensino regular quer o ensino profissional. Foram entrevistados em forma grupal em contexto de sala, num total de 7 turmas/grupos. Apresentam idades entre os 15 e os 24 anos, 58 jovens eram do sexo masculino e 37 do sexo feminino. Provêm de meios sócio-económicos e familiares bastante heterogéneos.

## **5.2. Noção de droga**

Este grupo temático de questões foi utilizado na observação do subgrupo dos consumidores de drogas problemáticos que responderam à entrevista semi-estruturada (N=19). Pretendeu-se ouvir as suas opiniões e dar-lhes voz, uma vez que os consumidores de drogas detêm um saber próprio, fruto da sua própria experiência e das experiências partilhadas em grupo (Becker, 1973). Igualmente serviu de certa forma aos requisitos de aquecimento ou introdução, no âmbito da estrutura da entrevista semi-estruturada utilizada (Quivy e Campenhoudt, 1997).

### 5.2.1. A droga e o consumo de drogas

Procurou-se saber qual a noção de droga que os participantes tinham. Para não cair em estigmas e influenciar posições, a entrevistadora solicitou desde logo que falassem dos aspectos positivos e negativos da droga. As respostas encontram-se sintetizadas no Quadro 8. Todos os 19 consumidores entrevistados abordaram a droga como sendo algo maléfico e fizeram questão de frisar essa dimensão, ainda que 11 sujeitos também tenham apontado alguns aspectos positivos. No entanto, 8 pessoas não indicaram nenhum aspecto positivo, transmitindo uma noção bastante pejorativa de droga.

**Quadro 8: Visão da problemática da droga e do consumo de drogas pelos utilizadores dependentes entrevistados**

A visão da droga inclui:	Entrevistados (N=19)	Total
Aspectos negativos e positivos	E1; E3; E5;E6; E8;E10; E13; E16;E17;E18;E19	<b>11</b>
Aspectos negativos	E2;E4;E7;E9;E11;E12;E14;E15	<b>8</b>
Total	<b>19</b>	<b>19</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Entre as principais características negativas apontadas por todos os entrevistados destacou-se o factor da dependência e a questão do estigma social ou problemas associados ao uso de drogas duras.

E6 2) "Os aspectos negativos tem a ver com o abuso e com a dependência que se cria" (32 anos).

E11 1) "A droga, eu falo pessoalmente, a mim não trouxe coisas boas, só coisas más [...] depois de ter abandonado, isto é, depois de ultrapassar agora vejo as coisas de outra forma, vejo o lado bom da vida sem as drogas"; 2) "É uma morte lenta é o que é, é uma desgraça" (43 anos).

Dos 12 inquiridos que apontaram conjuntamente alguns aspectos positivos, estes relacionam-se essencialmente com dimensões relacionadas com o relaxamento, com o prazer e com o factor "escape" para os problemas do quotidiano.

E3 6) "A droga em si nunca é boa, mas é assim tem, tem uma coisa boa, que não é boa, é boa, é uma desculpa prontos, que é não encarar a sociedade da maneira como a

sociedade é sem estar sob o efeito de nenhuma droga, quando se está sob o efeito de alguma droga, tem-se problemas ignora-se ou passam ao lado” (34 anos).

E10 1) ”Positivo para mim, eu tinha um objectivo era estar a participar numa espécie de ritual, era um pouco isso, o estar com uma série de pessoas que tinham o mesmo vício do que eu. Isto em termos, como é que eu hei-de dizer... entre o pessoal com quem convivia gostava dessa parte, sentia-me bem, sentia-me de certa forma primitivo ao mesmo tempo, não sei se isto faz muito sentido, mas sentia isso. O ritual tem sempre qualquer coisa de primitivo. E depois sentia o prazer que aquilo traz. Aí é o lado do prazer pronto. Sobretudo da heroína, gostava do descanso que me trazia ao cérebro. Gostava de me sentir meio abandonado daquilo que me rodeava, gostava de me sentir anestesiado. Um amigo meu dizia, e eu concordava com o que ele dizia, que, fez-me ver o lado da libido, porque há também uma certa libido com a heroína. No fundo é o lado do prazer. E então o speedball, a heroína e a cocaína misturadas é o supra-sumo das drogas que eu conheci... Estou a pecar um bocado ao dizer isto mas eu sinto-me um privilegiado por ter podido ter essas experiências, esses consumos, são muito bons” (39 anos).

O quadro teórico subjacente a esta investigação adopta uma visão de cariz biopsicossocial do fenómeno do consumo de drogas. Uma visão reducionista e moralista, onde as drogas e o seu consumo acarretam apenas uma série de propriedades negativas e destruidoras para os seus consumidores, já está ultrapassada. Para aqueles que as experimentaram e que as abusaram, o lado do prazer físico, mas também o lado do ritual e de catalisador social está presente (Eschotado; 1989; Fernandes; 1998; Dias, 2002). Todas estas dimensões enfatizam o olhar multidisciplinar e não redutor pelo qual se deve optar, e que tem sido reconhecido nas últimas décadas. É, em parte, a génese da verdadeira complexidade da dificuldade em deixar a adição de algumas substâncias psicoactivas. Como diz um dos indivíduos entrevistados: (E8 8) “Olha não sabia que fosse tão bom e tão mau ao mesmo tempo” (44 anos).

### **5.2.2. Tipos de drogas**

Ainda de uma forma introdutória, a entrevistadora questionou os 19 consumidores de drogas entrevistados acerca das drogas que conheciam. As respostas foram diferenciadas e foram sistematizadas no Quadro 9. No entanto, três substâncias foram transversalmente referidas, a cannabis/haxixe, a heroína e a cocaína.

**Quadro 9: Tipos de drogas mais conhecidas pelos utilizadores dependentes entrevistados**

Drogas mais conhecidas	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Cannabis	E2; E3;E4;E5;E6;E7;E9;E10;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	<b>16</b>
Heroína	E2;E3;E4;E5;E6;E7;E9;E10;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	<b>16</b>
Cocaína	E2;E3;E4;E5;E6;E7;E9;E10;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18	<b>15</b>
“Pastilhas”	E1;E2;E3;E5;E6;E9;E12;E13;E14;E15;E17;E18	<b>12</b>
Ecstasy/anfetaminas	E3;E4;E5;E6;E7;E15;E17	<b>7</b>
L.S.D.	E2;E3;E6;E13;E14;E17;E18	<b>7</b>
Cogumelos Mágicos	E2;E5;E7;E14;E17	<b>5</b>
Outras: a)Ketamina;b)Ice; c)Metadona;d)Ópio;e)Speedball; f)Figos do diabo	a)E2;E17;b)E2;E13;c)E17;d)E3;e)E10; e)E5	<b>8</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

A cannabis e a heroína foram apontadas por 16 dos 19 entrevistados, e a cocaína por 15 dos entrevistados. Seguem-se as “pastilhas”, onde cabe uma panóplia de substâncias como medicamentos não prescritos como as benzodiazepinas, e as anfetaminas/ecstasy/speeds. Por último, temos referências ao L.S.D. e aos cogumelos mágicos, e com menos de duas referências temos a Ketamina, o Ice, o Speedball e mesmo os “Figos do diabo” (planta com supostas propriedades alucinogéneas). No que diz respeito às substâncias psicoactivas lícitas, apenas 4 pessoas incluíram o álcool de forma espontânea aos responderem a esta pergunta, e apenas 1 pessoa fez referência ao tabaco. Os restantes indivíduos inquiridos referiram apenas as substâncias ilícitas enquanto drogas. A estas pessoas efectuou-se uma segunda pergunta, questionando se também consideravam o álcool e o tabaco uma droga. Todas retorquiram positivamente, ainda que fazendo, por vezes, algumas atenuações.

E3 8) “O haxixe, a erva, há vários tipos de erva, os ácidos... o crack, o ópio... mais, as rolhas, os selos, depois tem aquelas medicações, o Mandrax, o Asparjac, os speeds, os Serenais também, o speed cristal... o skank, a heroína, coca, há muitas” [Entrevistadora: E o álcool e o tabaco também considera uma droga?] E3 9) “Sim, sim, dá dependência na mesma. Só que é aquela droga que é bem vista pela sociedade, não é discriminada. Isto em termos de álcool, mais em termos de álcool que é visto na sociedade com bons olhos não sei quê, que é um, é uma venda livre e está em todo o lado, mas que também destrói famílias, também destrói uma vida. Mas não é tão

discriminada como um toxicod dependente. Uma pessoa que vá a um bar beber um ou dois, ou três ou quatro ou dez whiskys, ou o que seja, a um bar não é discriminada como se virem um toxicod dependente a entrar pela porta dentro, não tem nada a ver” (34 anos).

O excerto atrás transcrito de um dos entrevistados (E3) está bem completo no que respeita às substâncias psicoactivas mais utilizadas pelos consumidores problemáticos. A gíria, presente neste tipo de saber, funciona para as drogas poderem passar melhor despercebidas aos ouvidos de pessoas exteriores a esta subcultura (Becker *in* Demartis, 2002). Assim as drogas têm de ir conhecendo novos nomes, como “rolhas” para o caso do ecstasy, em particular, ou para designar um campo mais vasto de drogas sintéticas em formato de pastilhas/pílulas.

Interessante também é o facto de poucas pessoas incluírem o álcool e o tabaco no tipo de drogas que conhecem. Mas quando questionadas especificamente sobre isso, respondem afirmativamente, dando especial destaque ao álcool e minorizando o tabaco enquanto droga. Esta substância é colocada por muitos dos entrevistados no mesmo patamar em termos de riscos e danos, mas parece que o factor de legalidade e de aceitação social deturpa a sua inclusão imediata na classe das drogas.

E17 3) “Também, mas são diferentes, o tabaco é quase como o haxixe... não é muito problemático o álcool é que já pode ser muito complicado, também traz dependências lixadas, bem lixadas. Ainda há pouco tempo um conhecido meu morreu por causa disso, por causa do álcool, o fígado já não aguentou mais... tinha para aí uns quarenta e poucos, não era velho” (30 anos)

Há alguns indivíduos, contudo, que consideram o álcool e o tabaco não tão perigosos, até pelo facto de serem legais, referem. Já no caso do tabaco parece haver maior relutância em considerá-lo uma droga perigosa ou tão perigosa como a heroína, a cocaína ou até o álcool. O tabaco é uma substância de grande aceitação social e bastante integrada nas relações de sociabilidade. Por outro lado, o seu consumo excessivo não é tão visível como no caso do álcool. E o consumidor ocasional e recreativo de álcool auffer de uma aceitação social bem diferente do alcoólico. Como estas formas de consumo não interferem tanto na vivência das restantes esferas da vida, ou seja não são consideradas tão problemáticas, logo também não são tão percepcionadas como droga. Parece que este termo inclui ao nível das representações sociais duas vertentes, uma que se relaciona com a substância, algumas são vistas

como droga, outras não (Negreiros, 2000), e outra que se relaciona com a problematidade e visibilidade (enquanto não der nas vistas, enquanto não perturbar a vivência dita “normal” do seu consumidor não é vista como uma droga).

### 5.2.3. Principais efeitos das drogas

A entrevistadora procurou saber quais os principais efeitos que as drogas provocam, segundo a opinião dos entrevistados, que se baseia nas suas experiências de consumo. Os resultados encontram-se sintetizados no Quadro 10. Desde logo torna-se necessário apontar a clara diferenciação entre a cannabis e seus derivados e a heroína e cocaína, estas duas últimas consideradas drogas mais pesadas. Atente-se nos efeitos dos cannabinoides, da heroína, da cocaína e do álcool, por terem sido aqueles que foram mais referenciados pelos entrevistados.

**Quadro 10: Efeitos das principais drogas segundo a opinião dos utilizadores dependentes entrevistados (N=19)**

Substância	Efeitos positivos	Efeitos negativos
Cannabis	Relaxamento; Descontração e riso fácil; Aumento do apetite	Desestruturação mental
Heroína	Bem-estar; Prazer; Relaxamento; Aumento da libido; Anestésiante	Dependência física; ressaca dolorosa; angústia; alienação da vida
Cocaína	Agitação; Energia	<i>Craving</i> – dependência; Psicoses
Álcool	-----	Dependência

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

O haxixe é descrito, em termos de efeitos, sobretudo pelas suas capacidades relaxantes, de descontração e de abertura do apetite. É descrito algumas vezes como não sendo “nada de especial”, não faz mal, é uma substância tida como pouco maléfica, em termos de efeitos. No entanto, um dos entrevistados (E10) aponta como lado mais negativo, efeitos desestruturantes ao nível da personalidade e dos sentidos.

E5 7) “O haxixe... dá fome, boa disposição, põe-me tranquilo, calminho... por vezes puxa-me para estar no sossego. O cannabis igual, não me puxa para estar em confusões e dá-me sede e fome” (49 anos).

E12 5) “o haxixe é mais para rir e para comer. Mas o haxixe não é nada de especial, as piores são a heroína e a cocaína” (34 anos).

E10 3) “O haxixe para mim também era desestruturante porque trazia-me uma certa atrofia mental, um certo desequilíbrio no pensamento e nos sentidos” (39 anos).

Já a heroína, é apontada algumas vezes, como sendo “a melhor”. Proporciona bem-estar, prazer, relaxa, é um anestésico. Em relação aos efeitos mais negativos sentidos é apontada a questão da dependência, com ressacas dolorosas e profundamente angustiantes, problemas do foro digestivo e intestinal, e a alienação da vida.

E10 3) “A heroína é um depressor do sistema nervoso, funciona como um calmante e desperta uma certa libido também [...] A heroína também por vezes também pode dar um momento de clareza, no cérebro, de abertura do cérebro, só às vezes, eu só senti isso às vezes. E não dá a toda a gente. A mim também me dava stress, sentia medo” (39 anos).

E19 4) “a heroína sobretudo dá uma sensação de bem-estar, de prazer, a pessoa fica de bem com a vida, como dizem os brasileiros, mas também dá efeitos maus, como a prisão de ventre, dormir ou uma certa letargia a mais, e claro, a ressaca, depois se uma pessoa não tem, é horrível. Dá dores muito fortes, diarreias, febre, uma ansiedade muito grande, um mau-estar... pronto, esse tipo de coisas” (59 anos).

E9 3) “a heroína é uma coisa que, sei lá, ficas como... como é que eu hei-de dizer, não és tu, tu andas ali, mas estás-te maribando para tudo, não pensas em ti, não pensas nos outros, nas coisas más que estás a fazer” (43 anos).

No que concerne à cocaína, os principais efeitos descritos relacionam-se com o facto de ser uma substância estimulante, que agita, dá energia, tira o sono e o apetite. Os efeitos mais negativos apontados prendem-se com a vontade de querer continuar a consumir (o *craving*). Um dos entrevistados (E10) refere ainda “atitudes psicóticas” ou problemas do foro psicológico.

E16 5) “porque a cocaína, também dá para esquecer, para não pensar nos problemas, mas provoca mais actividade, a gente não para quieto, é bom para aparcar carros” (38 anos).

E10 3) “A cocaína é o contrário é um estimulante do sistema nervoso. Dá mais speed, acelera o coração e provoca momentaneamente, em algumas pessoas não todas, atitudes psicóticas, pontualmente” (39 anos).

Em relação ao álcool, não foram apontados aspectos positivos específicos. Os entrevistados que abordaram os efeitos desta substância indicaram de forma negativa a questão do vício.

E14 3 “aliás o álcool para mim ainda é pior, porque eu também já me meti, em tempos, também abusei e aquilo dá uma ansiedade, uma ressaca pior que a heroína, eu achei! Cuidado, é muito difícil deixar o álcool, é altamente viciante” (48 anos).

Em termos gerais é possível resumir os efeitos positivos das substâncias referidas no que relaciona com a questão do prazer e com o sentimento de alienação dos problemas. No que se refere aos efeitos negativos podem-se condensar na questão da dependência/ressaca. Surge a ideia de que, por vezes, não fossem os sintomas de abstinência, os estados de consciência permaneceriam alterados e anestesiados de bom grado. Os efeitos expressos na primeira pessoa pelos nossos entrevistado vão de encontro aos vários sintomas e sensações elencados já pela literatura (Fernandes, 1998; Borges e Filho, 2004).

#### 5.2.4. Drogas mais consumidas actualmente

Continuando numa perspectiva introdutória a entrevistadora questionou os 19 utilizadores de substâncias psicoactivas das drogas mais consumidas actualmente. Os dados obtidos através das suas respostas encontram-se espelhados no Quadro 11. Segundo a opinião e perspectiva dos utilizadores entrevistados, as substâncias mais consumidas actualmente são a cannabis e a cocaína, com 15 referências, ambas. Segue-se depois a heroína e o álcool, mas já com uma diferenciação significativa.

**Quadro 11: Droga mais consumida actualmente, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

Drogas mais consumidas	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Cannabis	E1;E2;E3;E6;E7;E8;E9;E10;E14;E15;E16;E17;E18;E19	14
Cocaína	E1;E2;E3;E5;E6;E7;E8;E10;E11;E13;E14;E15;E16;E17	14
Heroína	E5;E8;E9;E10;E11;E15;E16	7
Álcool	E8;E10;E11;E18	4
“Pastilhas”	E2;E3;E8	3
L.S.D.	E2	1

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que uma droga

Portanto, na opinião dos entrevistados, hoje em dia consome-se mais cannabinoides e cocaína, e menos heroína. Saliente-se a inclusão do álcool, como uma

droga, por 4 dos entrevistados, no entanto não houve qualquer referência ao tabaco. Os dados epidemiológicos (consultar ponto 1.4.) indicam que o álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas, e são substâncias lícitas. Por isso ao nível das representações assiste-se aqui a uma não assimilação ou não representação do álcool e do tabaco enquanto droga, devido substancialmente a esta questão da sua licitude (Carvalho e Leal, 2006). O termo droga, socialmente, parece estar ainda muito ancorado na questão da ilegalidade. No entanto, cientificamente a noção de droga está relacionada com os efeitos psicoactivos de uma substância, englobando quer as substâncias lícitas, quer as substâncias ilícitas. Assiste-se a uma diferenciação daquilo que é considerado droga, consoante nos s pessoas se coloquem no discurso social ou se coloquem na óptica do discurso científico. Tal diferenciação ao nível das representações deve-se em larga medida aos factores de ordem sócio-cultural e política.

Não obstante, no que diz respeito às substâncias ilícitas, em termos epidemiológicos, a opinião dos entrevistados é coerente com a substância mais consumida, a cannabis. A cocaína porém encontra-se tão referenciada como a cannabis. Mas a opinião dos entrevistados espelha, em certa medida, as experiências de consumo deste grupo, específico, de consumidores problemáticos que foi observado neste estudo. Apesar da cannabis ser uma substância largamente utilizada, quer por consumidores de drogas mais duras, quer por consumidores recreativos, o mesmo não acontece com a cocaína. Esta aparece mais relacionada com os consumidores problemáticos, porém também aparece frequentemente associada a contextos de recreação. A opinião deste grupo no que respeita às substâncias mais consumidas actualmente deve ser lida como um indicador de algumas modas ou tendências, ou com a disponibilidade e acessibilidade de determinada substância em dado contexto/mercado local. Ainda assim, a possibilidade de se verificar enquanto tendência não deve ser totalmente descartada.

### **5.3. Informação e comportamentos de risco**

Este grupo de questões prende-se directamente com os objectivos da investigação realizada, mais concretamente com o primeiro objectivo delineado, que

passa por tentar perceber qual o impacto da informação, no âmbito das práticas de R.R.M.D., nos comportamentos, em especial na diminuição dos comportamentos de risco, das pessoas que utilizam drogas de forma problemática. Algumas questões foram colocadas à totalidade do grupo, outras, de maior desenvolvimento, apenas ao subgrupo das pessoas que foram observadas por entrevista semi-estruturada.

### 5.3.1. Principais agentes informativos

Perguntou-se aos consumidores inquiridos através de entrevista semi-estruturada (N=19) e através de questionário (N=71), o seguinte: quais os agentes, nomeadamente membros da família, amigos, media e profissionais de saúde, que lhes transmitiram informação acerca das drogas, com maior impacto e maior influência ou credibilidade. Os resultados obtidos podem ser analisados no Quadro 12.

**Quadro 12: Principais agentes de informação, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Agentes de informação	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total de referências
Profissionais especializados	15	E2;E4;E5;E6;E7;E9;E10;E11;E12;E13;E15;E16;E17;E18;E19	31	<b>46</b>
Amigos/colegas	12	E1;E2;E3;E5;E6;E7;E8;E11;E4;E16;E17;E19	20	<b>32</b>
Media	5	E7;E9;E10;E11;E19	15	<b>20</b>
Família	5	E1;E4;E10;E11;E12	6	<b>11</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada pessoa observada podia referir mais do que um agente

Dos agentes informativos indicados, os profissionais de saúde foram aqueles que foram mais declarados. Seguiram-se os amigos, depois os media e, em último, a família. Entre o grupo dos amigos, algumas pessoas destacam a valorização da experiência, do conhecimento prático, isto é, a informação transmitida por outras pessoas com historial de consumo de drogas, consumidores ou ex-consumidores.

E8 6) “Eu acho que quem passou por elas, quem consome é que pode dar melhor informação. Só quem passou por elas é que sabe melhor do que ninguém, é o que eu acho... e pronto amigos que consumiam dizem-no as coisas como elas são. As sensações, o mau-estar, as ressacas. São as pessoas que conhecem, são elas que podem dizer realmente como uma droga actua. Embora que de pessoa para pessoa

possa haver diferenças, há sempre coisas que são comuns em todos os organismos” (44 anos).

De referir porém que os amigos são considerados simultaneamente, por algumas das pessoas, fonte de informação verdadeira e errada.

E13 7) “Sim, sim, nesse caso foram mais amigos e conhecidos não é? Porque sobretudo quando estão naquela fase que querem é consumir, dão informação muito errada, do género que não faz mal e assim, que é só uma vez e acabou” (42 anos).

E há ainda 2 entrevistados que sugerem uma distinção consoante as fases da vida, indicando que numa primeira fase, os amigos tiveram maior impacto, mas posteriormente, os técnicos de saúde foram mais ouvidos e tiveram uma maior influência nos seus modos de pensar e agir.

E13 6) “Eu acho que foram os técnicos de saúde. Apesar de numa fase inicial não perceber ou não compreender muito bem ainda o que eles diziam, numa fase posterior, agora por exemplo, percebo bem a informação e o que eles me dizem” (42 anos).

Das pessoas observadas, os profissionais de saúde aparecem assim como agentes informativos credíveis e com capacidade de provocar impacto. Esta influência pode levar os consumidores de drogas a reflectir e mesmo a alterar os seus comportamentos. No entanto, segundo a literatura, quanto mais factores de protecção se conjugarem, mais promissoras são as alterações de comportamentos nesta área. Ou seja, factores de ordem biológica, psicológica e social, como a motivação individual, o apoio familiar e social e as expectativas de vida (Dias, 2002; 2003). Saliencia-se igualmente a referência de dois entrevistados no que diz respeito às diferentes fases da vida e agentes informativos que os influenciaram mais. Ainda que tenha sido residual, este parece-nos um dado bastante interessante e que se fundamenta em literatura diversa. Quando jovens, os amigos, os pares têm um maior impacto comportamental, uma vez que os saberes e informações partilhadas entre iguais são sobejamente valorizadas, dada a necessidade de pertença ou de filiação social (Dias, 2002). Quando adultos, e com a diminuição da importância atribuída aos grupos de pares, aos amigos, os profissionais de saúde aparecem como agentes com capacidade de criar mais impacto comportamental, uma vez que são vistos como fontes credíveis e isentas. Por último, de referir a reduzida credulidade atribuída aos membros

familiares, no que respeita a matéria de drogas. Tal pode ser explicado pela sua falta de imparcialidade. O seu propósito, geralmente, não é o de prestar informações concretas mas antes o de transmitir dados que ajudem na paragem dos consumos de drogas.

### 5.3.2. Conhecimento da Redução de Riscos e Minimização de Danos

É objectivo desta investigação perceber o impacto da informação nos comportamentos dos utilizadores de drogas, no âmbito específico das intervenções de R.R.M.D. Por isso decidiu-se questionar os 90 consumidores observados acerca do conhecimento desta filosofia de intervenção. Dois terços das pessoas referem saber o que é a R.R.M.D., como se pode constatar no Quadro 13.

**Quadro 13: Conhecimento da R.R.M.D. por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Conhecimento da R.R.M.D.	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Sim	9	E1;E6;E8;E10;E13;E14;E17;E18;E19	51	<b>60</b>
Não	10	E2;E3;E4;E5;E7;E9;E11;E12;E15;E16	19	<b>29</b>
Omissos	0	-----	1	<b>1</b>
Total	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Todavia, considera-se que o número de inquiridos que diz não saber o que é a R.R.M.D., 29 indivíduos, é um pouco desconcertante, na medida em que todos eles foram contactados através de uma aproximação indirecta, via serviços de R.R.M.D. que estão no terreno, como as Equipas de Rua. Por isso, *a priori*, todos eles já tinham contactado com este tipo de serviços, uma vez que eram seus beneficiários.

Este facto sugere a elaboração de algumas interrogações. Será que a designação de Redução de Riscos e Minimização de Danos é algo de complexo e de difícil compreensão e interiorização? Será que o caminho e tempo social percorrido por esta área de intervenção é ainda relativamente recente e isso também contribuí para a sua difícil assimilação? Será que as estruturas de R.R.M.D. têm dificuldade em passar esta informação aos seus beneficiários? Em transmitir qual a sua filosofia de intervenção? O facto é que este desconhecimento por parte dos utilizadores de drogas

pode induzi-los em erro, julgando que estruturas como as Equipas de Rua prestam apoio para tratamento, quando esse não é o objectivo principal da R.R.M.D.

Numa outra questão, alarga-se o âmbito da pergunta às restantes áreas de intervenção, questionando o grupo observado sobre os serviços existentes para as pessoas que consomem drogas. Cruzaram-se os dados, procurando uma relação de coerência entre a afirmação do conhecimento da R.R.M.D. e a indicação de serviços existentes nesta área. Os dados são apresentados no Quadro 14.

**Quadro 14: Relação entre o conhecimento da R.R.M.D. e o conhecimento de serviços existentes, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Conhecimento da R.R.M.D. e conhecimento de serviços de R.R.M.D.	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Conhecem a R.R.M.D. e indicam serviços de R.R.M.D.	8	E1;E6;E10;E13;E14;E17;E18;E19	51	<b>59</b>
Desconhecem ambos	8	E2;E3;E4;E7;E11;E12;E15;E16	3	<b>11</b>
Conhecem um dos dois	3	E5;E8;E9;	15	<b>18</b>
Omissos/Inválidos	0	-----	2	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Das 90 pessoas observadas, 70 são coerentes quando referem o conhecimento da R.R.M.D. e indicam serviços da mesma área de intervenção. No entanto, um total de 18 sujeitos revela alguma discrepância, que se prende com o afirmar conhecer a R.R.M.D., mas não indicar serviços desta área de intervenção, ou o contrário. Subentende-se que as práticas, os serviços, a filosofia e os objectivos da R.R.M.D. deveriam ser melhor explicitados aos seus beneficiários, em especial numa linguagem que lhes seja facilmente perceptível. A avaliação das práticas e do impacto da R.R.M.D. também depende do conhecimento que dela detêm os seus beneficiários.

### **5.3.3. Avaliação da Redução de Riscos e Minimização de Danos**

Questionou-se o subgrupo dos 19 consumidores que foram inquiridos por entrevista semi-estruturada sobre a avaliação da intervenção da R.R.M.D. A

entrevistadora solicitou-lhes que apontassem aspectos positivos e negativos. Note-se que, no caso dos entrevistados que referiram anteriormente desconhecer a R.R.M.D., avançou-se uma breve explicação, para que se pudessem posicionar em termos de avaliação. As respostas dadas podem ser analisadas no Quadro 15.

**Quadro 15: Avaliação da R.R.M.D. por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

Avaliação da R.R.M.D.		Por entrevista (N=19)	
Aspectos positivos	- Redução do risco de transmissão de Infecções; - Concelhos importantes; - Sensibilização realizada; - Redução dos danos para sociedade; - Diversidade do material de consumo fornecido.	19	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8; E9;E10;E11;E12;E13;E14; E15;E16;E17;E18;E19
Aspectos negativos	- Diversidade de material de consumo fornecido (sustentação da continuidade dos consumos); - Pouco envolvimento e participação dos U.D. na R.R.M.D.; - Ausência de salas de consumo assistido e ausência de Programas de substituição opiácea com heroína; - Necessidade de mais informação aos jovens, nas escolas.	4	E5;E6;E8;E18
Total	-----	<b>19</b>	

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Todos os entrevistados anotaram aspectos positivos quando lhes foi solicitado que avaliassem a intervenção da R.R.M.D. Basicamente, a questão da redução dos riscos foi valorizada e reconhecida, nomeadamente, na prevenção da transmissão de infeções transmissíveis, como o V.I.H. e as variantes das hepatites.

E13 12) “Permitiu diminuir muito a transmissão de doenças, eu lembro-me que antigamente havia muitas doenças e hoje em dia já se vê consumidores mais... mais limpos, com melhor aspecto, com a preocupação de trocarem as seringas, os tubos, etc. Antigamente uma seringa dava para cinco ou seis pessoas ou mais, era até o bico ficar, pronto ficar duro, já não dar mais. Por isso, quer dizer, eu acho que tem aspectos bons, maus não estou a ver, eu acho que só trouxe coisas boas” (42 anos).

E14 9) “Eu acho que tem imensas coisas boas, informam as pessoas sobre como podem reduzir os riscos e prevenir as doenças. Olha no meu caso, se tivesse sido melhor informado quando era novo se calhar não tinha apanhado a doença que apanhei não é? Porque eu tenho quase a certeza que fiquei seropositivo por partilhar seringas” (48 anos).

Um dos sujeitos entrevistados apontou também a diminuição dos danos para a sociedade em geral, ou seja, as práticas e estratégias utilizadas pela R.R.M.D. oferecem

algumas vantagens para os consumidores e, numa perspectiva sistémica, para a sociedade no seu todo.

E11 10) “as pessoas pensam que o mal é só de quem é toxicodependente e não é bem assim, também há males para a sociedade” (43 anos).

Como referido, todas as 19 pessoas entrevistadas valorizaram a R.R.M.D. e salientaram os seus aspectos positivos. No entanto, quando se solicitou que fizessem uma avaliação, indicando aspectos positivos e negativos, quatro dos indivíduos também apontaram aspectos mais restritivos: darem “coisas a mais”, isto é, o fornecimento da maioria do material utilizado para consumo, como seringas, tubos, etc., que, ao mesmo tempo, é visto como algo positivo porque previne o contágio de doenças, mas por outro é visto como uma forma de incentivo à continuidade dos consumos; o pouco envolvimento dos consumidores, a reduzida participação na delineação e aplicação destes serviços; a ausência de salas de consumo assistido e de programas de substituição opiácea com heroína; e a necessidade de se trabalhar mais informação com os jovens nas escolas.

E5 16) “Ultimamente acho que dão muita coisa às pessoas e talvez isso seja um bocado mau. Dão kits, dão prata, dão cachimbos... não sei, isso é bom por um lado, mas por outro acho que é mau... as pessoas assim continuam a consumir” (49 anos).

E6 13) “acho que deviam envolver mais os consumidores nesta área, lá fora faz-se mais isso... e abrir salas de consumo assistido e programas de administração de heroína, como se faz lá fora” (32 anos).

E8 11) “nas escolas acho que devia haver mais informação aos jovens” (44 anos).

Pode-se concluir que no geral o grupo observado de beneficiários de serviços de R.R.M.D. avaliam os serviços prestados de forma bastante positiva, mas sugestões importantes ficam para os decisores políticos e para os profissionais que coordenam e integram estas estruturas. Os utilizadores de drogas entrevistados acham que se deve estudar melhor a questão do tipo de material fornecido poder de alguma forma influenciar a continuidade dos consumos; deve-se envolver mais a população alvo; deve-se apostar na criação de salas de consumo assistido e programas de administração terapêutica de heroína, à semelhança do que já se faz lá fora; e apostar mais na informação dirigida aos jovens, com carácter preventivo e redutor de riscos/danos.

### 5.3.4. Alteração de comportamentos

Este ponto relaciona-se directamente com o primeiro objectivo delineado no âmbito desta investigação. Tentar perceber qual o impacto da informação, no âmbito das práticas de R.R.M.D., nos comportamentos, em especial na diminuição dos comportamentos de risco, das pessoas que utilizam drogas de forma problemática. A entrevistadora perguntou aos sujeitos consumidores se o trabalho das Equipas de Rua já os tinha levado a alterar algum comportamento, e em caso afirmativo, foi-lhes solicitado para exemplificarem.

As respostas dadas em relação à mudança de comportamentos estão sistematizadas no Quadro 16. No subgrupo dos 19 sujeitos entrevistados, 11 verbalizaram já ter alterado comportamentos devido à acção das Equipas de Rua, estruturas de R.R.M.D. e 53 dos 71 indivíduos que responderam ao questionário afirmaram o mesmo.

**Quadro 16: Alteração de comportamentos por acesso a informação, segundo a opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Alteração de comportamentos	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Sim	11	E1;E5;E6;E7;E8;E9;E12;E14;E15;E18;E19	53	<b>64</b>
Não	0	-----	17	<b>17</b>
Mais ou menos	8	E2;E3;E4;E10;E11;E13;E16;E17	0	<b>8</b>
Omissos	0		1	<b>1</b>
Total	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

No total, 64 dos 90 utilizadores de drogas duras alteraram comportamentos, ou seja, 71% do grupo. Esta alteração deve-se à acção das Equipas de Rua, estruturas que actuam segundo a filosofia da R.R.M.D., ou seja, que trabalham essencialmente por estratégias de educação para a saúde e educação para formas de consumo menos danosas. Transmite-se aos beneficiários das estruturas, consumidores de drogas, bastante informação, pormenorizada e dirigida aos interesses e objectivos, quer dos beneficiários, quer da R.R.M.D.

Como referido solicitou-se ainda ao grupo observado que respondeu afirmativamente à alteração de comportamentos devido à informação e ao trabalho das Equipas de Rua, que exemplificasse que tipos de comportamentos tinham alterado. Os exemplos de mudanças comportamentais encontram-se sintetizados no Quadro 17. Nem todos os consumidores observados por entrevista semi-estruturada foram claros. Dos 53 indivíduos que responderam, por questionário, afirmativamente à mudança de comportamentos devido ao trabalho das Equipas de Rua/R.R.M.D., apenas 40 deram exemplos.

**Quadro 17: Exemplos de alteração de comportamentos por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Exemplos de Comportamentos alterados	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Diminuição, paragem do consumo/ Manutenção/ Adesão a Metadona	4	E3;E4;E9;E12	24	<b>28</b>
Redução de comportamentos de risco/Diminuição, paragem consumo por via endovenosa	12	E1;E2;E5;E6;E7;E8;E13; E14;E15;E16;E18;E19	15	<b>27</b>
Mais auto-estima	0	-----	1	<b>1</b>
Não exemplificaram	3	E10;E11;E17	31	<b>34</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Nota: Nem todos os indivíduos observados deram exemplos dos comportamentos alterados

Como se depreende pela análise do Quadro anterior (Quadro 17), comportamentos relacionados com alterações à regularidade dos consumos foram os mais referidos, como a diminuição dos consumos de substâncias psicoactivas efectuados ou mesmo a paragem dos consumos, sobretudo por adesão a programas de tratamento de substituição opiácea com Metadona. Seguem-se alterações de conduta no que respeita à diminuição dos comportamentos de risco. Indicam geralmente que passaram a ter mais cuidado com o material por exemplo, procurando que este fosse esterilizado e/ou de uso pessoal e único e que diminuíram ou pararam de realizar o consumo por via endovenosa.

E8 9) "Comecei a ter mais cuidado quando começou a haver informação sobre H.I.V. e que o H.I.V. era transmissível pelo sangue, que o facto de se ter consumo com as

seringas uns dos outros... isso tudo pronto... a primeira informação surgiu com o H.I.V. e passei a ter mais cuidado sim com as seringas, passei claro. E depois também por via sexual, com o uso dos preservativos e assim”(44 anos).

E9 11) ”Sim claro que sim, eu quando ia a consultas por exemplo, o que me diziam tinha um grande impacto em mim. Primeiro foi no CAT [P.S.O.B.L.] e também aqui no centro de saúde [P.S.O.B.L.], mas foi isso que me fez mudar alguns comportamentos e deixar os consumos das vezes que parei, sem dúvida” (43 anos).

No entanto, como se verifica pelo Quadro 16, 8 sujeitos dos 90 observados, quando questionados acerca da mudança de comportamentos por acesso a informação e por beneficiarem do trabalho das Equipas de Rua, ficaram pensativos, um pouco hesitantes e responderam com um “talvez” ou “um pouco”.

E4 31) “Não, talvez a não recair, a continuar sem consumir, a continuar com o tratamento. Porque eles falam connosco e também agente vai tendo cuidado... Cuidado com as companhias, é preciso é ter cuidado com as companhias também para não recair” (36 anos).

E13 19) “Quer dizer eu não sei bem, acho que sim e acho que hoje tenho mais cuidado com determinadas coisas, doenças e assim. Mas é claro que o facto de estar mais ligado a técnicos de saúde há já algum tempo não é? Isso tem-me influenciado, acho que sim, às vezes mesmo sem me aperceber bem” (42 anos).

Saliente-se novamente que o acesso a informação sanitária não levou propriamente à paragem dos consumos, mas sim à adopção de alguns cuidados que diminuiram os riscos e os danos, como por exemplo, a troca do material utilizado para consumo, utilizando material esterilizado, e a não partilha deste material com outras pessoas.

Contudo a eficácia no que respeita às alterações comportamentais parece aumentar quando o factor informação é associado a outras variáveis, como a motivação ou a validação, na prática, das informações cognitivas.

E17 14) ”Sim, penso que sim... quer dizer quando nós queremos consumir, quando estamos com essa ideia acho que não há grande coisa que possam dizer, mas quando se está um bocado mal, farto, ficamos mais atentos e mais... receptivos a alguns conselhos” (30 anos).

E11 4) ”No início também estava muito enamorado e nem ligava ao que ouvia, mas depois uma pessoa começa a ver que é verdade, começa a sentir os efeitos e as consequências” (43 anos).

Procurou-se perceber se o tempo de contacto ou de acesso ao trabalho das Equipas de Rua e à informação de R.R.M.D. apresentava alguma relação com a produção de mudanças comportamentais nos seus beneficiários. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 18.

**Quadro 18: Relação entre a alteração de comportamentos e o tempo de conhecimento do trabalho das Equipas de Rua (R.R.M.D.), por técnica de recolha de dados**

Relação entre a alteração de comportamentos e o tempo de conhecimento do trabalho das Equipas de Rua (R.R.M.D.)	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Conhece há menos de um ano o trabalho das E.R. e alterou comportamentos	2/2	E3;E7	4/9	<b>6/11</b>
Conhece há um período entre um e quatro anos e alterou comportamentos	9/9	E2;E4;E9;E10;E11;E12;E13;E15;E16;	21/29	<b>30/38</b>
Conhece há mais de cinco anos e alterou comportamentos	8/8	E1;E5;E6;E8;E14;E17;E18;E19	28/32	<b>36/40</b>
Omissos			1	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>53/71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Partiu-se do pressuposto que quanto maior o tempo de contacto ou de usufruto do trabalho e educação informativa das estruturas de R.R.M.D., maior a probabilidade de alteração comportamental, por parte dos utilizadores de drogas. No entanto, e apesar de se verificar uma ligeira associação entre o tempo de conhecimento da R.R.M.D. e o impacto nos comportamentos, as diferenças entre os grupos (grupo que contacta com os serviços de informação há menos de um ano e grupo que tem contacto há mais de cinco anos), não são significativas. Fala-se de 6 em 11 pessoas que alteraram comportamentos, decorrente do contacto com estes serviços há menos de 1 ano, e de 36 em 40 pessoas, que beneficiam dos serviços há mais de 5 anos.

Como se pode constatar, 72 das 90 pessoas observadas referem já ter alterado algum comportamento devido ao trabalho das Equipas de Rua e informação de R.R.M.D. e 16 indivíduos dizem não ter alterado nenhum comportamento (4 respostas foram omissas, ou na questão da mudança de comportamentos ou na questão da

idade). No que diz respeito ao factor **idade**, as pessoas do grupo, que alterou comportamentos, têm uma média de idades de 40 anos e os indivíduos do segundo grupo, que não realizou mudanças comportamentais têm uma média de 32 anos. Verifica-se que a idade ou maturidade pode influenciar a aceitação e a receptividade em relação à informação, que por sua vez pode potenciar a alteração de comportamentos, tal como previsto no modelo de análise utilizado, onde o factor idade se encontra incluído enquanto variável independente.

Atente-se agora na relação com o factor **escolaridade**, uma vez que o mesmo integra igualmente o modelo de análise construído. Não se verifica a existência de uma relação significativa entre o número de anos de estudo e a mudança de comportamentos por acesso à informação, no âmbito da R.R.M.D. Das 90 pessoas observadas, as 70 que indicaram já ter efectuado alterações comportamentais por acesso a informação, apresentam uma média de 7,4 anos de estudo, enquanto as 17 pessoas que declararam não ter realizado mudanças de comportamentos devido a este factor, exibem uma média de 8 anos de estudo. O nível de ensino não parece pois influenciar a receptividade e a disponibilidade para alterar comportamentos relativos ao consumo de drogas, no âmbito da intervenção da R.R.M.D. neste grupo de consumidores.

Estudos que procuram relacionar o factor informação com a alteração dos comportamentos, mais concretamente, com a diminuição dos comportamentos de risco associados à utilização de drogas, no âmbito das estratégias de intervenção da R.R.M.D., são ainda bastante reduzidos. Se a literatura é um pouco contraditória no que concerne ao uso da informação no âmbito da área de intervenção da Prevenção, o certo é que na R.R.M.D., a informação sanitária transmitida é adequada ao facto de se trabalhar com pessoas que já usam drogas. Logo a informação transmitida tem um carácter pragmático uma vez que tem em conta os interesses dos utilizadores.

No grupo observado, os próprios consumidores tiveram oportunidade de reflectir e opinar sobre o impacto da informação de R.R.M.D. nos seus comportamentos. Mais de dois terços achou que houve uma mudança. Apesar de não ser possível generalizar os dados obtidos, estes apontam no sentido da hipótese avançada no início da investigação, ou seja, verifica-se que a vertente informativa no âmbito da actuação da R.R.M.D. tem impacto nos seus beneficiários, no que diz

respeito à alteração comportamental, em especial na diminuição dos comportamentos de risco, associados ao uso de drogas. No entanto, não se pode apresentar uma visão reducionista e considerar que o factor informação, ainda que adequado à realidade das pessoas que utilizam drogas, seja o único a contribuir para a modificação dos comportamentos. A importância deste factor parece ser potenciada ou reduzida na presença ou ausência de outros factores de ordem biológica, psicológica ou sociológica (Dias, 2002).

A equipa de investigação está ciente que o resultado apresentado, fruto da auscultação deste grupo de utilizadores de drogas, não resolveu a velha questão do valor da informação enquanto factor despoletador de mudanças comportamentais. Não obstante, acredita-se ter contribuído para a renovação da polémica entre os argumentos que defendem que esta traz resultados e os argumentos que defendem que esta não provoca mudanças significativas.

### **5.3.5. Factores facilitadores da experimentação de drogas**

No ponto 2.4. deste trabalho, apresentou-se um conjunto de factores, multidimensionais, cujos estudos relacionam a facilitação da experimentação e a utilização de drogas. Quanto mais factores estiverem presentes, maior é considerado o risco ou a predisposição para a realização de consumos de drogas. No entanto, trajectórias de vida que incluem um ou a totalidade destes factores de risco, não conduzem automaticamente a situações problemáticas de toxicodependência. Da mesma forma, a presença de factores protectores na vida de um indivíduo não determina sistematicamente a ausência de problemas deste tipo.

Para uma melhor verificação da teoria, questionaram-se as 19 pessoas inquiridas por entrevista semi-estruturada acerca de quais os motivos que as tinham levado ou influenciado no sentido de experimentarem drogas. Os dados fornecidos encontram-se compilados no Quadro 19.

**Quadro 19: Factores que facilitaram a experimentação de drogas, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

Factores facilitadores da experimentação de drogas	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Pares (amigos/conhecidos) com consumos	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E9;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E19;	18
Familiares com consumos	E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E10;E12;E13;E14;E15;E16;E17;	15
Meio sociocultural (ex: abundância da droga)	E3;E6;E8;E13;E14;E15;E16;E18;E19;	9
Ignorância/Falta de informação	E4;E7;E8;E9;E11;E15;E19;	7
Curiosidade	E6;E8;E10;E11;E19;	5
Rebeldia	E2;E10;E17;E18	4
Problemas	E1;E4;E16;	3
Falta de controlo parental	E1;E3;	2

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que um factor

A influência dos pares, ou seja, de pessoas amigas, conhecidas e até mesmo de namoradas - referidas por dois entrevistados, correspondeu ao factor com maior número de referências. Dos 19 indivíduos entrevistados, 18 verbalizaram ter sido influenciados pelos pares, o que é bastante significativo.

E7 26) “comecei a fumar charros porque tinha alguns amigos que também fumavam e eu quis experimentar, para mim aquilo eu até pensava que era também quase parecido com o tabaco e depois continuei a fumar... é uma droga leve, tudo bem que também faz mal, mas não é tão perigosa como as outras... Depois a coca e as outras coisas eu experimentei mais tarde, um bocado porque essa minha namorada também consumia, eu ao princípio não queria e discuti muito com ela por causa disso... mas depois também experimentei...” (24 anos).

Imediatamente a seguir, noticiado por 15 indivíduos, vem o exemplo ou a influência de familiares com consumos de substâncias psicoactivas. Quase sempre familiares directos, como pais ou irmãos, ainda que, em alguns casos, fale-se de tios e primos. Sublinha-se sobretudo a existência de pais com situações de alcoolismo, irmãos primos e tios com consumos de drogas ilícitas, como cannabis, heroína ou cocaína.

E3 30 “eu comecei a fumar ganza de haxixe tinha 11 anos, os meus tios vendiam haxixe, isto já em setentas e tais, na família também havia já problemas de tráfico, de furto, e depois tinha os meus pais que tinham problemas de álcool” (34 anos).

A influência do meio, ou os modelos culturais dominantes também são referenciados, assim como a disponibilidade e a fácil acessibilidade ao mercado das drogas, que surge em terceiro lugar, com 9 referências, por parte do grupo entrevistado.

E3 55) “Do meu ponto de vista acho que cada caso é um caso. Há pessoas que dizem que consomem por causa de festas e não sei quê. Outros que dizem que consumiram por causa de sei lá, porque viram outros a consumir, quase como o tabaco. Na altura que eu comecei a fumar aos sete anos, também diziam que só era homem quem fumasse e era pelo cachimbo” (34 anos)

E8 17) “O outro foi o facto de haver erva à molhada, apareceu disso por todo o lado, havia muito, havia erva até dar com pau” (44 anos).

A falta de informação, a “ignorância” como referem, é abordada por 7 pessoas. O desconhecimento dos efeitos e das consequências para alguns dos consumidores de drogas entrevistados influenciou a opção pelo consumo de drogas.

E8 8) “infelizmente no meu tempo não havia a informação que há agora. Praticamente não se falava do assunto. Quando eu fumava haxixe e erva, já sabia que havia outro tipo de drogas, já sabia que havia heroína e cocaína, que havia pessoal a injectar-se... e eu pensei que isso era mesmo, tipo o fim da linha, que era o limite, que não era para mim. Mas depois houve uma vez... olha aconteceu, e no fundo, se calhar, se na altura que experimentei heroína, também não havia grande informação, nem havia informação sobre o que se podia tomar para não sentir os efeitos da ressaca, mas... Foi entrar assim sem conhecer, se calhar se alguém me tivesse dito ‘Olha que quando não tiveres vais sentir isto e aquilo’, se calhar, não sei, tinha tomado outro tipo de prevenção, não posso dizer que não consumia mas se calhar tinha feito as coisas de maneira diferente talvez. Agora também não tenho resposta, mas gostava de ter conhecido os sintomas da falta com antecedência” (44 anos).

A curiosidade foi outro dos factores apontados (5 referências). Geralmente aparece associada a outras causas de forma directa, como a fácil acessibilidade da droga e a interacção com pares consumidores.

E6 18) “Curiosidade, tinha amigos que consumiam e tive curiosidade em experimentar também... e experimentei e continuei, gostei” (32 anos).

A rebeldia, o querer ser adulto, o autonomizar-se, podem por vezes fomentar os comportamentos de risco. Quatro entrevistados descrevem comportamentos que podem ser de certa forma associados a uma identidade de contracultura, como se constata pelos excertos abaixo:

E10 10) “fazer algo borderline [...] queria ser um bocado como um atleta de desportos radicais, mas pelo lado do risco [...] queria ser adulto [...] prazer da aventura, da adrenalina, da polícia, aquele jogo do rato e do gato, era a libido e a adrenalina associadas. Porque uma das motivações era essa, na altura se calhar um bocado inconsciente, mas hoje mais afastado tenho consciência disso. Lá está era como se praticasse desporto radical, aquilo também estava embutido de adrenalina” (39 anos).

Finalmente, em 3 casos aparece o factor escape, de alienação dos problemas do quotidiano, a droga como subterfúgio, como protecção, e em 2 casos faz-se referência à falta de controlo parental.

E1 23) “não foi pela família que me meti na droga, mas foi por problemas tipo... problemas. E uma pessoa pronto para esquecer faz de tudo. Enquanto há outras pessoas que se metem no álcool, eu meti-me em merdas pesadas. Que o haxixe fazia-me rir não é? [riso] Eu pensava nos problemas e ainda me ria. Mas pronto, a heroína, um gajo dava um chuto, pum, ficava a dormir” (34 anos).

E3 30) “tinha 11 anos [...] eu tinha muita liberdade, eu tipo saía de casa e entrava só no outro dia ou passados dois dias e ninguém me dizia nada. E pronto tive logo liberdade a mais e foi um bocado por aí que eu acabei por levar o caminho que levei” (34 anos).

Em suma, a influência exercida pelos pares, os modelos ou exemplos transmitidos quer por estes, quer por familiares, a abundância ou o fácil acesso a uma determinada substância psicoactiva, foram os factores de cariz social e ambiental, mais referenciados. Estes resultados vão de encontro aos factores já identificados pela literatura (Dias, 2002). No entanto, sublinhe-se que a influência dos pares foi dos primeiros a ser verbalizado e que a maioria dos indivíduos apontou mais do que um factor para explicar porque tinha começado a experimentar e continuado a consumir drogas.

Nas últimas décadas, quer as intervenções no âmbito da área da Prevenção, quer as intervenções promovidas pela R.R.M.D. têm procurado desenvolver e implantar estratégias de intervenção baseadas numa maior participação e envolvimento dos grupos-alvo e, em particular, têm apostado em acções de educação

pelos pares. Parece que os dados aqui apresentados reforçam essa aposta, pelo que deve ser uma área a privilegiar, sobretudo quando se trabalha com jovens, consumidores ou não de substâncias lícitas ou ilícitas. Contudo, a área familiar é praticamente tão importante quanto a dos pares, no que concerne a intervenções que objectivem a prevenção ou a R.R.M.D. do consumo de drogas. Os pais, responsáveis tutoriais ou outros familiares devem perceber que o seu comportamento pode desencadear condutas de imitação. Mesmo o uso de substâncias lícitas, como o tabaco ou o álcool pode contribuir para a imitação do uso destas substâncias, ou outras ilícitas, que se encontrem acessíveis. E neste seguimento, não se pode deixar de reflectir sobre os modelos culturais dominantes, que são transmitidos às massas, onde os meios de comunicação têm um papel de destaque.

De distinguir ainda o número de sujeitos que indicou a falta de informação como motivo para iniciar o uso de substâncias psicoactivas. Apesar de não ser um dos factores mais apontados nas respostas, é interessante referir que o indicam numa pergunta aberta. Pode-se concluir que a informação deve continuar a desempenhar um papel importante nas intervenções realizadas.

Descreveram-se as opiniões dos entrevistados quanto aos factores que os levaram a iniciar os seus próprios consumos de drogas. Em relação aos motivos que os levaram a continuar a consumir, alguns dos entrevistados referem a questão do prazer, o ter gostado, sobretudo numa primeira fase, e depois, numa fase posterior, a questão da dependência e da ressaca associada à ausência dos consumos. Esta situação dificulta a paragem do uso de drogas, numa altura em que por vezes o prazer associado se vai esbatendo.

### **5.3.6. Factores facilitadores de paragens de consumo de drogas**

O percurso de um toxicodependente não é necessariamente composto por um período ininterrupto de consumos. Na realidade, uma pessoa que consome há vinte anos, por exemplo, pode ter tido já vários períodos de abstinência, alguns podem durar semanas, outros meses, outros anos. Podem ser fruto de paragens a frio, decorrerem de tratamentos em internamento ou em ambulatório. Por isso, e no seguimento dos motivos que os levaram a consumir, a equipa de investigação tentou

igualmente perceber quais os motivos que os influenciavam a parar. Para o efeito questionou-se o grupo dos 90 indivíduos sobre a realização de eventuais paragens e, em caso afirmativo, as razões que os levaram a parar de consumir. As respostas fornecidas em relação à primeira questão encontram-se expressas no Quadro 20.

**Quadro 20: Realização de paragens aos consumos feitas pelos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Realização de paragens aos consumos	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Sim	18	E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E9;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	60	<b>78</b>
Não	1	E1	10	<b>11</b>
Omissos	0	-----	1	<b>1</b>
Total	19		71	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que um factor

A maioria do grupo observado, 78 sujeitos em 90, ou seja 87% pessoas, já passou por períodos de abstinência dos consumos. Alguns destes períodos foram fruto de tratamentos farmacológicos e terapêuticos, realizados em unidades especializadas ou em casa, enquanto outros resultaram da paragem autónoma dos consumos. No subgrupo que respondeu por entrevista semi-estruturada apenas um indivíduo (E1), de 34 anos, não parou de consumir desde o início da sua adição. No subgrupo dos sujeitos que responderam ao questionário, 10 assumem não ter passado ainda por períodos de abstinência, desde que começaram a consumir.

Os motivos apontados pelos consumidores de drogas entrevistados para, em determinada altura da vida, tomarem a decisão de deixar de consumir, são apresentados no Quadro 21.

**Quadro 21: Motivos de realização de paragem dos consumos, segundo opinião dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Motivos de realização de paragens ao consumo	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total de referências
Saúde	8	E4;E5;E6;E7;E10;E12;E14;E19	23	<b>31</b>
Família	4	E2;E10;E13;E18	26	<b>30</b>
Informação	3	E4;E6;E9	21	<b>24</b>
Amigos/Sociedade/Meio	4	E11;E13;E14;E18	8	<b>12</b>
Saturação	10	E3;E4;E5;E6;E7;E11;E14;E16;E17;E18	1	<b>11</b>
Motivação própria	3	E9;E11;E12	7	<b>10</b>
Problemas judiciais/prisão	1	E15	8	<b>9</b>
Falta de dinheiro	7	E8;E10;E14;E16;E17;E18;E19	1	<b>8</b>
(Falta de) Qualidade da droga	4	E4;E5;E15;E16	0	<b>4</b>
Apoio externo (ex: estruturas de tratamento)	4	E6;E8;E16;E18	0	<b>4</b>
Trabalho	0	-----	1	<b>1</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada indivíduo observado podia referir mais do que um motivo

Segundo os consumidores de drogas, a questão da saúde foi a mais referenciada (31 vezes), enquanto base motivacional para a realização de paragens aos consumos. Mas a família também ocupa lugar de destaque (30 vezes). Os problemas de saúde que podem surgir, causados, potenciados ou agravados pelo uso de drogas, parecem ser bastante fortes para impor uma mudança, até porque em algumas patologias, a continuação do consumo de uma dada substância pode implicar risco de vida. A família igualmente tida como uma forte motivação, pode actuar duplamente, no geral pressiona e apoia de várias formas. Por vezes, também se assiste à vontade de querer retomar os laços que entretanto se perderam e para isso o tratamento pode ser uma condição imposta pelos membros familiares. O acesso à informação, em especial o aumento do conhecimento dos riscos vem em terceiro lugar, com 24 referências.

E12 19) “Olha problemas de saúde e vontade de sair claro, mas sobretudo problemas de saúde. Não andar bem, não me sentir bem. Depois eu não durmo nada, eu durmo para aí 2 ou 3 horas por noite... se me deitar às 21h, à 1h acordo e já não durmo mais,

vou ver televisão e... fumo, fumo muito de noite e ultimamente tenho tido muitos problemas de estômago, tenho úlceras” (34 anos).

E2 40) “Foi a minha filha, a minha filha tinha nascido e eu não quero que a minha filha me veja consumidor, quero que a minha filha tenha orgulho no pai. Quero que ela tenha orgulho e queria reconquistar o que perdi. Queria reconquistar, ultimamente vejo que não é possível reconquistar, já tenho mais os pés assentes na terra e vejo que não é possível mas... refazer a minha vida, refazer a minha vida, seja com A, B ou C, neste país ou noutra, mas sempre pela minha filha” (31 anos).

E9 21) “Sim sem dúvida. A informação que eu recebi influenciou-me e muito para deixar de consumir, e tenho pena de não a ter tido mais cedo porque acho que não tinha chegado onde cheguei, acho que tinha tomado outras atitudes. Era fundamental haver mais informação, não havia quase nada na altura” (43 anos).

De seguida, com 12 referências, surgem os amigos ou os outros, no fundo, a sociedade, a questão dos controlos informais (Fernandes, 1998; Dias, 2002; Quintas, 2006), e a questão da mudança de meio, por exemplo. Os consumidores observados falam também de uma certa saturação (11 referências), uma motivação de cariz mais interno e individual, ainda que possa ter origem diversa, nomeadamente uma motivação do próprio, indicada por 10 dos inquiridos.

E13 17) “o facto de ter mudado de residência, neste caso de cidade, conhecer novos amigos, que não consumiam, eram mais de sair, de sair à noite, mais de copos. Acho que foi isso essencialmente, sair do meio” (42 anos).

E3 51) “O andar farto da vida que levava, de ter que andar fugido, quando ia preso, muitas das vezes era a minha mãe que pagava as multas, quando não tinha, que enquanto não pagasse tinha que fugir, ia tipo para o Porto ou Lisboa, andar a dormir na rua em cartões a passar fome, arrumar carros para ter que tirar a rêsaca, para não andar a roubar. E apanhei raiva depois por aquele tempo que me roubou, roubou entre aspas, porque também caí porque quis. Mas desde os quinze anos preso, dezassete saio e daí para a frente droga até aos vinte e tal, trinta e dois... a minha juventude foi quase toda assim, fugir da polícia, preso, drogas...” (34 anos).

E9 20) “Eu fiz vários tratamentos mas no fundo não era bem eu que queria deixar eram outros. Acho que temos de ser nós e temos de ter muita, muita força de vontade” (43 anos).

Posteriormente, e em ordem decrescente, os problema judiciais ou o facto de se ser preso, a falta de dinheiro, a (falta de) qualidade da droga, o apoio externo, como

por exemplo, de uma Equipa de Rua, e a obtenção de um emprego, resumem os outros relatos. Sublinhe-se que não se deve olhar para estas motivações de forma desintegrada, uma vez que a maioria dos inquiridos apontou mais do que um motivo e estes funcionam de forma sistémica.

O aparecimento de problemas de saúde pode influenciar bastante a realização de uma paragem no uso de drogas. O valor da saúde (Beck, 1992) continua a moldar comportamentos, ainda que numa fase extrema, quando ocorre risco de vida (Turner e Sheperd, 1999). Os outros motivos estão intrinsecamente ligados aos factores de protecção para a experimentação de drogas, referenciados pela literatura, ainda que alguns dos entrevistados deixe aparentemente de consumir sobretudo por falta de opção, como a falta de dinheiro para a aquisição da droga. Assim, os mesmos factores que servem de prevenção à experimentação de drogas também podem servir de potenciadores de mudanças no que se refere ao seu abandono.

De salientar ainda que 24 dos 78 consumidores que realizaram paragens, reconhecem a importância do aumento da informação, mais concretamente, do aumento do conhecimento dos riscos inerentes ao consumo de drogas enquanto factor de motivação para a alteração de comportamentos (abandono do consumo, neste caso concreto). Embora menos relevante que o factor saúde ou família, a informação parece pois contribuir também para a mudança de comportamentos.

Se se relacionar o factor **idade** com a realização de paragens no consumo, alguma vez ao longo da vida, verifica-se que a média de idades das 75 pessoas que já fizeram paragens é de 39,5 anos e que a média de idades das 11 pessoas que nunca pararam de consumir é de 33,5 anos (excluímos desta análise 4 casos por não dispormos de informação sobre um dos factores). Estes resultados parecem apontar para uma tendência de aumento das tentativas de abandono dos consumos, à medida que os indivíduos vão envelhecendo.

Em suma, é possível constatar que, no grupo observado, a maioria de pessoas procurou já realizar tentativas de abandono dos consumos, efectuando paragens com suporte terapêutico ou não. Problemas de saúde e pressões familiares parecem ser as motivações principais, ainda que o aumento da informação também revele alguma eficácia. O envelhecimento igualmente pesa na decisão de realizar uma paragem aos

consumos até porque se relaciona, em certa medida, com o surgimento de problemas sanitários.

### 5.3.7. Consequências do consumo de drogas

O uso de drogas, sobretudo quando utilizado de forma dependente, pode trazer implicações diversas, nas diferentes dimensões da vida das pessoas que as utilizam. Para uma compreensão mais global destas implicações relacionadas com a vivência do uso de drogas, um acto condenado formal e informalmente, a equipa de investigação questionou o subgrupo dos 19 sujeitos que responderam à entrevista semi-estruturada acerca das consequências que tiveram por consumirem drogas. Apresentam-se as respostas dadas no Quadro 22.

**Quadro 22: Consequências do uso de drogas expressadas pelos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

Consequências do uso de drogas	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Problemas de saúde	E2;E3;E5;E8;E10;E11;E12;E14;E15;E17;E18;E19;	12
Problemas/rupturas familiares	E2;E3;E5;E6;E7;E8;E10;E12;E14;E15;E18;	11
Perda oportunidades/exclusão (ex. emprego)	E1;E3;E4;E5;E6;E10;E11;E12;E17;E18;19;	11
Rupturas laços com amigos/sociedade	E3;E6;E7;E12;E14;E17;E18;E19;	8
Perda de bens	E7;E10;E13;E14;E16;E17;	6
Estigma/Descriminação	E2;E6;	2
Perda de auto-estima	E10	1
Criminalidade	E10	1

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que uma consequência

Relativamente às consequências que os utilizadores de drogas consideraram ter, a maioria das referências incidiu sobre os problemas de saúde. Ainda assim 6 pessoas consideraram não ter tido problemas de saúde significativos. A interacção com os entrevistados permitiu constatar que, estes consumidores só consideram ter sofrido consequências ao nível da saúde quando, por exemplo, contraíram uma doença ou um problema com alguma gravidade, como o V.I.H./S.I.D.A. ou a Hepatite B ou C. Problemas graves ao nível da saúde oral, por exemplo, verificados na quase totalidade

dos entrevistados, não são por eles considerados problemas de saúde. Verifica-se portanto uma relativização de problemas de saúde considerados “menores”, face a problemas socialmente associados aos consumidores problemáticos de drogas, como as doenças infecto-contagiosas.

E14 9) “tenho quase a certeza que fiquei seropositivo por partilhar seringas”(48 anos).

E5 26) “Estraguei a minha saúde, destruí o pâncreas e fiquei com diabetes. Ando muito cansado, com dores, quer dizer tudo por causa do diabetes. Emagreci 10 kg em 15 dias” (49 anos).

E9 19) “Ao nível da saúde felizmente não tenho nenhuns problemas, tenho feito exames, tenho feito tudo e está tudo ok” (43 anos).

Continuando com as consequências referidas pelos entrevistados, a ruptura e/ou perda de laços familiares e a perda de oportunidades tiveram 11 referências cada. Esta perda de oportunidades referida pelos entrevistados relaciona-se sobretudo com alguma exclusão sentida ao nível do mercado de trabalho e também no que diz respeito à constituição de uma família.

E2 35) “A minha separação. Ter ficado a minha ex-mulher grávida de três meses e eu ter que regressar a casa dos meus pais [...] foi essa a maior perda. Foi ter perdido a minha filha, foi ter deixado de poder estar com ela todos os dias. Ao fim de três meses de gravidez separamo-nos e isso foi a grande perda” (31 anos).

E19 18) “ao nível do trabalho também, se calhar podia ter tido outras oportunidades que não tive... podia ter sido um grande pintor (riso), conhecido internacionalmente” (59 anos).

Posteriormente, com 8 referências seguem-se as indicações à ruptura de laços com os outros, com a sociedade. E verificam-se ainda menções, em ordem decrescente, à perda de bens, ao estigma e discriminação, à perda de auto-estima e à prática de criminalidade.

E17 15) “Perdi muito [...] namoradas... amigos que também se perdem...” (30 anos).

E10 2) “perdi a auto-estima, a auto-confiança [...] Algumas vezes tive de recorrer a formas menos legais de conseguir o produto [...] Perdi bens materiais, vendi o carro para ter para consumir drogas” (39 anos).

E2 37) “muitas, continuo com o rótulo, continuo rotulado... Continuo uma pessoa muito mal vista pela sociedade [...], pela minha própria família, pelos meus tios, pelos meus primos”.

É importante referir que uma pessoa (E9) considerou não ter sofrido consequências significativas por ter consumido drogas. Esta descrição do entrevistado relativamente à sua vivência não é coerente com a percepção da investigadora, que identificou no contexto de vida desta pessoa, consequências de ordem sanitária, familiar, social e económica, devidas a um historial de consumo de drogas.

Os entrevistados podiam referir mais do que uma consequência que sofreram por consumir drogas e a maioria fê-lo, mas é digno de realce o facto de problemas de saúde como a degradação física generalizada, a perda de força, a perda de dentição, serem considerados problemas menores, não relevantes para notação. Apenas doenças como o V.I.H., hepatites ou cirroses parecem merecer distinção. Verifica-se portanto uma naturalização destes problemas sanitários considerados menores.

#### **5.3.8. Receios**

Em determinadas fases da sua vida, os utilizadores de drogas problemáticos passam/passaram por períodos de consumo regular e de forte intensidade. Viver um dia de cada vez, torna-se um lema de vida. O objectivo é arranjar dinheiro para consumir; consumir; ressacar; arranjar dinheiro para consumir, num ciclo vicioso, em que a droga assume o papel central no quotidiano dos consumidores. Quando numa dada fase, de realização de menores consumos ou de prossecução de tratamentos, a perspectiva temporal se alarga, os projectos futuros ganham outra dimensão, assim como os receios. A entrevistadora questionou o subgrupo dos 19 utilizadores de drogas que respondeu à entrevista semi-estruturada, quais eram os receios que sentiam relativamente ao seu futuro. As respostas podem ser analisadas no Quadro 23.

**Quadro 23: Receios expressados pelos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

Receios	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Sobrevivência/ Meios de subsistência básica (ex. rendimento, habitação)	E1;E3;E4;E6;E7;E9;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	14
(Agravamento dos) Problemas de saúde	E10;E12;E15;E17;E19	5
Recaída	E2;E6;E12;	3
Não tem receios	E5;E11;	2
Outros (não reatar laços familiares: E2; que a droga não acabe: E8)	E2; E8	2

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que um receio

A questão da sobrevivência é a questão central para estas pessoas, é o principal receio que se lhes coloca no horizonte, em parte porque estão maioritariamente desempregadas e não têm rendimentos, em parte porque após longos anos de consumos todos os seus valores e bens foram utilizados para a aquisição de droga e por isso não dispõem de nenhuma poupança de economias. Têm consciência de que à medida que vão envelhecendo, se torna cada vez mais complicado sair da sua situação de desemprego. O estigma a que estão sujeitos avoluma estas dificuldades.

E1 29) “Não arranjar trabalho [...] Só esse. E chegar à minha idade de reforma e não ter descontos. Só esse. E tipo, digo-te já, se o meu pai me morre, não sei o que vai ser de mim, tanto financeiramente, como tipo recair para a droga, não sei” (34 anos).

E3 42) “Não conseguir integrar no trabalho laboral no emprego. Arranjar um emprego, ter a minha vida a minha casa, que está um bocado difícil hoje em dia e mais para uma pessoa que saia da cadeia mais difícil se torna e mais uma pessoa que seja que já venha com a fama dos tios, de ser muito conhecida [...] pior ainda” (34 anos).

A questão da saúde, o receio do agravamento dos problemas de saúde vem a seguir, mas indicado apenas por 5 das 19 pessoas entrevistadas. E 3 indivíduos indicaram também o receio da recaída, temem que esta venha a acontecer de uma forma pesada, destrutiva.

E19 12) “agora a minha preocupação maior é a saúde porque estou com uma saúde bastante debilitada, eu noto perfeitamente que estou mais fraco, qualquer coisa, fico logo mal... deve ser a idade (riso)”; 19) “tenho receio de vir a ter mais problemas de saúde do que... dos que já tenho” (59 anos).

E2 38) “Tenho receio de estar muito tempo abstinente e ter uma recaída, é o meu maior receio” (31 anos).

Foi igualmente interessante ouvir o relato de 2 dos entrevistados que referiram não recear o futuro, mas que o fizeram segundo perspectivas distintas. Um expressou-o de uma forma bastante derrotista, resignada com a vida, enquanto o outro o reiterou de uma forma positiva, com esperança.

E5 27) “Nenhum, nenhum, já estou cansado da vida sabes? Se já não posso fazer quase nada, se já não tenho prazer, o que é que uma pessoa anda cá a fazer? Nada... nada. Por isso eu já não tenho grandes receios, eu já vivi muito” (49 anos).

E11 15) “Não tenho receios para o futuro porque estou com vontade de viver o dia-a-dia como deve ser. Venha o que vier eu enfrento tudo” (43 anos).

Consequências ou dificuldades ao nível económico e ao nível sanitário correspondem aos principais receios em termos futuros dos toxicodependentes entrevistados. É a questão da sobrevivência, através da subsistência, para quem ainda não sente muitos problemas de saúde, e através do manter-se vivo, para quem já enfrenta alguns problemas sanitários.

As trajectórias de vida destes utilizadores e a estigmatização a que estão sujeitos contribuíram para a diminuição das suas oportunidades e possibilidades. As políticas sociais de segurança social correspondem, num grande número de casos, ao único rendimento que auferem para fazer face às despesas correntes. No entanto, trata-se de valores muito reduzidos que servem basicamente para fazer face às necessidades alimentares, mas não chegam para garantir a satisfação da totalidade das necessidades mais básicas, como as habitacionais. Numa altura em que a conjuntura económica dita restrições a estes apoios, a preocupação em termos de sobrevivência poderá ganhar ainda mais expressão.

#### **5.4. Representações e lei**

O segundo objectivo delineado para esta investigação passava por perceber quais as representações sociais que os utilizadores de drogas têm acerca do modelo português que regulamenta o consumo destas substâncias.

Recorde-se que a lei actual foi adoptada em 2001 e descriminaliza o consumo de todas as substâncias ilícitas, mantendo-se o tráfico criminalizado. As pessoas que são

encontradas pelas forças de segurança com este tipo de substâncias, e desde que a quantidade seja considerada para utilização própria (não pode ultrapassar a média individual para dez dias de consumo), são identificadas.

As forças de segurança realizam um auto da ocorrência ou um relatório que segue para as Comissões de Dissuasão da Toxicodependência, organismos criados para o efeito. Estes vão avaliar cada caso, segundo critérios como o tipo ou tipos de substâncias consumidas, locais, regularidade, existência de dependência, reincidência, entre outros, e determinar a pena a aplicar. O consumo encontra-se descriminalizado mas penalizado. As penas podem corresponder à adesão a um tratamento, desde que aceite pelo sujeito, a uma multa pecuniária (para não toxicodependentes), à interdição de frequência de determinados locais, ao trabalho comunitário, entre outros.

#### 5.4.1. Representações sociais acerca do modelo de regulamentação português

Para responder a este segundo objectivo da investigação, perguntou-se aos 90 indivíduos do grupo observado se o consumo de drogas em Portugal era crime, se era legal, descriminalizado, ou outra situação. As respostas dadas podem ser analisadas no Quadro 24.

**Quadro 24: Representações acerca da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Representação da lei	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total
Crime/Illegal	5	E2;E4;E6;E12;E13	28	<b>33</b>
Descriminalizado (e penalizado)	2	E3;E18	23	<b>25</b>
Legal ou crime consoante o tipo de droga	8	E5;E7;E8;E9;E14;E16;E17;E19	15	<b>23</b>
Despenalizado	2	E1;E10	1 (Outros)	<b>3</b>
Legal	0		1	<b>1</b>
Diferenciação espaço privado/espço público	2	E1; E13	0	<b>2</b>
Não sabe/confuso	2	E11;E15	0	<b>2</b>
Omissos/não válidos	0		3	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Como se pode verificar pela análise do Quadro anterior, 33 dos 90 consumidores de drogas (37%) consideram que o consumo de drogas em Portugal é

crime. Os sujeitos que têm uma representação correcta da realidade legal, ou seja, que referem estar o consumo descriminalizado são em número de 25, correspondendo a 28% dos indivíduos. Contudo, se se juntarem as representações de modelos criminais, isto é, as pessoas que consideram ser crime consumir drogas em Portugal e as que consideram que continua a ser crime consumir algumas drogas, como as ditas mais pesadas, os valores disparam. Nesta situação observam-se que 56 das 90 pessoas, ou seja, 62% do grupo observado apresentam representações de modelos criminais. Exemplificam-se estas representações com alguns excertos das entrevistas semi-estruturadas realizadas.

E1 32) “É legal, dentro de quatro paredes. Se fores apanhado a fumar um charro cá fora, tiram-te o charro e coisa, mas dentro de casa acho que é despenalizado, não é legal. Está despenalizado”; [E se uma pessoa for apanhada?]: 35) “Não te sei dizer”; [a lei mudou em 2001?]: 38) “Sabia. Do haxixe”; 39) “Heroínas e cocaínas não”; 42) “Mas isso também acho bem” (34 anos).

E2 47) “É ilegal [...] mesmo as drogas leves”; 48) “Em Portugal lutam para que [...] seja legal o consumo da cannabis [...] não sei se isso valerá a pena”; 49) “atrás dessa droga vem outra” (31 anos).

E5 30) “As drogas leves são legais... o haxixe e o cannabis, e as pesadas não claro, porque fazem tráfico” [E se uma pessoa for apanhada?]: “depende, se for haxixe e o cannabis não acontece nada. Em relação às drogas pesadas, depende das quantidades. Eu não sei ao certo [...] se for muito pode-se ir preso” (49 anos).

E7 34) “é ilegal”; [E se uma pessoa for apanhada?]: 35) “Depende da droga, se for haxixe ou erva não acontece nada, mas se for cocaína ou heroína pode ir preso” (24 anos).

E8 24) “consumo está descriminalizado das substâncias leves. E o tráfico é crime” (44 anos).

E10 14) “Antigamente havia multa para quem... espera aí deixa-me ver... Legalmente não há multas, antigamente havia multas mas agora está despenalizado e acima de determinadas quantidades é considerado tráfico” (39 anos).

E12 22) “É crime”;[E se uma pessoa for apanhada?]: 23) “Vai presa, se alguém for apanhado com droga vai preso” (34 anos).

E18 20) “É crime, não acho que é descriminalizado. Vais preso por tráfico, por consumir não, acho eu” (45 anos).

Como se pode igualmente verificar, através dos excertos anteriores, assiste-se a alguma confusão. Antes de formarem uma opinião final alguns dos entrevistados

ficaram um pouco dúbios, desconcertados, sem saberem ao certo qual o regime legal em vigor para o consumo de drogas. Outros, rapidamente emitiram a sua opinião, mas se posteriormente questionados acerca do que acontecia a uma pessoa que fosse encontrada por forças policiais com droga, as respostas tornavam-se menos assertivas. Assim, nem sempre foi muito fácil perceber qual a representação de alguns dos entrevistados.

Este desconhecimento da lei vai de encontro ao que se esperava encontrar, dada a revisão bibliográfica realizada em que pesa muito o trabalho realizado por Quintas (2006). Paralelamente ao desconhecimento da lei por parte das pessoas em geral, torna-se a verificar neste estudo que o grupo de consumidores de drogas que colaborou com as investigadoras, também não sabe qual o modelo legislativo português em vigor. Contudo este grupo populacional tem uma relação de proximidade com o objecto de regulação da lei que o sujeito comum não tem, pelo que o seu interesse pela questão se estima muito superior. Algumas das pessoas observadas já tiveram inclusive experiências com o sistema jurídico-legal actual que regulamenta o consumo de drogas. Já foram encontradas com droga, já foram identificadas, ouvidas por uma C.D.T. e já lhes foi atribuída uma pena. Apesar destas experiências, não conseguem identificar claramente o tipo de modelo vigente.

Parece que os motivos que ajudam a explicar as representações sociais apontadas se prendem essencialmente com três factores. Em primeiro lugar, o tempo decorrido face à implementação da lei 30/2000 que descriminalizou o consumo. Uma década parece não ser suficiente para uma profunda assimilação social, mantendo-se latente o conhecimento da lei anterior, que criminalizava o uso de drogas. Em segundo lugar, a lei de descriminalização parece não ter sido, e continua por ser, bem divulgada entre o cidadão comum. Parece existir ainda algum receio que esta lei possa ser considerada demasiado liberal ao nível social e político. Em terceiro lugar, de acordo com Quintas (2006), a sociedade em geral, mantém uma certa preferência pela interdição do consumo de drogas. Todos estes factores se potenciam enquanto facilitadores de representações sociais erradas em relação à legislação existente acerca do consumo de drogas. Confirma-se desta forma a possibilidade de resposta edificada para este estudo, as representações sociais acerca da lei portuguesa neste âmbito são representações de uma lei que criminaliza o uso de drogas.

No âmbito do modelo de análise desenvolvido efectuou-se ainda uma análise relacional entre o factor **idade** e o tipo de representação acerca da lei que regula o consumo de drogas em Portugal. Os dados podem ser observados no Quadro 25.

**Quadro 25: Relação entre o factor idade e o tipo de representação da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

<b>Idade</b>	<b>18-29 (N=11)</b>	<b>30-39 (N=32)</b>	<b>40-49 (N=41)</b>	<b>50-59 (N=2)</b>	<b>Total (N=86)</b>
<b>Representação da lei</b>					
Crime/Illegal	1	17	13	1	<b>32</b>
Descriminalizado (e penalizado)	3	5	14	-	<b>22</b>
Legal ou crime consoante o tipo de droga	6	6	10	1	<b>23</b>
Despenalizado	-	2	1	-	<b>3</b>
Legal	1	-	-	-	<b>1</b>
Não sabe/confuso	-	-	2	-	<b>2</b>
Omisso/não válido	-	2	1	-	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>32</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>86</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Como é possível verificar, em todas as faixas etárias sobressaem as representações que tendem para os modelos de regulação criminal do consumo, ou seja, as representações em que o consumo é considerado crime para todas as drogas, ou no mínimo, para as substâncias psicoactivas ilícitas consideradas mais pesadas, como a heroína e a cocaína. Na faixa etária dos 18 aos 29 anos a representação que apresenta maior regularidade é aquela que respeita à diferenciação da criminalização do consumo consoante as substâncias. Na faixa etária dos 30 aos 39 anos, as pessoas consideram sobretudo que o consumo de drogas é crime. Na faixa dos 40 aos 49 anos, curiosamente, verifica-se uma prevalência da representação coerente com a lei em vigor, ainda que distanciando-se pouco da representação que considera o consumo crime. Quando consideradas conjuntamente, as representações dos dois modelos criminais, neste grupo etário, suplantam largamente a representação da descriminalização do consumo.

Não parece pois haver uma relação significativa entre o factor idade e o tipo de representação social sobre a lei que regula o consumo de drogas em Portugal. No entanto, do modelo de análise adoptado poderia-se inferir uma representação social

mais próxima do modelo legal, no grupo dos consumidores mais novos, que estariam mais familiarizados e socializados com a nova lei e uma representação social mais distante do modelo legal para os consumidores com mais idade, que poderiam ainda ter muito presente a lei anterior, de criminalização do consumo de drogas. Esta relação não se verifica, o que determina a seguinte interrogação: as representações sociais do grupo observado estarão relacionadas com a preferência social pela manutenção do interdito em relação ao consumo de drogas (Quintas, 2006) e a crescente disseminação e imagem inócua atribuída à cannabis? Por outras palavras, as representações sociais daquele grupo tenderão a reproduzir as representações de criminalização do consumo de drogas, no mínimo das que são consideradas mais pesadas, como a heroína e cocaína? Este tema parece merecer um maior aprofundamento científico.

Tendo ainda em conta o modelo de análise desenvolvido, efectuou-se uma análise da relação entre o factor **escolaridade** e o tipo de representação acerca da lei que regula o consumo de drogas em Portugal. Os dados podem ser observados no Quadro 26.

**Quadro 26: Relação entre o factor escolaridade e o tipo de representação da lei portuguesa sobre o consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos entrevistados**

<b>Escolaridade</b>	<b>1º ciclo (N=19)</b>	<b>2º ciclo (N=30)</b>	<b>3º ciclo (N=21)</b>	<b>Secundário (N=16)</b>	<b>Freq. Ens. Sup. (N=2)</b>	<b>Total (N=88)</b>
<b>Representação da lei</b>						
Crime/Illegal	11	13	5	4	-	<b>33</b>
Descriminalizado (e penalizado)	4	3	8	7	1	<b>23</b>
Legal ou crime consoante o tipo de droga	4	9	5	4	1	<b>23</b>
Despenalizado	-	1	1	1	-	<b>3</b>
Legal	-	-	1	-	-	<b>1</b>
Não sabe	-	2	-	-	-	<b>2</b>
Omisso	-	2	1	-	-	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>88</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Verifica-se, no que se refere ao factor grau de escolaridade, uma associação positiva entre a escolaridade e a consonância entre a representação social e o modelo de regulamentação do consumo de drogas em vigor. Por outras palavras, parece haver uma ligeira tendência para que, quanto maior o nível de ensino frequentado, melhor o

conhecimento do modelo legal. No grupo de consumidores de substâncias psicoactivas inquiridos que frequentaram o ensino secundário e o ensino superior, praticamente metade, ou seja, 50%, dos sujeitos indica que o consumo de drogas em Portugal se encontra descriminalizado, enquanto apenas 21% o faz no grupo de indivíduos com o 1º ciclo. Os grupos intermédios situam-se entre estes dois extremos, por exemplo, 38% para as pessoas que estudaram até ao 3ºciclo.

A variável escolaridade pode efectivamente ter promovido um maior entendimento da complexidade dos termos jurídicos utilizados no âmbito da divulgação da presente lei. Ainda que o número de pessoas observadas neste estudo imponha alguma cautela em termos de análises comparativas, os resultados apontam na direcção evidenciada pela revisão da literatura. Os códigos linguísticos utilizados e os significados atribuídos pelos diferentes grupos não são iguais, apesar da escola tender a funcionar como homogeneizadora de alguns desses códigos e símbolos (Bernstein *in* Rainha *et al*, 1986; Durkheim, 2011).

Por último, efectuou-se uma análise comparativa entre o **tempo** decorrido desde que o indivíduo tomou contacto com os serviços de R.R.M.D. e o tipo de representação acerca da lei que regula o consumo de drogas em Portugal. Ou seja, procurou-se perceber se o facto de um indivíduo estar há mais tempo em contacto com esses serviços, logo com técnicos especializados, influenciaria a representação apresentada. Os dados podem ser observados no Quadro 27.

**Quadro 27: Relação entre o factor tempo de conhecimento da R.R.M.D. e o tipo de representação da lei portuguesa sobre consumo de drogas, por parte dos utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

<b>Escolaridade</b>	<b>&lt; 1 ano (N=11)</b>	<b>1 – 4 anos (N=37)</b>	<b>&gt; 5 anos (N=41)</b>	<b>Total (N=89)</b>
<b>Representação da lei</b>				
Crime/Illegal	3	15	15	<b>33</b>
Descriminalizado (e penalizado)	5	12	7	<b>24</b>
Legal ou crime consoante o tipo de droga	3	6	14	<b>23</b>
Despenalizado	-	1	2	<b>3</b>
Legal	-	1	-	<b>1</b>
Não sabe	-	2	-	<b>2</b>
Omissos/Não válidos	-	-	3	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>89</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

No que se refere a esta análise comparativa parece não haver relação significativa entre o tempo decorrido entre o 1º contacto com os serviços de R.R.M.D. e a representação da lei. Aliás, os dados demonstram que, mesmo nos grupos com maior tempo de contacto com os serviços de R.R.M.D., a representação da lei é incongruente com o sistema de regulação do consumo de drogas vigente. Levantamos a hipótese das intervenções no âmbito da R.R.M.D. não estarem a privilegiar junto dos seus beneficiários, a educação e informação no que diz respeito à lei, de forma suficiente ou eficaz.

Em suma, pode verificar-se que as representações sociais acerca da lei que regula o consumo de drogas em Portugal são heterogéneas no grupo dos 90 utilizadores de drogas problemáticos entrevistado/inquiridos. Contudo, observa-se uma regularidade nos que respeita aos modelos de criminalização do consumo. Estes correspondem às representações dominantes, sendo díspares do modelo legal vigente em Portugal, que descriminalizou o consumo de drogas a partir do ano 2000. Tal pode estar, em parte, relacionado com o factor idade e com o factor escolaridade. No grupo observado depreende-se uma relação entre a idade e a consonância representativa com a lei vigente e, igualmente, uma maior congruência entre as representações e a lei, entre os utilizadores com mais escolaridade. As estruturas de R.R.M.D. contudo parecem não apostar o suficiente na divulgação e informação de âmbito legal junto dos seus beneficiários, ainda que os profissionais afectos tenham geralmente o domínio deste conhecimento.

### **Grupo dos consumidores recreativos**

Relativamente ao grupo de jovens estudantes, com possíveis consumos recreativos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas, a auscultação efectuada teve essencialmente um carácter exploratório. Este grupo de jovens estudantes (N=95), foi ouvido em especial no que respeita ao segundo objectivo desta pesquisa, ou seja perceber quais as representações sociais acerca do modelo legal que regula o consumo de drogas em Portugal. Dado que este grupo não foi alvo de acções de R.R.M.D., não se trabalhou com ele o primeiro objectivo, ou seja, perceber se a informação que tem como finalidade a diminuição dos riscos e danos associados ao uso de drogas, no

âmbito da R.R.M.D. leva a uma diminuição dos comportamentos de risco por parte dos utilizadores de drogas.

As respostas obtidas no âmbito deste grupo de jovens apontam para representações sociais de modelos que criminalizam o consumo de drogas pesadas, enquanto o uso da cannabis é geralmente considerado legal. Esta ideia foi transmitida por quatro grupos que perfazem um total de 57 jovens. Um outro grupo de 9 indivíduos referiu que o consumo de drogas é crime, sendo permitida a posse de haxixe desde que não ultrapasse 5 gramas. Uma outra turma com 9 jovens indicou que o consumo de todas as drogas ilícitas é crime, e por último, um grupo de 20 pessoas revelou grande confusão, não tendo conseguido chegar a uma opinião unânime.

#### 5.4.2. Avaliação e sugestões

Este estudo pretendeu dar voz à opinião dos utilizadores de drogas acerca de temáticas que lhes são próximas. Neste sentido, a entrevistadora solicitou ao subgrupo de 19 indivíduos que respondeu à entrevista semi-estruturada, que avaliassem a lei do consumo de drogas, de acordo com a sua representação, e que apresentassem sugestões de alterações. Os resultados são apresentados de forma sintetizada no Quadro 28.

**Quadro 28: Avaliação/sugestões à lei, realizadas pelos consumidores de drogas problemáticos entrevistados**

Avaliação/sugestões à lei	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Legalizar o consumo de drogas leves (ex. Cannabis)	E1;E3;E9;E12;E13;E14;E16;E17;E18;E19	10
Está bem como está	E2;E4;E7;E10;E11;E13	6
Legalizar o consumo de drogas	E8	1
Criminalizar o consumo de drogas	E15	1
Sugestões de especificidade		
Prescrição de heroína	E3;E6;E19;	3
Salas de consumo assistido	E6;E11;E18;	3
Mais informação/prevenção	E5;E9;	2
Tratamento não obrigatório	E6;E11;	2
Mais apoios para quem quer parar de consumir	E18;E19	2

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada entrevistado podia referir mais do que uma sugestão

Como se pode constatar um pouco mais de metade dos consumidores entrevistados considera que as drogas “leves”, em especial os cannabinnóides, deveriam ser legalizadas.

E1 32) “devia ser legal. E até se o Estado se legalizasse o haxixe ganhava muito dinheiro com isso e acabava-se com o tráfico”; 43) “Pessoas que cultivassem para elas, para consumir, devia ser legal” (34 anos).

E12 26) “acho que as drogas mais leves, o haxixe e assim deviam ser legais. Por exemplo vender nas farmácias, assim também já se diminuía bastante o tráfico” (34 anos).

No entanto, praticamente um terço dos entrevistados considera que a lei portuguesa relativa ao consumo de drogas, que descriminalizou o seu consumo, é adequada. Defendem que não há necessidade de fazer alterações ao modelo legal. No entanto, acabam por fazer algumas sugestões em relação a algumas especificidades.

E10 15) “Como era antigamente era pior, agora está melhor, nesse aspecto é bom, os consumos estão descriminalizados, é melhor porque a pessoa levar uma multa é bem pior. Primeiro já não tem dinheiro para a multa e depois não tem para consumir, vai ter que recorrer à delinquência. Acho que está bem, cria menos problemas para o toxicodependente e também para a sociedade, porque vai roubar menos e assim [...] O pequeno traficante é que vai preso [...] os grandes não vão [...] deviam era estar com pulseira electrónica em casa” (39 anos).

E6 25) “o encaminhamento para tratamento não deve ser obrigatório [...] Mas acho que tem funcionado mais ou menos pronto [...] está melhor do que estava. Na área da Redução de Riscos falta ainda muita coisa, as salas de consumo assistido, a prescrição de heroína” (32 anos).

Por último regista-se ainda uma pessoa que acha que o consumo de todas as drogas devia ser legalizado. E observa-se uma posição totalmente contrária, uma pessoa que considera que o consumo de drogas devia ser criminalizado, ainda que acabe por fazer também uma ressalva para o uso da cannabis.

E8 25) “O que está mal é precisamente a penalização e a não legalização das drogas, por isso é que obriga a que haja pessoas doentes, sítios degradados. Se as drogas fossem legalizadas não havia tanta exclusão como há e o tráfico era banido pronto. Havia drogas com qualidade” (44 anos).

E15 19) “acho que as leis em Portugal são muito meigas, tem que se mudar, nos E.U.A. tu consumes vais preso, aqui [...] deitam te o pacote fora mas é raro ires preso [...] por um lado é bom, porque na prisão tens mesmo que deixar a frio [...] E se não se

consegue prender as pessoas que traficam, tem que se ir em cima de quem consome, para acabar com isso, porque se não comprarem, também não há quem venda. Aqui tem que se mudar isso”; 23) “Eu acho que tem que ser mais dura a lei... não digo toda a gente ir presa, é claro, quem consome marijuana não vai preso, mas ter que ir para programas [...] tratem-se. Porque se as pessoas perceberem que vão presas têm mais receio [...] devia ser como E.U.A.” (41 anos).

A distinção entre drogas duras e drogas pesadas, ainda que polémica, está na ordem do dia. Alguns países já adoptaram modelos de regulamentação que fazem esta distinção, ainda que não sejam modelos de legalização total das drogas leves. A Holanda, por exemplo, permite o consumo de cannabis sem qualquer penalização, mas condicionado, nomeadamente em termos de quantidade e espaços. As famosas *coffeeshops* não podem vender mais de 5 gramas a cada pessoa, maior de 18 anos, nem podem ter mais de 500 gramas em stock ou vender bebidas alcoólicas. Se o consumo da cannabis for realizado nas imediações de escolas, por exemplo, já tem outra moldura em termos de penalização (<http://www.emcdda.europa.eu>).

Uma parte significativa dos consumidores entrevistados também gostava que houvesse esta distinção em termos de legalização. A questão da legalização das drogas, ainda que possa assumir diferentes especificidades, parece ser algo de difícil concepção e representação, mesmo para aqueles que utilizam drogas e que sofrem os prejuízos sociais decorrentes da criminalização ou penalização. Estudos anteriores demonstram isto mesmo. As pessoas, em geral, não preconizam a pena de prisão para indivíduos que consomem drogas, mas desejam que, de alguma forma, o consumo seja sancionado (Quintas, 2006). Esta constatação também ajuda a explicar porque 6 dos 19 entrevistados consideram adequada a lei em vigor, assente num modelo de descriminalização do consumo que, não implicando a pena de prisão, prevê outras penas e sanções.

#### **5.4.3. Regime legal e impacto nos comportamentos**

Como é possível verificar no ponto anterior, as pessoas em geral (Quintas, 2006) e o subgrupo de consumidores de drogas observados por entrevista semi-estruturada manifestam uma preferência pela manutenção de alguma penalização ou interdição em relação ao consumo de substâncias psicoactivas, sobretudo as pesadas.

Neste encadeamento a equipa de investigação decidiu igualmente ouvir a opinião do grupo de 90 indivíduos que colaborou neste estudo acerca do impacto que o modelo legal de regulamentação do consumo de drogas tem na modificação dos comportamentos de uso de drogas. Assim, foi colocada a estes indivíduos a seguinte questão: “se for ilegal consumir drogas será que as pessoas consomem menos?” As respostas dadas estão sintetizadas no Quadro 29.

**Quadro 29: Impacto da (I)legalidade do consumo de drogas nos comportamentos, segundo os utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Impacto da lei nos comportamentos	Por entrevista (N=19)		Por questionário (N=71)	Total (N=90)
Não	18	E1,E2;E3;E4;E5,E6;E8;E9;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E6;E17;E18,E19	58	<b>76</b>
Sim	0	-----	13	<b>13</b>
Não sabe	1	E7	0	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>71</b>	<b>90</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Como se pode constatar, a maioria das pessoas inquiridas, 76 em 90, isto é, 84%, considera que não é o facto de ser ilegal consumir drogas que leva ou faz com que as pessoas consumam menos. A literatura existente (Quintas, 2006) aponta no mesmo sentido, ainda que assuma que possa haver um impacto, este seria bastante reduzido, quase insignificante. Não obstante, conhecem-se casos históricos que apontam para maiores impactos, como é o caso “lei seca” nos E.U.A.

As pessoas entrevistadas indicam dois factores explicativos da relação entre a lei e o nível de consumo. Em primeiro lugar, apontam a questão da adrenalina, do “fruto proibido” e, em segundo lugar, o facto de existir bastante droga disponível, ou seja, a questão da fácil acessibilidade.

E3 62) “Acho que em alguns casos, e no meu também, acho que às vezes o ilegal gera mais a adrenalina de saber que é ilegal, que é ter que andar a contornar a polícia, acho que é um bocado por aí”; 64) “o fruto proibido é o mais apetecido”; 65) “Acho que se fosse legal até desmotivava mais era o consumo” (34 anos).

E6 30) “as pessoas consomem quer seja crime quer não seja. Há droga por todo o lado” (32 anos).

Um das pessoas entrevistadas, ao contrário da opinião da maioria, refere um argumento, em que as pessoas poderiam estar “mais à vontade” para consumir, mas depressa finaliza dizendo que também acha que o facto de ser legal não iria fazer aumentar o consumo. Acaba portanto por corroborar a opinião geral de que a lei não influencia significativamente os níveis de consumo na prática.

E2 60) “Não, não, acho que não [se fosse legal?] 61) “consumisse mais [...] estar mais à vontade”; 49) “Porque a maior parte das pessoas vão pelo fruto proibido. Só porque não é legal, só porque não é legal é que as pessoas metem-se nesses caminhos, por não ser legal. Se calhar o ser legal fica mais banal e pronto, é legal e tal, não temos que andar a fazer o jogo do gato e do rato, não temos que andar a fugir à polícia e se calhar muitos jovens pensam dessa maneira” (31 anos).

Por último, um dos entrevistados indica que o facto do consumo ser ilegal faz aumentar a violência em torno do fenómeno.

E12 27) “Não, de maneira nenhuma, isso não influencia nada... e só faz é com que haja mais violência” (34 anos).

No subgrupo das pessoas que responderam ao questionário, há a salientar 13 sujeitos que acham que o facto de ser ilegal pode levar a que se verifique menos consumo de drogas. No entanto, a maioria, 58 indivíduos, considera que a ilegalidade dos consumos não tem um impacto real nos comportamentos.

Estes resultados corroborados por outros estudos, podem ajudar a perceber que a formulação de modelos de regulamentação do consumo de drogas mais liberais (e não necessariamente legais) se pode revelar importante, sobretudo no que diz respeito à redução dos danos sociais para os consumidores, uma vez não se têm verificado alterações significativas nos níveis de consumo de drogas quando são adoptados regimes menos penalizadores (Quintas, 2006). O grupo de consumidores observados neste estudo partilha a tese defendida por outros investigadores de que os controlos informais parecem ser mais eficazes do que os formais.

#### **5.4.4. Conhecimento dos serviços**

Para fazer face à problemática do consumo de drogas, o Estado português disponibiliza um conjunto de serviços divididos por diferentes áreas de intervenção, Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e

Reinserção. Estes são assegurados por uma rede de organismos públicos, mas também privados. Será que as pessoas com historial de consumo de drogas de forma problemática ou dependente sabem que têm à disposição esta gama diferenciada de serviços? Será que os conhecem? As respostas estão anotadas no Quadro 30.

**Quadro 30: Impacto da (I)legalidade do consumo de drogas nos comportamentos, segundo os utilizadores de drogas problemáticos, por técnica de recolha de dados**

Serviços conhecidos		Por entrevista (N=19)	Por questionário (N=71)	Total de referências
Prevenção	0	-----	43	<b>43</b>
Dissuasão	0	-----	25	<b>25</b>
Tratamento	19	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E9;E10;E11;E12;E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19	66	<b>85</b>
R.R.M.D.	11	E1;E4;E5;E6;E9;E10;E13;E14;E17;E18;E19	44	<b>55</b>
Reinserção	5	E7;E10;E11;E16;E18	42	<b>47</b>
Omissos	<b>0</b>	-----	1	<b>1</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas e questionários realizados entre Março e Maio de 2011

Nota: Cada pessoa observada podia referir mais do que um serviço

Confrontados com a pergunta aberta “Que serviços conhece para as pessoas que utilizam drogas?”, os 19 entrevistados referenciaram maioritariamente os serviços da área do tratamento (19), seguidos dos serviços da área da R.R.M.D. (11) e, por último, dos serviços da área da Reinserção (5). A área da Prevenção e da Dissuasão não mereceu qualquer referência. Ainda assim é de se salientar que apenas metade dos inquiridos referiu serviços da área da R.R.M.D., apesar de terem sido contactados para este estudo, através deste tipo de estruturas, de que são beneficiários.

No que concerne aos inquiridos por questionário, verifica-se uma situação idêntica. Apenas 44 dos 71 indivíduos assinalaram serviços de R.R.M.D. apesar de terem sido contactados através de Equipas de Rua que trabalham no âmbito da R.R.M.D. Estes consumidores indicaram ser os serviços de Tratamento aqueles que melhor conhecem, no entanto, também referenciaram os restantes serviços: de R.R.M.D., de Reinserção, de Prevenção e de Dissuasão.

Se se atentar no Quadro 13 – Conhecimento da R.R.M.D., é possível então reforçar e concluir que as pessoas observadas, mesmo estando a usufruir de serviços de R.R.M.D., na prática, podem desconhece-los. Remete-se novamente para as questões deixadas no ponto 5.3.2. deste capítulo. É provável que a área de intervenção

da R.R.M.D. não esteja a esclarecer suficientemente ou eficazmente os seus beneficiários sobre a sua filosofia, serviços e estratégias.

#### 5.4.5. Violência policial

A lei de 2001 que descriminalizou o consumo veio introduzir, em parte, dimensões protocoladas no novo paradigma vigente de intervenção no fenómeno do consumo de drogas - o paradigma biopsicossocial. A visão legal e social que recai sobre os consumidores problemáticos vai mudando lentamente. Assiste-se a uma diminuição gradual da visão do consumidor criminoso, sobretudo para uma visão do consumidor doente.

A violência policial exercida sobre os consumidores de drogas dependentes, nos dias de hoje e à luz da nova lei, tem sido pouco estudada. Apesar de não ser um dos objectivos principais desta investigação, a entrevistadora procurou ouvir as experiências dos 19 entrevistados sobre este tópico. As respostas dadas encontram-se explicitadas no Quadro 31.

**Quadro 31: Exercício de violência policial segundo os consumidores de drogas problemáticos entrevistados**

Violência policial	Entrevistados (N=19)	Total de referências
Sim, física (e verbal)	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E8;E10;E11;E13;E14;E17;	12
Sim, verbal	E15;E16;E18;E19;	4
Não	E7;E9;E12;	3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>19</b>

Fonte: Entrevistas semi-estruturadas realizadas entre Março e Maio de 2011

Como se pode verificar, a maioria dos entrevistados já passou por episódios de violência policial, quer física quer verbal. Exemplificam-se determinadas experiências de violência porque passaram alguns dos nossos entrevistados.

E3 67) "Já [física e verbal] Tipo apanhem-me na rua e levarem-me para o posto, tirarem-me o dinheiro todo que tinha. Estar tipo das onze da noite até às três e tal da manhã sentado numa cadeira, depois antes de sair darem-se socos [...] Estar numa cadeira algemado com os pés noutra e com o cassetete a darem-me chicotadas nos pés. Depois das quatro da manhã até às oito da manhã em sentido como na tropa, se me sentasse ainda levava mais" (34 anos).

De referir que 3 dos 19 entrevistados referiram não ter passado por este tipo de situações.

E7 38) "nunca tive problemas com a polícia. Também quando eu consumia nunca fui apanhado" (24 anos).

Outros três entrevistados frisaram a subjectividade do exercício da violência. Esta depende sobretudo das pessoas que a praticam, não se podendo generalizar as práticas de violência a todos os agentes das forças de segurança. De destacar que dois entrevistados têm percepção de que as coisas estão a melhorar, isto é, a violência exercida pelas forças de segurança para com os consumidores de drogas está a diminuir.

E10 17) "Já. Mas nada de grave, pronto eu ofereci resistência, isto é houve violência de parte a parte, por isso... Há polícias que realmente exageram, mas depende de polícia para polícia, não é no geral a polícia, varia de pessoa para pessoa" (39 anos).

E6 28) "Sim já, física e verbal"; 29) "Quando era mais novo ia muito para a ribeira e às vezes a polícia ia lá fazer rugas e ia tudo à frente, tanto fazia consumires, não consumires, teres droga ou não teres, se estavas com pessoal que consumia levavas também. Quando era mais novo apanhei muito... mas entretanto acho que as coisas a esse nível têm melhorado um pouco" (32 anos).

Saliente-se ainda o facto de um dos entrevistados ter respondido negativamente à questão de ter eventualmente sofrido violência policial, mas logo de seguida, ter relatado um episódio de coação, por parte de agentes policiais. O que nos leva a colocar a hipótese de estarmos perante um processo de alguma naturalização da violência.

E1 37) "Não. Tentaram, só que eu ameacei que dava com a cabeça no vidro, que cortava-me todo e ia para o hospital, dizia que eram eles [...] e nunca me tocaram graças a Deus... Ainda cheguei a partir um vidro na Polícia. Meteu-me a mão no pescoço e a empurrar-me para baixo para os joelhos, estás a ver? E eu a fazer força para cima, e o gajo a empurrar-me para baixo, e eu parei de fazer força, e o gajo tirou-me a mão, eu vai, pum, cabeçada no vidro. A sorte deles é que só parti o vidro, não me cortei" (34 anos).

No que diz respeito à violência policial colocamos a hipótese da adopção da lei da descriminalização estar a contribuir para a diminuição da violência exercida sobre os consumidores, ainda que também o percurso social relativo à problematização das drogas possa ter sido fundamental. Neste sentido, destaca-se o contributo de diversos

estudos realizados, assim como o papel dos investigadores, que têm colaborado para o enriquecimento de uma visão multidimensional do fenómeno. Caminha-se para o abandono de uma perspectiva bastante redutora do consumidor criminoso, imperando agora sobretudo a figura do consumidor doente, mas vislumbrando-se a coexistência de várias outras perspectivas, inclusive a do cidadão normal que utiliza drogas de forma não problemática.

Os factos relatados não significam que a violência exercida pelas forças policiais tenha cessado. Segundo o grupo observado, a situação pode estar a melhorar, mas a prática da violência varia de agente para agente. Quintas (2006) refere que a lei portuguesa de descriminalização do consumo parece ter aumentado a perseguição policial aos consumidores de haxixe. É necessário que mais estudos se debrucem sobre esta questão. Independentemente do facto do exercício da violência poder estar a diminuir, é significativo que 16 dos 19 entrevistados tenham tido experiências de agressões policiais, físicas e/ou verbais, ao longo da sua vida de consumidores.

## Conclusões

A problemática do consumo de drogas deu mote à realização desta investigação. Trata-se de um fenómeno social total, bastante complexo e diversas dimensões poderiam ser estudadas.

A definição das normas, do que é determinado como correcto ou errado, ocorre num processo de construção social, onde estruturas dominantes, jogos de poder e de simbolismo operam. Desta forma, o que é considerado desvio e, por conseguinte, as pessoas que são vistas como desviantes, podem variar no tempo e no espaço.

O uso de drogas, de substâncias com propriedades psicoactivas, faz parte da história da humanidade. É possível assistir-se, ao longo dos tempos, à utilização de drogas em diversos rituais e contextos, de forma integrada na própria cultura e saberes de determinado grupo, como por exemplo, o uso do vinho nos rituais judaico-cristãos. A partir do século XVIII, fenómenos como a revolução industrial e tecnológica, e mais tarde, a globalização contribuíram para que a problematização social do uso de drogas se intensificasse substancialmente.

O uso de drogas não pode ser visto como um problema em si, mas pode tornar-se socialmente problemático, tendo em conta a interacção sistémica entre as características do sujeito, do meio e da substância. É interessante perceber que, em relação ao álcool, mas também em relação a outras substâncias, o seu consumo pode ser valorizado e até estimulado. No entanto, a partir do momento em que se instala uma dependência ou adição, a reacção dos outros pode alterar-se. O consumo pode assim passar rapidamente de algo socialmente aceite para algo recriminado e condenado.

No decurso desta crescente problematização social, surgiram algumas tentativas de regulação legal do uso de drogas, com tendências mais criminalistas a antagonizarem-se com tendências mais liberais. O século XIX foi palco de uma crescente preocupação e intervenção nesta área, por parte de diversos países. Progrediu-se de um paradigma que visualizava o toxicodependente como uma figura criminosa, para o paradigma do toxicodependente como doente e, na actualidade, para a imagem heterogénea do consumidor de drogas. Esta imagem inclui o

consumidor não problemático de drogas, do dia-a-dia, que somos todos nós, o consumidor recreativo e ocasional e, inclui também, o consumidor de drogas ditas “duras”, indivíduo dependente deste tipo de consumo.

Actualmente, esta percepção da heterogeneidade das situações de consumo potencia intervenções diversas, que passam pela Dissuasão do consumo, pela Prevenção, pelo Tratamento, pela Reinserção e pela Redução de Riscos e Minimização de Danos. Esta última área de intervenção procura pautar-se pelo pragmatismo e pelo humanismo na aceitação do uso de drogas, elegendo como objectivo do trabalho com pessoas que já utilizam estupefacientes, a redução dos riscos e dos danos pessoais e sociais inerentes à utilização de substâncias psicoactivas, em especial, aquelas consideradas mais pesadas. O tratamento ou a abstinência dos consumos não é o objectivo último, constatando-se o uso histórico e social de drogas, procura-se trabalhar com aqueles que não querem ou não conseguem deixar de consumir. Várias estratégias são utilizadas, nomeadamente, a educação para a saúde e para práticas de consumo com menores riscos.

A informação sobre drogas, sobre riscos e efeitos inerentes não tem sido muito aclamada, no âmbito das intervenções de carácter preventivo. Faltam evidências científicas. No entanto, no âmbito da Redução de Riscos e Minimização Danos, em que a população alvo é consumidora, é de supor que a informação veiculada pelos serviços suscite maior interesse e possa ter algum impacto nos comportamentos dos seus beneficiários. Atenta-se, por exemplo, no tipo de substâncias consumidas, no material utilizado para consumo e nas vias utilizadas, por determinado grupo de beneficiários, para melhor adaptar a informação transmitida.

A aposta em intervenções diferenciadas é fruto de uma mudança na compreensão do fenómeno e Portugal adoptou, em 2000, uma das leis consideradas mais vanguardistas em termos mundiais. O consumo de todas as drogas foi descriminalizado. Persiste uma penalização que passa sobretudo pela promoção da adesão a um tratamento, quando se considera existir já uma toxicoddependência. No entanto, parece existir um desconhecimento geral da lei. Coexistem diferentes representações, com algumas pessoas a julgarem ser crime consumir drogas.

A pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura realizadas permitiram moldar e aperfeiçoar o desenho da investigação, nomeadamente, o quadro teórico a utilizar. No

entanto, não se pode deixar de evidenciar que as opções metodológicas também espelham um pouco do próprio perfil e características da investigadora discente.

Tendo em conta a literatura existente e motivações de cariz sócio-profissional, a equipa de investigação partiu com dois objectivos distintos. Em primeiro lugar, tentar perceber se a vertente informativa, em especial aquela promovida pela área da R.R.M.D. tem algum impacto nos comportamentos dos utilizadores de drogas problemáticos, mais concretamente, se contribuiu para a diminuição dos comportamentos de risco. Em segundo lugar, tentar conhecer quais as representações sociais, destes consumidores, acerca do modelo legal português que regulamenta o consumo de drogas.

Para o efeito observaram-se sujeitos com historial de consumo de drogas de forma problemática ou dependente. Era pertinente que fossem consumidores para poderem avaliar a R.R.M.D. e era para a equipa importante ouvir a opinião e experiência deste grupo, uma vez que detém uma relação privilegiada com o uso de drogas. Abordou-se um subgrupo principal de 19 pessoas com recurso à técnica da entrevista semi-estruturada e um subgrupo de 71 pessoas, utilizando para colheita de dados o questionário. O grupo, que perfaz um total de 90 indivíduos, não é representativo do universo dos consumidores de drogas. A sua selecção foi realizada sobretudo com base em critérios de conveniência geográfica e profissional. No entanto, procurou-se integrar na amostra indivíduos com características distintas em termos de idade e meio sócio-económico. A aproximação ao grupo-alvo realizou-se através da solicitação de colaboração de estruturas de R.R.M.D. da zona Norte do país, como Viana do Castelo, Espinho, Barcelos e Vila Nova de Gaia. Isto possibilitou a observação de indivíduos residentes num total de 11 concelhos do país.

De forma um pouco exploratória observou-se ainda um conjunto de 95 jovens estudantes, com possíveis consumos recreativos de drogas lícitas ou ilícitas, com recurso à entrevista grupal. Procurou-se saber quais as suas representações sociais no que concerne à legislação do consumo de drogas em vigor. Esta observação foi realizada a sete turmas/grupos de estabelecimentos de ensino regular ou profissional, da zona Norte do país, nomeadamente dos concelhos de Caminha, Vila Nova de Cerveira e Valença.

Os resultados obtidos permitem afirmar que o grupo de utilizadores de drogas com historial de dependência demonstrou ter alterado comportamentos na sequência do acesso a informação sanitária, no âmbito da intervenção da R.R.M.D. Esta alteração de comportamentos traduziu-se numa diminuição de comportamentos de risco, assumida por 64 dos 90 indivíduos observados (71%), que referem ter reduzido ou cessado o consumo, ter passado a ter mais cuidado com o material utilizado para o efeito, procurando que este seja esterilizado e individual. Ainda assim 17 sujeitos referiram não ter alterado o seu comportamento por terem acedido a informação no âmbito da R.R.M.D. e 8 pessoas ficaram um pouco dúbias, não sabendo responder com clareza.

No que respeita à questão das representações sociais acerca do modelo legal português que regulamenta o consumo de drogas, também se verificou uma certa regularidade nas respostas que corroboraram a hipótese de trabalho, ainda que, neste âmbito, a análise se tenha revelado mais complexa. Parece haver um grande desconhecimento da lei portuguesa de regulação do consumo de drogas. Algumas das pessoas entrevistadas demonstraram bastante dificuldade na utilização dos termos jurídicos e na explicitação das disposições legais. Em termos globais, as representações dos utilizadores de drogas observados parecem recair em modelos que criminalizam o consumo. Os resultados indicam que 33 dos 90 utilizadores de drogas que participaram neste estudo consideram que é crime consumir drogas e 23 fazem depender a criminalização do tipo de substância utilizada. Estes últimos afirmam ser crime o consumo de drogas pesadas, como a heroína e cocaína, apontando penas que podem incluir a prisão, mas referem penas menores ou mesmo a ausência de penas no caso do consumo de drogas leves, que identificam fundamentalmente com o haxixe. Desta forma, 62% dos consumidores de substâncias psicoactivas que colaboraram neste estudo têm representações do modelo legal português assentes na criminalização, total ou parcial, do consumo de drogas. Contudo 25 pessoas conhecem o modelo português de descriminalização do consumo. Um grupo mais residual explicita representações de despenalização do consumo (3 indivíduos) ou mesmo de legalização do mesmo (1 indivíduo). De referir ainda que duas pessoas associam a legalidade/ilegalidade do consumo de drogas à sua dimensão espacial: O consumo na

via pública é considerado crime enquanto o consumo dentro de casa, por exemplo, não é.

A maioria dos jovens estudantes (N=95), eventuais consumidores recreativos, que foram observados, de forma exploratória, sobre esta questão das representações sociais do modelo legal português de consumo de substâncias psicoactivas, demonstrou ter representações de criminalização do consumo das drogas pesadas, por oposição ao consumo da cannabis, considerado legal. Esta ideia foi transmitida por quatro grupos que perfazem um total de 57 jovens (60%). Um outro grupo de 9 indivíduos referiu ser crime o consumo de drogas, mas ser permitida a posse de haxixe desde que não ultrapasse a quantidade de 5 gramas. Outro conjunto de 9 jovens indicou que o consumo de todas as drogas ilícitas é crime, e por último, um grupo de 20 pessoas, não chegou a qualquer opinião unânime sobre o regime legal português de consumo de drogas.

Como é possível constatar, após 10 anos de aplicação da mais recente lei que vigora em Portugal – a lei da descriminalização e penalização do consumo de todas as drogas, as representações sociais dos consumidores de drogas problemáticas são heterogéneas, embora imbuídas de dois princípios: as pessoas tendem para a representação de modelos que criminalizam o consumo de drogas, por um lado, diferenciando as substâncias ditas leves e pesadas, em termos de penalização ou criminalização, por outro lado.

Os consumidores de drogas dependentes observados, ligados ao mundo das drogas pelo seu próprio consumo e com uma relação diferente, geralmente mais próxima, com o sistema judicial, demonstraram possuir um maior conhecimento da lei do que o grupo de jovens estudantes observados, eventuais consumidores recreativos e ocasionais.

Coloca-se assim a seguinte questão: Como explicar as representações do sistema legal português sobre o consumo de drogas? Mais concretamente, como compreender a representação de criminalização do consumo de drogas e a representação de criminalização/não criminalização em função do tipo de substância consumida? Por outras palavras, como explicar as representações que tendem a considerar permitido o consumo de drogas leves como o haxixe e, crime, a utilização de drogas pesadas como a heroína e a cocaína? A interação que a investigadora discente foi tendo com esta

população, levam-na a levantar como hipóteses explicativas a não abolição do imaginário colectivo da lei 15/93 que criminalizava o consumo de psicotrópicos, apesar de revogada pela lei 30/2000 que descriminalizou o consumo destas substâncias, bem como os normativos sociais existentes, que tendem a condenar o uso de substâncias psicoactivas ilícitas.

Para a representação que diferencia drogas leves e drogas duras, com especial destaque para a ideia de que o uso do haxixe é legal, poderá contribuir o facto dos cannabinóides representarem a principal substância ilícita consumida, mas também o reconhecimento de que o seu consumo é transversal a diferentes grupos de consumidores, quer sejam utilizadores recreativos, quer sejam utilizadores dependentes. O seu consumo tem-se generalizado, em especial, o “charro” ou o cigarro feito com haxixe. Esta naturalização, massificação e ideia de inocuidade da cannabis pode contribuir igualmente para esta representação de criminalização/não criminalização do consumo em função do tipo de drogas.

Apesar do consumo de qualquer substância ilícita estar descriminalizado e penalizado, assiste-se a uma aplicação e representação diferenciada da lei em função da substância utilizada. Será que a representação de que a cannabis é legal ou de que o seu consumo tem penas mais leves do que o de outras drogas se traduz também nas, e pelas, avaliações e decisões dos juizes que julgam os consumidores de drogas? A verificar-se esta hipótese, poderá também ela reforçar a representação descrita. Sugere-se pois a realização de estudos que incidam sobre os factores que explicam a existência das representações sociais elencadas. Diferenciar os grupos observados também deve ser considerado em investigações futuras.

Não se esperava encontrar um desconhecimento tão substancial acerca do que é a R.R.M.D. no grupo de utilizadores observado, uma vez que estes são beneficiários destas estruturas. Dos 90 utilizadores de drogas observados, 29 (32%) referiram não saber o que era a R.R.M.D., pelo que se considera importante reflectir sobre estes resultados.

Ao nível das consequências na saúde, foi possível observar que a percepção de problemas individuais de saúde se prende sobretudo com doenças graves, como as infecto-contagiosas. Outros problemas são minorizados, considerados quase insignificantes.

Para concluir, elencam-se as principais limitações deste trabalho, com o objectivo de contribuir para o aperfeiçoamento de futuras investigações.

A realização de entrevistas semi-estruturadas permitiu a recolha de dados relativamente heterogéneos enquanto o inquérito por questionário possibilitou a compilação de informações complementares. No entanto, refira-se que a população observada, consumidores de drogas dependentes, não é de fácil acessibilidade, assim como é reduzida a sua disponibilidade para participar em investigações, responder a entrevistas e questionários, quer pelo factor consumo, que é uma prioridade, quer pelo factor saturação, devido à constante requisição para este tipo de colaboração. Procurou-se adequar a dimensão dos instrumentos utilizados na recolha de dados às características desta população, no entanto, e se os recursos temporais o permitirem, investigações de cariz etnográfico, com recurso à observação devem ser ponderadas. Como referido anteriormente, a selecção do grupo não seguiu critérios de representatividade. A realização de análises correlacionais ficou comprometida, tendo em conta, nomeadamente, a dimensão do grupo de pessoas observadas. Este estudo não permitiu assim uma análise aprofundada de diferentes variáveis. A equipa de investigação baseou-se essencialmente na auscultação dos consumidores de drogas, nas suas opiniões e significações. Sugere-se também que investigações futuras possam considerar as análises de variáveis de género nos objectivos da pesquisa, bem como perspectivar de forma mais consistente, as principais diferenças entre os dois grandes grupos de consumidores: os dependentes e os recreativos.

Não obstante os constrangimentos apontados, considera-se que este estudo permitiu um olhar importante sobre este grupo de consumidores de drogas, pondo em evidência as suas opiniões, as suas percepções, sobre o impacto da informação nos seus comportamentos. Permitiu ainda conhecer melhor as suas representações acerca do modelo português que regulamenta o consumo de drogas.

Atentando nos resultados apresentados, considera-se oportuno relançar a pesquisa em torno da variável informação/conhecimento no que se refere à alteração e diminuição de comportamentos de risco associados ao uso de drogas, uma vez que, de acordo com um número significativo de elementos do grupo observado, a informação obtida em determinados momentos da sua vida provocou efectivamente

um impacto nas suas condutas. Este impacto parece ser potenciado na presença de outros factores, como a motivação.

Tendo em conta as representações sociais do grupo observado, parece importante investir numa maior clarificação social da lei, até para perceber melhor qual o impacto que esta teve (se teve) nos comportamentos das pessoas.

Em suma, o estudo realizado permitiu concluir, que no grupo observado, as intervenções levadas a cabo pelos serviços de Redução de Riscos e Minimização de Danos, tiveram um impacto significativo nos comportamentos relativos ao consumo de drogas. A informação sanitária transmitida contribuiu para a alteração e para a diminuição de comportamentos de risco associados ao consumo de drogas. Alguns exemplos dados pendem-se com a diminuição do consumo por via injectada, a substituição do material de injeção por material de consumo asséptico e a sua não partilha, e até a paragem dos consumos e a adesão a tratamentos, como a Metadona. Permitiu ainda observar que os utilizadores de drogas, apesar da relação próxima que detém com o uso de drogas e das experiências que possuem em termos de relações com o sistema judicial, continuam a desconhecer a lei vigente em Portugal que regulamenta o consumo de drogas. As suas representações traduzem sobretudo modelos de regulamentação criminais.

## Bibliografia

AGRA, C. (2008). *Entre droga e crime. Actores, espaços, trajetórias*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.

AGRA, C. (1995). “Da rapsódia à sinfonia. Sentido para a composição de um sistema de pensamento na área das drogas”. In *Toxicodependências*. 1, 26 – 32.

ABRIC, J. (1994). “Méthodologie de recueil des représentations sociales”. In Abric, J. (dir.) *Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF.

AMARO, R. (2003). “Desenvolvimento - um conceito ultrapassado ou em renovação? - da teoria à prática e da prática à teoria”. In *Cadernos de Estudos Africanos*: Lisboa. 4, 35-70.

BARBOSA, S. (2008). *Representação dilemática da toxicodependência: um estudo entre as forças de segurança*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina ([http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1038?mode=full&submit\\_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo](http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1038?mode=full&submit_simple=Mostrar+registo+em+formato+completo); 22.03.2011).

BECK, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage.

BECK, U.; BECK-GERNSHEIM, Elisabeth (2002). *Individualization: institutionalized individualism and its social and political consequences*. Londres: Sage.

BECKER, H. (1973). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.

BELL, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*, 3ª ed. Lisboa: Gradiva.

BLUMER, H (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora S.A.

BORGES, C.; FILHO, H. (2004). *Usos, abusos e dependências, Alcoolismo e toxicodependência* (2º vol.). Lisboa: Climepsi Editores.

BOURDIEU, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.

CABECINHAS, R. (2009). “Investigar representações sociais: metodologias e níveis de análise”. In Baptista, M. (ed.) *Cultura: Metodologias e Investigação*. Lisboa: Ver o Verso Edições, 51-66.

CALAFAT, A. (Coord.) (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in europe*. For I.R.E.F.R.E.I.A. and European Comission. Valencia: Martin Impresores, S.L.

CALAFAT, A.; STOCCO, P. (2000). "Recreational life and ecstasy use". In *Understanding and responding to drug use: the role o qualitative research*. Lisboa: E.M.C.D.D.A., 93 - 100 ([http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_34018\\_EN\\_Monograph4.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_34018_EN_Monograph4.pdf); 03.04.2011).

CAPLAN, G. (1980). *Princípios da psiquiatria preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

CARVALHO, A.; LEAL, I. (2006). "Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes". In *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7, (2), 287-297 (In <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a10.pdf>; 22.04.2011).

CARVALHO, M. (2007). *Culturas Juvenis e novos usos de drogas em meio festivo, O transe psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.

CARVALHO, S.; PINTO, P. (2007). *Manual de boas práticas em reinserção, Enquadramento teórico (1º caderno)*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

COHEN, A. (1955). *Delinquent boys: The culture of the gang*. New York: Free Press.

DEBUYST, C. (1990). "Présentation et justification du theme". In *Acteur social et delinquence*, Obra Colectiva. Bruxelas: Mardaga.

DEMARTIS, L. (2002). *Compêndio de sociologia*. Lisboa: Edições 70.

DIAS, F. (2003). *Educação e projecto de vida, antes e depois da toxicodependência*. Lisboa: Instituto Piaget.

DIAS, F. (2002). *Sociologia da Toxicodependência*. Lisboa: Instituto Piaget.

DOMINGOS, A. M., BARRADAS, H., RAINHA, H., NEVES, I. (1986). A teoria de Bernstein em sociologia da educação. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

DURKHEIM, E. (2011). *Educação e Sociologia (Reimpressão)*. Lisboa: Edições 70.

DURKHEIM, E. (2001). *O Suicídio (8ª Ed.)*. Barcarena: Editorial Presença.

E.M.C.D.D.A. (2010). *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*. E.M.C.D.D.A. Monographs. Lisboa: E.M.C.D.D.A. (<http://www.emcdda.europa.eu/attachements>).

cfm/att\_101257\_EN\_EMCCDDA-monograph10-harm%20reduction\_final.pdf; 20.05.2011).

ERIKSON, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

ESCOHOTADO, A. (1989). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

FEIJÓ, R.; OLIVEIRA, E. (2001). "Comportamento de risco na adolescência" In *Jornal de Pediatria*, Vol. 77, Supl. 2, 125 - 134 (<http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S125/port.pdf>; 04.03.2011).

FÉLIX DA COSTA, N. (1995). "A perturbação da vivência do tempo na toxicodependência e na depressão". In *Toxicodependências*. 2, 50 - 61.

FERNANDES, L. (1998). *O Sítio das drogas* (2ª Ed.). Lisboa: Editorial Notícias.

FERNANDES, L.; Ribeiro, C. (2002). "Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social". In *Sociologia, problemas e práticas*, C.I.E.S. – I.S.C.T.E. Lisboa: Editora Mundos Sociais, 39, 57 - 68.

FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realização* (Versão portuguesa). Loures: Lusociência.

FRASER, M.; GONDIM, S. (2004). "Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa". In *Paidéia*, 14 (28), 139 - 152 (<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>; 14.05.2011).

GIL, A. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa* (4ª Ed.) Brasil: Atlas.

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência (2008). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência, Relatório anual 2007*. Lisboa: I.D.T.

GLEITMAN, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GOFFMAN, E. (1986). *Estigma – la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

LAST, J. (1994). *Um dicionário de Epidemiologia*. Lisboa: Departamento de estudos e planeamento da saúde (Ministério da Saúde).

MACEDO, T. (2000). "Contributo das neurociências para a compreensão da Toxicodependência". In *Toxicodependências*. Vol. 6, 3, 3 – 16.

MACFARLANE, A.; MACFARLANE, M.; ROBSON, P. (1997). *Os Adolescentes e a droga*. Lisboa: Quatro Margens Editora.

MEASHAM, F., ALDRIDGE, J.; PARKER, H. (2001). *Dancing on drugs: risk, health, and hedonism in the British club scene*. Londres: Free Association Books.

MILLER, W. (1958) "Lower class culture as a generating milieu of gang delinquency". In *Journal of Social Issues*. 14 (2), 5 – 19.

MOREL, A.; HERVÉ, F.; FONTAINE, B. (1998). *Cuidados ao toxicod dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

MOSCOVICI, S. (2001). *Social representations, explorations in social psychology*. New York: New York University Press.

NEGREIROS, J. (2000). "Representações sociais acerca das drogas em crianças do 1º ciclo do ensino básico: Implicações para a prevenção". In *Toxicod dependências*. nº6, 59 – 65.

NEGREIROS, J. (2002). *Estimativa da Prevalência e padrões de consumo problemático de Drogas em Portugal*. Lisboa: I.D.T. ([http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/consumo\\_problematico.pdf](http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/consumo_problematico.pdf);29.07.11).

PAIS, J. (1990). "Lazeres e sociabilidades juvenis – um ensaio de análise etnográfica". In *Análise Social*. 25, 591 – 644.

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.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1997). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

RÊSES, E. (2003). "Do conhecimento sociológico à teoria das representações sociais". In *Sociedade e Cultura – Revista de Ciências Sociais*. Julho-Dezembro, V.6, N.002, Goiania – Brasil: Universidade Federal de Goiás, 189 – 199.

RICHARD, D. (1997). *As Drogas*. Lisboa: Instituto Piaget.

ROCHER, G. (1979). *Sociologia Geral 2*. Lisboa: Editorial Presença.

ROEHRS, H.; LENARDT M.; MAFTUM, M. (2008). "Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica". In *Revista de Enfermagem*. 12(2), Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 353 – 357.

ROMANI, O. (1995). "Etnografia y drogas, discursos e practicas". In *Las adicciones. Hacia un enfoque Multidisciplinario*, vol. III.

SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L.; RIBEIRO, L.; NAPPO, S. (2010). "O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco". In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 15, N.3 ([http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300012); 04.11.2010).

SILVA, A.; PINTO, J. (Org.) (2001). *Metodologia das ciências sociais* (11.ª Ed.). Porto: Edições Afrontamento.

SOMMER, M. (2004). *Carreiras de saída da toxicod dependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

TOURAINÉ, A. (1982). *Pela sociologia*. Lisboa: D. Quixote.

TURNER, G.; SHEPERD, J. (1999). "A method in search of a theory: peer education and health promotion". In *Health Education Research*. Washington DC: Oxford Journals, Vol.14, Nº.2, 235 – 247 (<http://her.oxfordjournals.org/content/14/2/235.full.pdf+html>; 12/06/2011).

U.N.O.D.C. – United Nations Office on Drugs and Crime (2011). *World Drug Report 2011*. Vienna: U.N.O.D.C. ([http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf); 22.07.2011).

VALA, J.; MONTEIRO, M. (Coord.) (1993). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VALENTIM, A. (1998). "Droga e toxicod dependência nas representações de párocos e médicos". In *Análise social*. Vol. XXXIII (145), 55 - 90 (<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221842281Z7pLI2rd2Hi59BX3.pdf>; 30/03/2011).

#### **Sítios da Internet consultados:**

E.M.C.D.D.A. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction/O.E.D.T. - Observatório Europeu das Drogas e da Toxicod dependência ([www.emcdda.eu/int](http://www.emcdda.eu/int); 01.07.2011).

E.S.P.A.D. - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, 2007 ([shhttp://www.espad.org/documents/Espad/Documents/Overview\\_of\\_the\\_ESPAD\\_Project.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/Documents/Overview_of_the_ESPAD_Project.pdf); 16.01.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicod dependência ([www.idt.pt](http://www.idt.pt); 09.07.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência – Dissuasão (<http://www.idt.pt/PT/Dissuasao/Paginas/Conceitos.aspx>; 09.05.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência – Prevenção (<http://www.idt.pt/PT/Prevencao>; 12.05.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência – Tratamento (<http://www.idt.pt/PT/Tratamento>; 12.05.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência – Reinserção (<http://www.idt.pt/PT/Reinsercao>; 12.05.2011).

I.D.T. - Instituto da Droga e da Toxicodependência – Redução de Riscos e Minimização de Danos (<http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos>; 12.05.2011).

I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência - Tabaco (<http://www.idt.pt/PT/Substancias/Tabaco>; 19.05.2011).

I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência - Anfetaminas (<http://www.idt.pt/PT/Substancias/Anfetaminas>; 19.05.2011).

I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência - Cannabis (<http://www.idt.pt/PT/Substancias/DerivadosdaCannabis>; 19.05.2011).

W.H.O. - World Health Organization/Organização Mundial de Saúde - Convention on Psychotropic Substances, 1971 ([http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf); 08.06.2011).

#### **Outros:**

Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes, incluindo as modificações introduzidas pelo Protocolo de Genebra de 1972, Nações Unidas ([http://www.idt.pt/PT/RelacoesInternacionais/Documents/ConvencoesInternacionais/convencao\\_unica\\_1961.pdf](http://www.idt.pt/PT/RelacoesInternacionais/Documents/ConvencoesInternacionais/convencao_unica_1961.pdf); 21.04.2011).

Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro - Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos.

Decreto-Lei n.º 365/82, de 08 de Setembro de 1982 – Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Estratégia Nacional de Luta contra Droga: Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio.

Lei n.º 30/2000 de 29 de Novembro - Regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.

Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências no médio prazo até 2012, bem como o Plano de Acção contra a Droga e as Toxicodependências no curto prazo até 2008: Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006, de 18 de Setembro.

Plano de Acção Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência no Horizonte 2004: Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2001 de 9 de Abril.

The Harrison Anti-Narcotic Act, E.U.A., 1914 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1286619/>; 29.04.2011).



## ANEXOS

## **Anexo I – Guião de entrevista semi-estruturada (investigadores)**



Universidade do Minho

### **Guião de entrevista semi-estruturada a peritos**

Esta entrevista enquadra-se na realização de um estudo sobre os comportamentos associados ao consumo de drogas. Nomeadamente sobre o impacto que a detenção de informação sanitária e as representações acerca do modelo de regulamentação português têm nos comportamentos relativos ao consumo. Este estudo é realizado no âmbito da Dissertação do Mestrado de Sociologia – Saúde e Sociedade, da Universidade do Minho.

(Nota: Neste estudo trabalhamos com a noção de substâncias psicoactivas. Falamos por isso de substâncias lícitas ou ilícitas).

#### **I**

No seu percurso, quais as populações-alvo/grupos que tem estudado? Quais as metodologias utilizadas e quais as principais conclusões a que tem chegado?

Quais as formas de Reduzir Riscos e Minimizar Danos em relação ao consumo de Substâncias Psicoactivas/drogas?

Quais considera serem os principais motivos porque as pessoas consomem/utilizam drogas?

#### **II**

##### **Detenção de informação**

Pode-nos dizer qual a sua percepção sobre o impacto da informação nos comportamentos relativos ao consumo de Substâncias Psicoactivas nos Jovens/adultos (paragens, redução de riscos)?

Com que agentes/meios as pessoas aprendem mais sobre drogas? (ex: escola, família, amigos)

Quais são aqueles que têm maior impacto?

Acha que as pessoas têm um conhecimento (científico) baixo, médio ou alto acerca das drogas? Quer especificar/diferenciar (drogas)?

Quais as substâncias mais utilizadas? Quais as primeiras a serem utilizadas? Contextos?

##### **Representações sobre a regulamentação do consumo**

O que pensa que os jovens/adultos sabem do modelo de regulamentação português?

Nomeadamente, é legal ou ilegal o consumo de drogas em Portugal? De todas as drogas? Se uma pessoa for apanhada a consumir o que lhe acontece? Que serviços ou respostas do estado existem para as pessoas que consomem drogas?

Pensa que a percepção da legalidade ou ilegalidade do consumo pode influenciar os comportamentos relativos ao consumo? De que forma?

### **Atitudes e Comportamentos**

Qual a sua percepção de como se processam as experiências nos jovens?

### **III**

Em que áreas de investigação considera ainda existir pouca informação?

Existem resultados de estudos contraditórios?

Quais as metodologias mais inovadoras utilizadas?

Que quadros teóricos e metodologias de análise recomendaria?

(Fazer breve sumário e perguntar se quer acrescentar mais alguma coisa)

Obrigada

## **Anexo II - Guião de entrevista semi-estruturada (utilizadores de drogas)**



## Guião de entrevista semi-estruturada a utilizadores de drogas

Esta entrevista enquadra-se na realização de um estudo sobre os comportamentos associados ao consumo de drogas, nomeadamente aqueles que são influenciados pela detenção de informação sanitária e pelas representações acerca do modelo de regulamentação português. É realizado no âmbito da Dissertação do Mestrado de Sociologia – Saúde e Sociedade, da Universidade do Minho. Os dados que nos vai fornecer não serão divulgados a nível individual.

### *Detenção de Informação sanitária*

- 1. Este estudo pretende avaliar a informação que as pessoas detêm sobre as drogas. Pode-nos dizer o que sabe sobre este assunto, ou seja, sobre as drogas e o consumo de drogas?**

- Noção de droga
- Tipos de drogas e principais drogas existentes
- Efeitos
- Agentes/Fontes de informação/referência
- Drogas mais consumidas actualmente
- Acesso a informação, avaliação e impacto
- Conhecimento e avaliação da Redução de Riscos e Minimização de Danos

### *Comportamentos relativos ao consumo de drogas*

- 2. Gostaria agora de lhe colocar algumas questões enquanto consumidor. Pode-me falar um pouco de si, da família onde cresceu, do seu primeiro contacto com as drogas, do seu percurso em relação ao consumo de drogas?**

- Família e meio sócio-económico/escolaridade (pais e próprio)
- Rede de sociabilidades antes de começar a consumir drogas
- Primeiro contacto com as drogas

- Percurso em relação ao consumo de drogas
- Factores que influenciaram o consumo de drogas
- Consequências do consumo/ receios
- Mudanças nos comportamentos relativos ao consumo (exemplos); causas.

*Representações acerca do modelo de regulamentação português e comportamentos*

**3. Agora gostaria de abordar a questão do sistema jurídico que enquadra o consumo de drogas. Sabe dizer-me se o consumo de drogas em Portugal é legal ou ilegal? O que sabe acerca disto?**

- Procedimentos legais
- Experiência pessoal com o sistema legal
- Avaliação pessoal do sistema
- Avaliação do impacto nos comportamentos

**Breve sumário e término**

Deseja acrescentar alguma coisa?

Obrigada, o seu contributo foi muito importante para nós.



## Anexo III – Questionário



Nº \_\_\_\_\_

Este questionário enquadra-se num estudo acerca do Impacto da Informação e das Representações nos comportamentos de consumo de drogas. Insere-se no âmbito de uma tese de mestrado em Sociologia – Saúde e Sociedade, da Universidade do Minho.

Este questionário é anónimo e não há respostas certas ou erradas. Obrigado.

(Por favor assinale com um X nos espaços  ou escreva nos espaços \_\_\_\_\_)

1. Sexo Masculino  Feminino  2. Idade \_\_\_\_\_ 3. Escolaridade \_\_\_\_\_  
4. Concelho \_\_\_\_\_ 5. Profissão \_\_\_\_\_ 6. Empregado  Desemp.   
7. Estado civil Solteiro  Casado/União Facto  Divorciado  Viúvo

8. Há quanto tempo conhece o trabalho das Equipas de Rua?

Menos de um ano  Entre um e quatro anos  Mais de cinco anos

9. Sabe o que é a Redução de Riscos e Minimização de Danos associada ao consumo de drogas?

Sim  Não

10. Que serviços existem em Portugal para as pessoas que consomem drogas?

Serviços de Prevenção  Serviços de Tratamento  Serviços de Reinserção

Serviços de Dissuasão  Serviços de Redução de Riscos e Minimização de Danos

Outros  Quais \_\_\_\_\_

11. Em Portugal o consumo de drogas é?

Legal  Crime  Descriminalizado e penalizado

legal ou crime, consoante o tipo de droga  Outro  Qual \_\_\_\_\_

12. Quem, para si, transmite informação mais credível e com mais impacto, acerca de drogas?

Pais/familiares  Amigos/colegas  Televisão/media  Profissionais da área

Outros  Quem/quais \_\_\_\_\_

13. O trabalho das Equipas de Rua já o levaram a mudar algum comportamento?

Sim  Não

Se sim, dê um exemplo \_\_\_\_\_

14. Já alguma vez parou de consumir drogas? Sim  Não

14.1 Se sim, porquê? Família  Amigos  Aumento da informação e conhecimento do riscos

Problemas judiciais  Problemas de saúde  Outros  Quais \_\_\_\_\_

16. Acha que o facto de ser ilegal consumir drogas leva as pessoas a consumir menos?

Sim  Não

Obrigado