

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº 2 • MAIO 2016

Estudo Comparado sobre a situação legal da cannabis – Estados Unidos da América, Holanda e Portugal.
António Biason

Questionário de auto-regulação no tratamento da dependência de substâncias: estudo psicométrico.
Isabel Silva, Carla Fonte, & Mariana Matos

Representações sociais das “novas e velhas drogas” e seus consumidores: Um estudo comparativo junto de jovens de meio desqualificado – Dimensão qualitativa e quantitativa.
Marcos Taipa Ribeiro

Caraterização do perfil de uma amostra de utilizadores problemáticos de drogas na cidade de Lisboa.
Isabel de Bandos; Paulo Lopes; Maria Carmona; Cláudia Pereira; Sérgio Condez; Elsa Belo; Filipa Anselmo; Diana Gautier; Adriana Curado; Pedro Magalhães; Ricardo Fuertes; Carla Fernandes; Francisco Chaves & Cláudia Cruz

Do que se percebe ao que se recebe: Avaliação do Suporte Social na Grávida Toxicodependente
Irene Flores, José Manuel Calheiros, Lúcia Gonçalves, Sandra Padrão, Maria Eduarda Matos

Crianças e jovens em acompanhamento no Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM): Caracterização de uma amostra de crianças e adolescentes acompanhados na consulta de Pedopsiquiatria
Fátima Mendes, Feliciano Guimarães, Irene Flores

adictologia

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Assinalemos com agrado e entusiasmo o nascimento desta nova revista que permitirá o incremento comunicacional entre os profissionais e os demais interessados no domínio do conhecimento da “adictologia”.

Os corpos gerentes da APPED tomaram a decisão desta iniciativa criadora para afirmação do conceito de “adictologia” já que este permite uma extensão compreensiva do ponto de vista científico. Pretende-se assim fomentar valor do saber que se sobreleve às antigas noções, sobretudo narrativas, de dependência.

Neste âmbito, serão bem-vindos todos os contributos que contribuam para a informação e formação dos leitores e fundamentalmente criem novidade. Todos nós beneficiaremos com as experiências de outros e esse benefício traduzir-se-á no estabelecimento de vínculos pessoais e profissionais bem necessários às nossas vidas.

Fundar uma revista, qualquer que ela seja, e mantê-la viva e atuante é sempre um empreendimento esforçado fruto de muitos voluntarismos, mas também de fantasias e imaginação. O seu futuro dependerá do trabalho de quem a edita e de quem nela colaborar. Todos ditarão o seu caminho. Para já, creio que começamos bem.

A Direção

07 Editorial
Nuno Miguel

08 Estudo Comparado sobre a situação legal da cannabis –
Estados Unidos da América, Holanda e Portugal.
António Biason

24 Questionário de auto-regulação no tratamento da
dependência de substâncias: estudo psicométrico.
Isabel Silva, Carla Fonte, & Mariana Matos

34 Representações sociais das “novas e velhas drogas” e seus consumidores:
Um estudo comparativo junto de jovens de meio desqualificado –
Dimensão qualitativa e quantitativa.
Marcos Taipa Ribeiro

46 Caraterização do perfil de uma amostra
de utilizadores problemáticos de drogas na cidade de Lisboa.
Isabel de Bandos; Paulo Lopes; Maria Carmona; Cláudia Pereira; Sérgio Condez;
Elsa Belo; Filipa Anselmo; Diana Gautier; Adriana Curado; Pedro Magalhães;
Ricardo Fuertes; Carla Fernandes; Francisco Chaves & Cláudia Cruz

60 Do que se percebe ao que se recebe:
Avaliação do Suporte Social na Grávida Toxicodependente
Irene Flores, José Manuel Calheiros, Lúcia Gonçalves,
Sandra Padrão, Maria Eduarda Matos

68 Crianças e jovens em acompanhamento no
Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM):
Caracterização de uma amostra de crianças e adolescentes
acompanhados na consulta de Pedopsiquiatria
Fátima Mendes, Feliciano Guimarães, Irene Flores

nº2 • MAIO • 2016

adictologia

EDITORIAL QUEM SOMOS? NUNO MIGUEL

Quem somos nós, os que nos reconhecemos na adictologia? Um conjunto de técnicos que ao longo dos anos foram descobrindo um conjunto de ideias que norteiam a sua prática. A ideia de que o consumo não é um crime. A ideia de que a toxicodependência é uma doença. A ideia da diversidade dos toxicodependentes. A ideia de que há em todos ou em alguns toxicodependentes uma doença, uma fragilidade prévia aos consumos. A ideia de que o tratamento da toxicodependência é um percurso longo. A ideia de que esse percurso passa, frequentemente, por diversos instrumentos terapêuticos, envolvendo profissionais com diferentes formações. A ideia de que o tratamento da toxicodependência é uma transformação pessoal. A ideia de que a toxicodependência é uma doença do desejo e do prazer. A ideia de que há explicações neurobiológicas hoje para o funcionamento que a clínica nos permitiu descobrir antecipadamente. A ideia de que o alcoolismo partilha mecanismos da toxicodependência. A ideia de que a toxicodependência e o alcoolismo são

semelhantes a outras dependências sem substância. A ideia de que o nome adicção representa melhor esta situação de doença. A ideia de que o tratamento não pode constituir a única resposta social e sanitária. A ideia de que o acolhimento e o aceitar tentar responder às necessidades realmente sentidas pelos dependentes ou adictos é uma obrigação social. A ideia de que proteger sanitariamente e socialmente os que não têm desejo ou capacidade de parar os seus consumos é uma obrigação social. A ideia de que o desejo de mudar não pode ser imposto, mas pode ser ajudado. A ideia de que não há caminhos formatados para ninguém. A ideia de que a dependência ou adicção pode estar associada a outras doenças que têm que ser tidas em conta. A ideia de que foi a criação de um serviço vertical no Ministério da Saúde que tornou possíveis as reflexões, os debates, as confrontações, as aprendizagens, as globalizações, as investigações que permitiram construir uma estratégia internacionalmente aplaudida. Seremos capazes de tornar Adictologia um instrumento ao serviço destas ideias?

ESTUDO COMPARADO SOBRE A SITUAÇÃO LEGAL DA CANNABIS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA, HOLANDA E PORTUGAL

ANTÔNIO BIASON

Unidade Curricular de Direito Comparado
Mestrado em Direito Internacional e Europeu
Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa comparar a situação legal da cannabis no ordenamento jurídico português, holandês e norte-americano. A escolha destes ordenamentos recai na particularidade de como cada um deles encara a questão do consumo, venda, tráfico e cultivo desta planta com efeitos psicotrópicos por parte dos seus cidadãos, passando por diversos graus de restrição: desde o “essencialmente legal” no caso da Holanda, à descriminalização no caso português, e à completa ilegalidade, ainda que com importantes exceções, a nível federal nos Estados Unidos da América. Neste sentido, elabora-se uma apreciação de dois sistemas – o holandês e o norte-americano – onde o eventual processo de legalização ou descriminalização está a deparar-se com entraves *sui generis*, e um sistema – o português – onde a presente descriminalização está a ter sucessos consideráveis e virtualmente virtualmente pouca, ou mesmo nenhuma, oposição. Este trabalho irá incidir principalmente nas matérias legislativas ainda em vigência de modo a condensar o assunto, mas é igualmente relevante referir o contexto geral onde se insere a aplicação legislativa e respetiva jurisprudência, para posteriormente poder analisar o “direito vivo” de cada um destes ordenamentos jurídicos e examinar as pretendidas semelhanças e diferenças.

CANNABIS NA AGENDA POLÍTICA E JURÍDICA INTERNACIONAL

Um dos primeiros passos em direção à proibição e controlo internacional de drogas deu-se em 1909, quando os Estados Unidos da América (EUA) convidaram treze países – entre os quais Portugal e Holanda – para se reunirem em Shanghai, China, para discutir de que modo limitar a proliferação de narcóticos, principalmente do ópio na Ásia. Contudo, de forma a garantir um estatuto apenas consultivo à reunião, moldou-se a Comissão Internacional do Ópio, que se focava na partilha de informação e no fornecimento de uma visão global do aumento da produção, tráfico e consumo do ópio. Foi sob a égide das disposições e recomendações introduzidas por esta Comissão que foi estipulada a Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia em 1912, com entrada em vigor em 1919 e posteriormente revista em 1925, representando esta oficialmente o primeiro tratado internacional de controlo de drogas baseado no proibicionismo (SICAD1, 2015). Foi criada a Permanent Central Board, instituição que montou o primeiro quadro internacional de controlo de narcóticos. Para além da proibição da exportação de ópio para países onde a importação seria ilegal, como está esclarecido no Capítulo I e II dessa mesma Convenção, a Grã-Bretanha sugeriu que drogas manufaturadas como a cocaína, a heroína e a morfina fossem igualmente restringidas. Esta recomendação visava diluir o impacto que a Alemanha, o maior exportador dessas substâncias de então, tinha no mercado internacional. De facto, a recomendação da Grã-Bretanha entrou como previsto no Capítulo III; mas, por insistência da Alemanha, os artigos constituintes foram redigidos com uma linguagem vaga que, por exemplo, permitia aos governos “empregar os seus melhores esforços” para decretar as disposições da Convenção, conforme estipulado no art. 10.º (McAllister, 2002). É de notar que, portanto, estas políticas proibicionistas fundamentavam-se tanto na questão moral do uso de drogas, como a nível da proteção de interesses económicos de controlo de mercado.

A ratificação generalizada dos sucessivos tratados internacionais sobre esta matéria levou “à tomada de consciência de que o consumo de drogas [constituiria] um grave problema para o indivíduo e um perigo social e económico para a humanidade” (Dias, 2010). Nesse sentido, no período entre 1912 até 1995, o aumento do número de drogas e substâncias (naturais ou sintéticas) sob controlo internacional é visível através do estudo do Anexo 1. Efetivamente, a partir de 1946, as Nações Unidas coordenaram a evolução do sistema internacional de controlo de drogas, tendo como base a tríade de Convenções das Nações Unidas sobre Drogas (1961, 1971, e 1988) que se apoiam e complementam mutuamente e que atualmente contam com cerca de 180 partes signatárias.

A Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, emendada pelo Protocolo de 1972, foi mais do que uma síntese dos instrumentos internacionais legais que já tinham sido

impostos entre 1909 e 1953; através da introdução de novas medidas e expansão do controlo, esta Convenção não só visava enfraquecer a disponibilização de drogas produzidas legalmente para o mercado negro, como também incentivava as partes contratantes a desenvolver legislação progressivamente mais punitiva e dissuasora. Para além disso, fortaleceu o sistema universal que regula o cultivo, produção, manufatura, exportação, importação, distribuição, preparação, comércio, transporte, uso e posse de substâncias narcóticas previamente estabelecidas, e aumenta o espectro de controlo para a folha de coca (art. 26.º) e para todos os extratos da cannabis (marijuana, haxixe e óleo da cannabis) (art. 28.º). A Convenção Única colocou as diversas substâncias numa de quatro categorias (I-IV), baseando-se no grau de controlo pretendido – uma característica comum aos ordenamentos jurídicos que iremos analisar. As categorias I e IV eram as mais severamente controladas e abrangiam principalmente matérias-primas orgânicas (ópio, cocaína, cannabis), enquanto as categorias II e III eram menos rígidas e abrangiam apenas certas drogas sintéticas. Após insistência dos EUA, a cannabis foi colocado na categoria IV (como a heroína) com base no argumento de que era a droga que suscitava mais abuso a nível internacional (Senate Special Committee on Illegal Drugs, 2002, p. 454). Vários dos artigos expostos nas Convenções das Nações Unidas de 1961, 1971 e 1988 salientam nas suas disposições introduções que limitam o alcance das Convenções, convenientemente permitindo às partes signatárias algum espaço de manobra. Temos como exemplo o art. 36.º da Convenção de 1961, que declara que, “sujeitos aos seus princípios constitucionais e aos conceitos básicos do seu sistema legal”, os Estados membros devem “adotar medidas que garantam que a posse de drogas contrária às disposições em vigor nesta Convenção seja ofensa punível quando cometida intencionalmente”, sugerindo a implementação de uma política internacional comum que, ainda assim, tenha em consideração o Direito interno.

As décadas de 1960 e 70 caracterizaram-se pelo aumento do consumo de drogas recreativas nos países desenvolvidos do mundo Ocidental. É particularmente notável o aumento do consumo por jovens de drogas estimulantes e alucinogénias recentemente inventadas, como o LSD, sendo este criminalizado nos EUA a nível federal apenas em 1967, de modo a preencher o vácuo legal que existia sobre o abuso deste tipo de drogas até à data. Porém, apesar dos governos soberanos acreditarem ter a capacidade de controlar a sua situação interna, o aumento constante da utilização de drogas sintéticas obrigou à Assembleia Geral das Nações Unidas declarar que era necessário as autoridades competentes darem “atenção urgente ao problema do abuso de substâncias psicotrópicas que ainda não estejam sob controlo internacional, incluindo a possibilidade de colocar tais substâncias sob controlo internacional” (UNODC, 1968). Desta forma, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 foi resultado do

crescimento exponencial da preocupação generalizada sobre os efeitos nocivos das drogas, conjugando novas restrições para drogas sintéticas (incluindo sedativos, anfetaminas e alucinogénios) e reforçando a necessidade descrita no art. 36.º da Convenção de 1961 através do art. 22.º. Por sua vez, os princípios ativos da cannabis, principalmente o tetrahydrocannabinol (THC) e o dronabinol (delta-9-THC), são considerados, respetivamente, substâncias psicotrópicas de classe I e II, ou seja, as mais graves (EMCDDA2, 2012).

Finalmente, a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, para além de prever a acessibilidade ao uso médico ou estudo científico de determinadas drogas, representa o momento fulcral quando a “Guerra contra as Drogas” se torna uma prioridade para os governos signatários dos tratados internacionais sobre o controlo de drogas, e, portanto, merece uma maior reflexão (UNODC, 2015).

No início da década de oitenta, tanto a Comissão dos Estupefacientes das Nações Unidas como o Conselho Internacional de Controlo de Estupefacientes (INCB) alertaram que “o flagelo de abuso de drogas” tinha atingido “proporções epidémicas em muitas partes do mundo” (United Nations, 1988, p. 1). Como refere o Preâmbulo da Convenção de 1988, a rede criminosa moderna, e especialmente o narcotráfico, é tipicamente “internacional na sua natureza” e “transcende fronteiras nacionais”, o que deixa os membros da comunidade internacional conscientes da sua fragilidade e falta de eficácia no controlo se este for isolado (Gurule, 1998, p. 74). Considerando a magnitude e tendência crescente da produção e tráfico ilícitos, e convencida que esta tendência só poderia ser invertida através de ações multilaterais e cooperação intergovernamental, a comunidade internacional uniu-se para preparar um novo tratado internacional com o intuito de eliminar a problemática da droga pela “raiz” (Gurule, 1998, pp. 79-81). Assim, a Convenção de 1988 não só visa por em prática as diretivas de controlo de drogas e a coordenação de estratégias dentro da estrutura jurídica exposta nas Convenções de 1961 e 1971, como também fornecer novos mecanismos legais, mais agressivos, contra o tráfico ilícito, tais como a cooperação internacional e assistência para estados de trânsito (art. 4.º, n.os 1 e 2), apreensão de bens (art. 5.º), extradição (art. 6.º, n.º 1), assistência legal mútua (art. 7.º, n.º 1), transmissão de processos penais e branqueamento de capitais provenientes de tráfico ilícito. Porém, à medida que as Convenções anteriores e a maior parte da Convenção de 1988 (incluindo o art. 3.º, n.º 1, al. (a), subalínea (iii)) se focavam principalmente no fornecimento e tráfico ilícito das drogas (e.g. produtores e traficantes), o parágrafo 2 do art. 3.º da Convenção de 1988 introduz a temática da criminalização do consumidor. O art. 3.º, n.º 2, exige que as partes signatárias da Convenção constituam na sua legislação interna como crime punível a posse e o consumo de drogas para consumo pessoal, de modo a, segundo o Preâmbulo,

“privar a todos aqueles que se envolverem em tráfico ilícito das receitas das suas atividades criminosas, e assim eliminar o seu principal incentivo”.¹ Consequentemente, a partir da eventual ratificação, não seria somente dever dos países produtores (como os países em desenvolvimento da Ásia e América do Sul) suprimir o fornecimento ilícito, como será também dever dos países consumidores (países industrializados da Europa e da América do Norte) punir a posse ou uso de drogas (Bewley-Taylor & Fazey, 2003, p. 28).² A União Europeia e os seus Estados-Membros transpuseram os preceitos redigidos pelas NU em relação ao controlo administrativo e penal da cannabis, tendo em conta que a sua aplicação depende das circunstâncias regionais e locais (International Drug Policy Consortium, 2015). Ainda assim, é interessante analisar que os diversos ordenamentos jurídicos constroem um mapa legal relativamente heterogéneo, na medida em que se utilizam medidas alternativas aos processos criminais punitivos para os casos de consumo e posse de pequenas quantidades de cannabis para uso pessoal (EMCDDA7, 2012).

3. HISTÓRIA E EVOLUÇÃO LEGISLATIVA DA (DES)CRIMINALIZAÇÃO DA CANNABIS

Tendo em conta as ramificações na legislação doméstica resultantes da adoção dos tratados internacionais anteriormente referidos, da coletividade de possíveis países a investigar, os ordenamentos jurídicos português, holandês e norte-americano sugerem uma análise particularmente interessante, não só pelo contraste com a ideologia política repressiva presente nestes tratados internacionais, como também pela mudança de opiniões sobre o tema das drogas “leves” ao longo dos anos. Observa-se que, inicialmente, as recomendações e disposições redigidas pelas Convenções das Nações Unidas estabeleceram claramente o caminho legislativo internacional em matéria de drogas. Contudo, com o passar dos anos, Portugal e Holanda levaram em consideração políticas ambiciosas que surgiram no ambiente nacional e apresentaram alternativas às recomendações internacionais, enquanto os EUA, cuja posição política influenciou o próprio desenrolar das Convenções, revela uma vertente muito restritiva a nível das leis federais. Desta forma, uma das principais diferenças encontra-se na forma como cada governo avaliou as recomendações das Comissões de trabalho nacionais sobre estas matérias.

¹ Ainda que o Preâmbulo não seja vinculativo, mantem reconhecido interesse e importância legal de acordo com o art. 31.º da Convenção de Viena sobre a Lei dos Tratados, sendo um elemento a ter em consideração para efeitos de interpretação (United Nations, 1988, p. 12).

² Dez anos após a Convenção de 1988, Gurule determina que um número substancial de signatários não agiu de acordo com os deveres impostos pela mesma, incluindo os EUA, tanto na implementação de legislação nacional em matéria de luta contra o branqueamento de capitais, como na aplicação de tratados de assistência jurídica mútua e confisco de bens (Gurule, 1998, pp. 85 - 97; 120).

Cabe analisar, em primeiro lugar, a evolução legislativa sobre drogas presente em cada um destes ordenamentos jurídicos, e só depois avaliar o papel que a cannabis em particular ocupa em cada ordenamento jurídico.

3.1 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Estipulada como legislação nacional, de acordo com a Convenção Única de 1961 e posteriormente com a Convenção de 1971, e construída de forma a “permitir que os Estados Unidos cumpram todas as suas obrigações”, a Controlled Substances Act (CSA) de 1970 (U.S.C. 21, Capítulo 13, § 801 et seq) representa o núcleo da fonte de direito federal dos EUA no combate contra o abuso de drogas e outras substâncias. A CSA é o Título II da Comprehensive Drug Abuse Prevention and Control Act (CDAPCA) de 1970, em que, aproveitando o procedimento de categorização das substâncias a controlar utilizado nos tratados internacionais, consolida numerosas leis na regulação da manufatura, importação, posse, uso e distribuição de narcóticos, estimulantes, depressivos, alucinogénios, esteroides anabólicos e componentes químicos utilizados na produção ilícita de substâncias. Estas encontram-se organizadas em cinco schedules ou categorias (I – V), sendo “I” a mais grave e única cuja substância não pode ser prescrita por um médico. A adição, eliminação ou mudança de categoria de qualquer substância pode ser requisitada pelo U.S. Drug Enforcement Agency (DEA), pelo U.S. Food and Drug Administration (FDA), através de petição à DEA por qualquer parte interessada, ou por eventual emenda à CSA pelo Congresso.

Segundo a Parte B da CSA, § 811 e § 812, a classificação de uma determinada substância depende (1) do potencial para uso abusivo, (2) da existência de provas fiáveis para tratamentos médicos atualmente aceites nos EUA, e (3) da exigência de não entrar em conflito com tratados internacionais. De acordo com o CSA, a cannabis – em todas as suas formas – é categorizada como Categoria I. Isto significa que, segundo o §812(b), a cannabis é uma substância com “alto potencial para o abuso, nenhum fim medicinal, e com níveis de segurança insuficientes para consumir sob supervisão médica”. Logo, todo e qualquer tipo de estudo científico sobre a substância é estritamente ilegal e representa crime federal, situação que dificulta o acesso à compreensão das suas propriedades.

A classificação da cannabis na Categoria I manifesta ser deliberada e exageradamente opressiva. Primeiramente, como consta na Parte F da CSA, a Commission on Marijuana and Drug Abuse foi criada de modo a conduzir um estudo aprofundado sobre a cannabis nos EUA, passando pela investigação quanto à “(A) extensão do uso da cannabis nos EUA (...); (B) avaliação da eficácia das leis da cannabis existentes; (C) estudo dos efeitos farmacológicos a curto e longo prazo, tanto fisiologicamente como psicologicamente;

(D) relação entre uso da cannabis e comportamentos violentos e crime; (E) relação entre cannabis e outras drogas; e (F) controlo internacional da cannabis”. Até este relatório ser publicado, o Assistant Secretary of Health Roger O. Egeberg recomendava que a cannabis permanecesse na Categoria I, de modo a ir ao encontro com a CSA § 811 (h), que garante um estatuto temporário a uma determinada substância até novas instruções por parte do Procurador Geral. O Presidente Richard Nixon nomeou a maior parte dos comissários, incluindo o antigo governador Republicano da Pennsylvania, Raymond P. Shafer, como presidente da Comissão.

A 22 de março de 1972, e considerando que este continua a ser o mais abrangente estudo federal em matéria de cannabis atualmente disponível, Shafer apresentou o relatório “Marihuana, a Signal of Misunderstanding”. O relatório conclui que a cannabis não deveria permanecer na Categoria I, pois “o potencial relativo da cannabis para danificar a vasta maioria de consumidores individuais e o seu impacto real na sociedade não justifica uma política social concebida para perseguir e firmemente punir aqueles que o usam” (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, Março 1972, p. 130). Adicionalmente, a Comissão Shafer recomenda que a “posse de marijuana para uso pessoal não seja mais uma ofensa” e que a “distribuição casual de pequenas quantidades de marijuana, por pouca ou nenhuma renumeração, não seja ofensa”, favorecendo deste modo a descriminalização (p. 152). As conclusões deste relatório são regularmente utilizadas por defensores da reclassificação ou legalização da cannabis.

Contudo, o Presidente Nixon não implementou as recomendações colocadas pela Comissão que ele próprio formara. De facto, através das escutas divulgadas pelo escândalo Watergate (disponíveis em www.csdp.org), verifica-se a forte oposição de Nixon em relação à cannabis e às potenciais conclusões da Comissão. No dia 9 de setembro de 1971 - enquanto as investigações da Comissão ainda se encontravam em curso - Nixon convidou Shafer para discutir o progresso do relatório e relembra ao governador que:

You’re enough of a ‘pro’ to know that for you to come out with something that would run counter to what the Congress feels and what the country feels, and what we’re planning to do, would make your commission just look bad as hell. (CSDP Research Report, March 2002, p. 2)

Fica, portanto, aparentemente claro que Nixon utilizou a sua posição e influência para determinar o desfecho da questão da cannabis nos EUA, e possivelmente de muitos outros ordenamentos jurídicos (Weingarten, 2002). Pouco depois, Nixon anunciou que “uma guerra em todas as frentes” contra as drogas seria necessária, o que resultou com que o número de detenções relacionadas com cannabis crescesse exponencialmente até aos dias de hoje (ibid., p. 1)

Note-se que, a nível estadual nos EUA, a situação é particularmente diferente. Com efeito, não obstante a proibição federal, até dezembro de 2015, 23 estados e Washington D.C. legalizaram a cannabis para fins medicinais, permitindo pacientes autorizados a consumir cannabis sem prossecução por parte da lei estadual. Os estados do Alasca, Colorado, Oregon e Washington legalizaram tanto o seu uso recreativo como medicinal, enquanto alguns outros estados com-prometeram-se à descriminalização. A posse de cannabis continua a ser uma ofensa a nível federal – portanto, a lei federal aplica-se a todas os delitos cometidos em propriedade federal, que inclui todos os parques nacionais, propriedade militar, e território sob controlo federal (NORML, 2015). Contudo, apesar de saber que analisar a situação jurídica da cannabis em cada um dos cinquenta estados mereceria um estudo por si só, é relevante investigar a divergência jurídica resultante da legalização da cannabis e dos limites do poder federal em regular estados. Para David S. Schwartz, Professor na Faculdade de Direito da Universidade de Wisconsin (EUA), o conflito entre a legalização estadual da cannabis e a proibição federal corresponde a uma das mais proeminentes “crises do federalismo” americano, onde o papel que as autoridades competentes devem tomar permanece pouco claro se se encontra sob lei federal ou estadual (Schwartz, 2013, p. 567). Desta forma, o autor identifica as duas principais doutrinas federais que os EUA poderiam aplicar, e conclui que estas não satisfazem uma questão básica da detenção/apreensão: se um agente estadual se depara com um indivíduo na posse de cannabis, mas que se encontra em conformidade com a lei estadual devido à sua legalização ou descriminalização, de que forma deverá proceder o agente? Por um lado, Schwartz começa por investigar até que ponto os oficiais dos governos estaduais devem conformar-se às leis federais. A doutrina anti-commandering introduzida pela Décima Emenda determina que o governo federal não pode forçar estados ou governos locais a agir contra a sua vontade, como ficou estabelecido em New York v. United States e Printz v. United States.³ Portanto, poder-se-ia afirmar que os estados têm um certo espaço de manobra em relação à legislação federal que é aplicada no território estadual. Por outro lado, no âmbito desta mesma doutrina, fica também esclarecido que a lei estadual deve submeter-se às “disposições legislativas geralmente aplicáveis” da lei federal; como esta é uma condição integrante da CSA, esta deve sobrepor-se à lei estadual (ibid., 571). De seguida, Schwartz analisa a doutrina explicitada pela Supremacy Clause, designada por preempção da lei federal, que atesta que a lei federal “deve ser a lei suprema do país” (Artigo VI, parágrafo 2 da Constituição dos EUA). Assim, parece relativamente plausível que as autoridades devam, de facto, deter aqueles que cometem crimes na perspetiva federal sobre a cannabis. Porém, Schwartz considera estas

3 New York v. United States, 505 U.S. 144 (1992); Printz v. United States, 521 U.S. 898 (1997).

doutrinas demasiado vagas, expondo a fraca sustentação e consistência da consequente resolução: será inadmissibilidade de commanding, aplicação geral permissível, ou preempção permissível que sujeita os agentes a obedecer à criminalização federal imposta pelo Congresso (ibid., 572)? Schwartz refere também que seria de esperar que os tribunais se focassem principalmente na resolução e clarificação desta “crise do federalismo” de acordo com princípios mais altos, em vez de meramente preferir políticas que mantenham a cannabis ilegal a nível nacional; assim, de modo a resolver esta contradição, Schwartz sugere um meio termo: uma anti-commandeering clear statement rule rigorosa serviria como linha diretriz que permitiria aos tribunais uma interpretação legislativa que não visasse gerar consequências em particular, a não ser que o intuito de as gerar fosse expressamente e inequivocamente previsto no estatuto (ibid.). Deste modo, a solução de Schwartz responde à questão inicial de detenção/apreensão esclarecendo que o oficial estadual não deve proceder de acordo com as leis federais e deter o indivíduo ou apreender a cannabis pois tal obrigação não está explicitamente mencionada na CSA; a sua única obrigação seria não obstruir os agentes federais (ibid. 573-574).

3.2 HOLANDA

Com base na Convenção Internacional do Ópio de 1912, a Holanda redigiu em 1919 a sua Lei do Ópio (Opiumwet na língua original), e uma nova lei em 1928, que se tornou na principal fonte de direito neerlandesa sobre controlo de drogas. A Lei do Ópio (1928) define as atividades relacionadas com drogas ilegais, e as devidas sanções a aplicar (direito penal). São igualmente relevantes a Opium Act Decision e o Regulamento da Lei do Ópio, sendo estas respetivamente emitidas por Decreto-Real e como linhas de orientação para os Serviços do Ministério Público. Naturalmente, com o passar dos anos, a Lei do Ópio veio a sofrer modificações significativas, principalmente em relação ao tráfico e à produção ilícita, mas mantém-se, alegadamente, em conformidade com as provisões de todos os acordos internacionais, bilaterais e multilaterais que assinou, incluindo as Convenções das Nações Unidas de 1961, 1971 e 1988 (Reitox National Focal Point, 2015, p. 18).⁴ No caso da cannabis, ainda que a sua importação ou exportação já fosse ilegal desde 1928, a sua posse, consumo ou produção, sem autorização prévia para fins medicinais ou científicos tornou-se punível a partir de 1953. Porém, num ambiente de forte contestação popular contra esta proibição, e caracterizado por movimentos de paz e consumo alargado de drogas, o governo holandês começou a tomar uma posição mais relaxada quanto às drogas (Dolin, 2001).

Com o fim de “investigar as causas do aumento do uso das

4 Salvo algumas reservas na Convenção de 1988.

drogas, [...] confrontar o uso irresponsável, e [...] propor um sistema de tratamento para aqueles que desenvolvem dependência” para com essas drogas, foi convocada a Working Party on Drugs (posteriormente conhecida como Baan Commission) cujas recomendações vieram a determinar o curso da política nacional sobre drogas, e a consequente descriminalização da cannabis (Cohen, 1996). Assim, a revisão da Lei do Ópio em 1976 é fundamental na política nacional sobre esta matéria, pois distingue drogas “pesadas”, que apresentam riscos inaceitáveis (Classe I), das drogas consideradas “leves”, geralmente derivados da cannabis (Classe II). Porém, existe uma proposta ainda pendente desde 2011 a recomendar que cannabis com mais de 15% de THC seja colocado na Classe I. Para classificar uma determinada substância, o legislador pode apoiar-se num decreto governamental (algemene maatregel van bestuur), ou num processo de emergência propulsionado pelo Ministro da Saúde (Reitox National Focal Point, 2015, p. 18). Os principais recursos do ordenamento jurídico holandês foram delineados pela Baan Commission, patrocinando o conceito de harm reduction ou redução de danos, i.e. promovendo a minimização de riscos provocados pelo uso de drogas, em vez de criminalizar todas as drogas (Dolin, 2001). Logo, a prioridade encontra-se na proteção da saúde e ordem pública, e no combate à criminalidade associada às drogas (Reitox National Focal Point, 2015, p. 17). Grapendaal et al. identificam os principais elementos da política nacional que foram definidos pelo debate parlamentar de 1976 e que ainda se encontram em vigor: Prevenção ou redução dos riscos sociais e individuais causados pelo consumo de drogas; Existência de uma relação racional entre esses riscos e as medidas utilizadas; Abrangência das medidas a utilizar, de forma a ter em conta os riscos do consumo de drogas recreativas legais e medicinais; Medidas repressivas contra o tráfico de drogas (excluindo a cannabis) como prioridade; A inadequação do direito penal sobre quaisquer outros aspetos da problemática das drogas, excetuando tráfico ilícito. (Solvinge, 1999, p. 1)

Desta forma, pratica-se uma política de “normalização” – o Estado holandês procura obter ‘controlo social’ através da despolarização e integração de comportamentos anormais, em vez de isolamento, dissuasão e punição, sendo este último modelo típico do ordenamento jurídico penal dos Estados Unidos. O caso holandês é único na medida em que aplica um sistema regulador especificamente para o mercado de drogas leves (haxixe e marijuana) (Sappens 2013, 3). Como esclarece Dolin, através da classificação de drogas de acordo com os potenciais riscos e por apostar na separação desses mercados, o objetivo é afastar aqueles que procuram adquirir “drogas leves” de entrar em contacto com os consumidores de “drogas pesadas” (Dolin, 2001).

Contudo, o que porventura é mais curioso na política holandesa em matéria de drogas, é a “política de tolerância” em relação à cannabis – pois segundo o art. 3.º–C da Lei do Ópio, continua a ser ilegal. A “política de tolerância” não está prevista na Lei do Ópio, mas sim no Regulamento da Lei do Ópio, sendo este o documento que se refere à deteção e prossecução dos crimes designados pela Lei do Ópio; no parágrafo 2.2, o Regulamento especifica que a base da política de tolerância deve-se ao “equilíbrio de interesses onde a importância de aplicar a lei depende de um interesse público identificável”, podendo o Ministério Público decidir exercer poderes discricionários com completa autonomia e autoridade (“princípio discricionário” - opportunitéisbegin-sel) (EMCDDA4, 2012). Para além do mais, o Regulamento da Lei do Ópio atenta aos aspetos administrativos e criminais da “política de tolerância” em relação às coffee shops e à prossecução daqueles que preparam (por exemplo, através do cultivo profissional) substâncias que pertençam à Classe II. Por sua vez, a Directive for Prosecution of the Opium Act (softdrugs) tabela questões penais que possam advir destas “drogas leves”, como a posse, transporte e tráfico, cultivo, exportação e importação.⁵ Efetivamente, segundo a Diretiva, a posse, o transporte, venda e/ou importação de até 5 gramas de cannabis é tolerado, tendo em conta os interesses de saúde pública (separação dos mercados) e ordem pública.

3.3 PORTUGAL

Tal como a Holanda, Portugal transpôs para o direito interno as recomendações da Convenção Internacional do Ópio de 1912, publicando o Decreto-Lei n.º 12 210, de 24 de agosto de 1926. Durante quase 40 anos não houve qualquer legislação sobre drogas, até que, na década de 1970, Portugal deparou-se com uma expansão acentuada do consumo de drogas, de tal forma que a toxicodependência se tornou num problema de saúde pública. Assim, e em conjugação com a política internacional “tolerância zero contra as drogas” promovida pelos Estados Unidos, Portugal aprovou o Decreto-Lei n.º 420/70 que regula a produção, tráfico e uso de drogas. Este DL definiu o conceito legal de “produtos estupefacientes” e, a partir daí, foi formulada uma lista de substâncias a controlar (incluindo cannabis, heroína, cocaína e LSD), penalizando a posse de drogas com até dois anos de prisão ou uma coima de 5.000 a 50.000 PTE (EUR 25 a 250) (EMCDDA6, 2011, p. 10). Como refere o preâmbulo do mesmo, “têm-se na verdade presentes os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos e a sua não rara interpenetração com fenómenos de delinquência”. Note-se que, desde 1970, a evolução legislativa portuguesa **em matéria de drogas** “assume expressão e identidade pelas

5 Na língua original, “Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, softdrugs”.

diferentes posições políticas, expectativas sociais, dispositivos legais e estratégias concebidas ao longo do tempo” (Dias, 2010, p. 2). Com a promulgação do Decreto-Lei n.º 430/83, criaram-se diversas entidades envolvidas numa perspetiva clínico-policial, de tal forma que o consumidor não era somente “criminoso” como também passara a ser “doente”. Em 1993, entrou em vigor a Lei da Droga prevista pelo Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, que revê a “legislação do combate à droga”, e dita a regulamentação em “matéria de controlo, uso e tráfico de estupefacientes, [e] substâncias psicotrópicas” de acordo com a Convenção das Nações Unidas de 1988, estando sujeitas a controlo a folha, resina, óleo e sementes da cannabis. Consta num anexo desse mesmo DL n.º 15/93 a classificação em seis tabelas (I a VI) das substâncias controladas, estabelecendo uma clara distinção entre crimes de tráfico e crimes de uso com os respetivos incrementos nos impactos penais. A legislação nacional em matéria de drogas alterou-se substancialmente com a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. O ordenamento jurídico português tornou-se pioneiro na forma como introduziu um “regime de descriminalização do consumo e posse relativamente ao consumo de todas as drogas ilícitas”, bem como na definição da necessidade de garantir “proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica” (EMCDDA1, 2012). Efetivamente, esta mudança deveu-se ao profundo problema de drogas que Portugal estava a atravessar na década de 1980 e 90. Para além de uma crescente marginalização dos toxicodependentes, que estudos indicam ter atingido 1% da população portuguesa (100.000 pessoas), a incidência de doenças contraídas relacionadas com drogas disparou, tornando-se numa das piores taxas quando comparada com as do resto da Europa (Hughes & Stevens, 2010, p. 1001). Para além disso, existia um crescente consenso entre as autoridades de que o sistema de prossecução não era eficaz, criando uma vontade de analisar alternativas (Trigueiros, Vitória, & Dias, 2010, p. 29). Neste contexto, foi formada em 1998 a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga, apontada pelo governo com o objetivo explícito de fornecer um estudo compreensivo e factual sobre a situação portuguesa nesta matéria. Como principais conclusões, a Comissão identificou a qualificação de toxicodependência como doença, a criação de uma rede de redução de danos (semelhante à Holanda), e a expansão de estruturas de tratamento para a toxicodependência (ibid., p. 30). Previsto no art. 2.º da Lei n.º 30/2000, o legislador refere que “o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações (...) constituem contra-ordenação”. De facto, a descriminalização de uma substância não se equipara à despenalização. Contudo, seguindo todas as recomendações expressas pela Comissão, o segundo parágrafo indica que as substâncias “não poderão exceder a quantidade necessária para o consumo médio individual durante o período de 10 dias”. A cannabis é

referido na Tabela I-C, do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro que remete para a Portaria n.º 94/96 (art. 9.º) de 26 de março. Analisando o “Mapa a que se refere o n.º 9” (Anexo 1), seria considerado uma contra-ordenação, assumindo que seja para consumo pessoal, o equivalente a 2,5g x 10 dias = 25 gramas de cannabis (em forma de folha/flor). Acima desta quantidade e aliado a outros indícios, a probabilidade de ser considerado crime por tráfico de estupefacientes aumenta.

4. SANÇÕES: POSSE

Na comparação das sanções entre as diversas ordens jurídicas, o direito português apresenta-se como sendo o mais abrangente, progressivo e em conformidade com o estipulado pelos tratados internacionais. Para começar, um instrumento de extrema importância na qualidade sancionatória do ordenamento jurídico português é a existência de Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), sediadas nas capitais de distrito, centradas “nos princípios da deteção e intervenção precoce, da motivação para a mudança de comportamentos e no tratamento da dependência, [atuando] no sentido da aproximação dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas aos sistemas de saúde” (SICAD3, 2015). O Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril, veio estabelecer “a organização, o processo e o regime de funcionamento da comissão para a dissuasão da toxicodependência”, referido no n.º 1 do art. 5.º da Lei n.º 30/2000. O art. 15.º da Lei n.º 30/2000, que revê as sanções aplicáveis, diferencia consumidores “não toxicodependentes” de “toxicodependentes” devido à natureza intrinsecamente distinta entre os dois – um consome drogas de forma ‘ocasional’, enquanto o outro depende da droga, sendo este um consumidor ‘regular’ ou mesmo ‘compulsivo’. Dentro do sistema holandês esta diferenciação está parcialmente prevista em termos de tratamento, enquanto que o sistema americano despreza tal característica na aplicação das sanções. Para determinar se um consumidor é, de facto, toxicodependente, o legislador português deve considerar o art. 10.º da Lei n.º 30/2000, que emite um “juízo sobre a natureza e circunstâncias do consumo”, podendo a comissão solicitar ou propor a realização de “exames médicos adequados”. Para além disso, o art. 15.º, n.º 4 refere que a comissão deverá ter em conta diversos fatores que poderão influenciar a aplicação de sanções, sendo estas: “a) A gravidade do ato; b) A culpa do agente; c) O tipo de plantas, substâncias ou preparados consumidos; d) A natureza pública ou privada do consumo; e) Tratando-se de consumo público, o local do consumo; f) Em caso de consumidor não toxicodependente, o carácter ocasional ou habitual do consumo; g) A situação pessoal, nomeadamente económica e financeira, do consumidor.” Desta forma, identificada a natureza do

consumo, o n.º 1 desse mesmo artigo refere que aos consumidores não toxicodependentes poderá ser aplicada uma coima, estando a quantia definida no art. 66.º do DL n.º 15/93, ou, em alternativa, uma sanção não pecuniária. Por sua vez, como descrito no art. 17º n.º 2 da Lei nº 30/2000, aos consumidores toxicodependentes serão somente aplicáveis sanções não pecuniárias, sendo essas descritas no n.º 3, que, aquando da aceitação do usuário, “determina a entrega a instituições públicas ou particulares de solidariedade social de uma contribuição monetária ou a prestação de serviços gratuitos a favor da comunidade”. De acordo com dados fornecidos pelo EMCDDA, em 2013, num total de 14.288 infratores de contraordenações em matéria de drogas, 9839 foram registados como delitos relacionados com cannabis (EMCDDA3, 2015). Em contraste, no mesmo ano, dos 4138 pedidos de tratamento, 806 foram especificamente relacionados com cannabis (ibid.). Segundo o SICAD, entidade responsável pelas CDT, em 2011, de um total de 6898 processos de contraordenações e “5033 decisões proferidas sobre estas ocorrências, cerca de 81% foram suspensivas, 15% punitivas e 4% absolutórias”, sendo as sanções não pecuniárias, como a apresentação periódica às CDT, as mais predominantes (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., 2011, p. 55).

Conforme referido acima, a Holanda organiza-se segundo um sistema bastante mais tolerante que os outros dois. Enquanto em Portugal possuir cannabis resulta, ainda assim, numa contra-ordenação, na Holanda é tolerado circular com “pequenas quantidades para uso pessoal” (5 gramas) de cannabis, como referido na Directive for Prosecution, mesmo que, de acordo com o art. 3.º-C da Lei do Ópio, continue a ser ilegal. Para além disso, como será discutido num próximo capítulo, as autoridades demonstram uma tolerância ainda maior perante a cannabis desde que enquadrado no sistema das coffee shops rigidamente regulado pelo Regulamento da Lei do Ópio. Porém, se intercetado pelas autoridades, a cannabis pode ser confiscado. Em regra, segue-se uma exoneração, sem recurso a prossecução ou detenção; se houver resistência, o transgressor é detido. Neste caso, a principal fonte de direito penal no sistema holandês é a Wetboek van Strafrecht, que geralmente prevê multa ou prisão dependendo do crime cometido. A multa máxima é definida através de seis categorias, inseridas na Parte IV deste documento. Desta forma, possuir acima de 5 gramas pode representar intenção de tráfico, o que segundo o art. 11.º n.º 1 da Lei do Ópio incorre numa pena necessariamente inferior a um mês de prisão e/ou uma coima de segunda categoria (até € 3.900). A posse de mais de 30 gramas representa crime o que, segundo o n.º 2 do mesmo artigo, prevê uma pena máxima de prisão de dois anos e/ou uma coima da quarta categoria (até € 19.500). A título de reincidência, o transgressor incorre num determinado número de horas de serviço comunitário, especificado na Directive for Prosecution.

A nível federal, os EUA não reconhecem diferenças entre os diversos agentes que poderão possuir cannabis - o fator independente é a posse per se. Na prática, a quantidade apreendida é irrelevante, sendo o fator variante a reincidência do delito. Segundo o § 844 (a) Penalties for simple possession do CSA, na primeira instância, a posse de cannabis é punível até um ano de prisão e uma multa mínima de \$ 1.000. Numa segunda condenação, as sanções incluem uma pena mínima obrigatória de 15 dias, um máximo de dois anos de prisão e uma multa até aos \$ 2.500. Finalmente, todas as condenações seguintes estão sujeitas a uma pena mínima obrigatória de 90 dias, máximo de três anos de prisão e multa até \$ 5.000.

Há que considerar, antes de mais, que na totalidade de detenções por crimes relacionados com cannabis, a grande maioria refere-se a indivíduos que estão para consumir a substância a título pessoal, e não os que procuram lucrar pela sua venda, distribuição ou tráfico. O caso dos EUA é especialmente notório: a questão de penas desproporcionadamente pesadas por delitos relativamente pequenos mostra quão retrógrada é a situação legal dos EUA nesta matéria, para além de se observar nas detenções uma disparidade racial perturbante (Wegman, 2014). Apesar do foco da “Guerra contra as Drogas” ser supostamente dirigido aos traficantes e demais criminosos de narcóticos, desde os que manufaturam aos que vendem ou distribuem, 1.511.231 das detenções relacionadas com violação de leis em matéria de drogas em 2014, 83.1% (1 297 383) devem-se somente à posse de uma substância controlada, segundo o Uniform Crime Report divulgado anualmente pelo FBI. A maioria (44.9%, ou seja, 700 992) destes delitos incorporam cannabis, em que, estimativamente, 39.7% (619 809) das detenções consagram-se somente por posse de cannabis (FBI, Setembro 2015). Através dos dados fornecidos neste mesmo documento, verifica-se que o número de detenções por posse de cannabis é progressivamente superior à soma de todas as detenções de crimes desde 1998 (Hall & Spurlock, 2013). Fundamentalmente, o modo como cada ordem jurídica intervém na aplicação de sanções por posse de “pequenas doses” de “drogas leves” deverá esclarecer de que forma cada governo combate o abuso de drogas, e contempla suscitar debates entre aqueles que defendem a ‘liberdade’ de escolha e os que favorecem uma ‘segurança’ ou prevenção quase paternalista da saúde pública.

5. DISTRIBUIÇÃO

5.1 VENDA “LEGAL” – COFFEESHOPS E MEDICAL DISPENSARIES

Será por ventura neste ponto que Portugal revela uma tendência mais conservadora, dado que não autoriza a

venda de cannabis sob qualquer forma. A venda das designadas novas substâncias psicoativas ou legal highs, produzidas quimicamente, e comercializadas em lojas de especialidade, geralmente conhecidas por ‘smartshops’ foi proibida no seguimento de uma forte contestação pública, que deu origem ao Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril e à Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril que aprova a lista das novas substâncias psicoativas. Esta última iria levar “à definição do regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas”, tendo em conta que estas substâncias “surgem no mercado a um ritmo de inovação que ultrapassa os meios previstos” pelo DL n.º 15/93. Ainda assim, tanto a Holanda como alguns estados dos EUA beneficiam de um mercado em expansão em relação à venda da cannabis, com altos níveis de retorno e de atração por parte dos investidores e consumidores. O ordenamento jurídico holandês e americano permanecem – ainda que por razões distintas – parcialmente em conflito com as leis nacionais e internacionais. Naturalmente, este capítulo terá de analisar a questão da utilização de cannabis com intuito medicinal, pois a sua venda “legal”, principalmente nos EUA, depende maioritariamente deste aspeto. As coffee shops holandesas são um dos locais mais populares para comprar cannabis legalmente, especialmente em Amesterdão, desde que a sua venda e consumo passaram a ser tolerados em 1976. Mais uma vez, a venda de cannabis é considerada ilegal segundo o art. 3.º-B da Lei do Ópio, mas recai dentro da política de tolerância se este for vendido e consumido dentro das coffee shops, e desde que as orientações fornecidas pelo Regulamento da Lei do Ópio (parágrafo 3.4) sejam inteiramente respeitadas pelas coffee shops:

- Não é permitida publicidade;
- Não é permitido o consumo ou venda de drogas “pesadas”, álcool ou tabaco;
- Não pode causar distúrbios;
- Não é permitida a venda ou o acesso de menores (18 anos) à coffee shop;
- É permitida a aquisição máxima de 5 gramas por transação, por pessoa, num dia;
- É permitido um “stock” máximo de 500 gramas;
- Distância mínima de 250 metros de escolas;
- Deve recusar-se o acesso e a venda a não-residentes na Holanda.

Sobre o último critério, o Ministro de Segurança e Justiça holandês, Ivo Opstelten, decretou que a partir de 1 de janeiro de 2013, o acesso de estrangeiros às coffee shops teria de ser vedado, de modo a combater o turismo de drogas e o crime organizado; consequentemente, vários municípios fronteiriços já aplicam esta medida (T. K. 24077-293, 2012). No entanto, conforme estabelecido no Regulamento da Lei do Ópio (parágrafo Gedooogbeleid), cabe parcialmente às autoridades locais definir quais os critérios que se pretendem aplicar, de tal modo que, em última instância,

cada município é responsável por garantir que estes sejam cumpridos. Aproximadamente mais de metade dos municípios holandeses não têm coffee shops, e o número de coffee shops a nível nacional tem vindo a decrescer rapidamente, de 846 em 1999 a 614 em 2013, seguindo uma “política de não-reabertura” (EMCDDA5, 2015, p. 1). O Ministro considera que outro dos pontos mais importantes da Estratégia Nacional é o combate ao cultivo profissional e organizado da cannabis (Reitox National Focal Point, 2015, p. 24). Por outro lado, nos EUA, os estados do Colorado e Washington implementaram desde 2014 sistemas que regulam a distribuição de cannabis para fins recreativos, distintos daqueles que se criaram nos estados que vendem cannabis medicinal através de lojas especialmente designadas por dispensaries ou compassion clubs. Semelhante ao ordenamento holandês, estes sistemas utilizam estabelecimentos autorizados, estabelecem uma idade mínima de acesso (21 anos), restringem a publicidade, limitam a posse pessoal (28.5 gramas/1oz.), e proíbem o seu uso em público (EMCDDA5, 2015, p. 2). De qualquer forma, apesar de não existirem dados oficiais sobre a matéria e os números variarem, foi estimado que, em 2011, a indústria do cannabis atingiu valores anuais superiores a 2.5 mil milhões de euros, o que equivale a mais de 500 milhões de euros em impostos acumulados de 730 coffee shops espalhadas pelo país (Waterfield, 2012). A título comparativo, no ano de 2015, o estado do Colorado (EUA) deparou-se com um aumento da receita fiscal na ordem de \$70 milhões devido à venda de cannabis, ultrapassando largamente a receita proveniente da venda de álcool (\$42 milhões) (TIME, 2015). O estado da Califórnia viu, em 2008, a indústria da cannabis gerar mais de \$2 mil milhões por ano, revertendo cerca de \$100 milhões em imposto estadual sobre as vendas cobradas (Mitchell, 2008). Até muito recentemente, as autoridades federais como a DEA tinham sob a sua alçada total liberdade para exercer as leis federais a nível nacional, e assim deter pacientes e apreender cannabis – mesmo em estados onde a utilização médica de cannabis seria supostamente legal, o que resultava numa longa discussão sobre a sua legitimidade. De facto, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos decidiu em United States v. Oakland Cannabis Buyers’ Cooperative (2001) e Gonzales v. Raich (2005) que o governo federal tinha o direito de regular e criminalizar cannabis, quer seja de natureza médica ou recreativa. Porém, segundo um memorando do Attorney General (2009 e 2013), “não será prioridade usar recursos federais para perseguir pacientes com doenças graves (...), mas não iremos tolerar traficantes que se escondem atrás de complacência com leis estaduais para mascarar atividades claramente ilegais” (Deputy Attorney General, 2009, p. 2). Ainda assim, a situação deteriorava-se de tal forma que, a 20 de outubro de 2015, após mais uma prossecução federal a uma dispensary, um juiz na Califórnia determinou que “as autoridades federais não podem fechar dispensaries que operam de acordo com as leis estaduais”,

representando uma larga vitória para os defensores deste programa (White, 2015). Agora, segundo a “Consolidated Appropriations Act, 2016”, 6 que o Congresso aprovou no dia 18 de dezembro de 2015, a cannabis permanece categorizada como Classe I, mas é expressamente proibido ao Departamento de Justiça e à DEA perseguir todos aqueles que consomem, cultivam ou vendem cannabis de acordo com as leis do estado onde se encontram (estipulado na Sec. 542), algo que vai parcialmente de encontro ao que Schwartz recomendara anteriormente – uma clarificação rigorosa do procedimento a seguir pelas autoridades e qual a jurisdição onde devem atuar. Além disso, existe um crescente apoio dentro da comunidade científica em relação à qualidade medicinal da cannabis, que argumenta que a cannabis apresenta resultados positivos no tratamento de condições médicas como o glaucoma, esclerose múltipla, dor crónica, entre outros (Babcock, 2015). De acordo com a Fundação para a Estatística Farmacêutica holandesa, em 2012, cannabis medicinal foi distribuído mais de onze mil vezes a dois mil pacientes (Reitox National Focal Point, 2015, p. 21). Todavia, naquilo que aparenta ser uma infeliz contradição, tanto as coffee shops como as dispensaries deparam-se com entraves algo incoerentes. O caso holandês levanta sérias questões: tendo em conta que o cultivo e produção de cannabis não é tolerado segundo a legislação holandesa, mas a sua venda o é, o resultado é um “sistema bizarro que proíbe e permite cannabis simultaneamente”, originando o que é designado como “back-door problem” (McDonald-Gibson, 2014). Desta forma, criou-se um modelo operacional que depende parcialmente, ou até mesmo inevitavelmente, da produção ilícita e do contato com criminosos, o que o diferencia altamente do sistema americano que, nalguns estados, estabeleceu um processo legal para abastecer as lojas. De facto, a própria Estratégia Nacional holandesa sobre as Drogas esclarece que não está sequer previsto regulamentar a produção de cannabis, sendo este tipo de posição fortemente defendida pelo Ministro da Justiça e Segurança, apesar da forte contestação a nível nacional (Reitox National Focal Point, 2015, p. 24). A indústria de cannabis nos EUA enfrenta outro obstáculo. Apesar da cannabis ser considerada legal a nível estadual em muitos estados, mas como a nível federal permanece ilegal, ainda há muita controvérsia em relação à utilização de contas bancárias para depositar receitas provenientes da venda de cannabis (Popper, 2015). Desta forma, em 2014, o Departamento de Justiça americano emitiu orientações para que instituições financeiras prestassem serviços às empresas que lidavam com cannabis; ainda que isto também seja um crime federal, as elevadas transações em dinheiro vivo e a sua dificuldade de armazenamento ter-se-iam tornado num problema inexorável (EMCDDA5, 2015, p. 3).

6 Disponível em: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/2029/text>.

5.2 SANÇÕES: TRÁFICO

Em termos de sanções relativas ao crime de tráfico ou outras atividades ilícitas, os três ordenamentos jurídicos apresentam disposições que prevêm penas bastante mais pesadas do que a simples posse. Como a Lei portuguesa n.º 30/2000 serve especificamente para descriminalizar a posse de drogas, os aspectos relativos ao tráfico e venda de cannabis mantêm-se; desta forma, conforme estipulado no art. 21.º, n.º 1, do DL 15/93, a pena máxima atinge os 12 anos de prisão. No art. 26.º, a legislação portuguesa reconhece o estatuto de traficante-consumidor a quem procurar financiar o seu próprio vício, incorrendo numa pena máxima de 3 anos de prisão ou multa, e no art. 25.º, estabelece o regime de crimes por tráfico de menor gravidade, que prevê prisão de 1 a 5 anos. Na Holanda, a pena máxima por tráfico de drogas leves (Classe II) é desde uma multa, ou 2 anos de prisão até 6, dependendo da quantidade apreendida (Lei do Ópio, art. 3.º-B). Por norma, não há agravamento por reincidência em Portugal (art. 24.º, do DL 15/93), enquanto o mesmo está previsto na Directive for Prosecution holandês. Existem, no entanto, algumas semelhanças no sistema de agravamento das penas entre Portugal e os EUA. Em Portugal, aplica-se o art. 24.º do DL 15/93, onde as penas previstas são aumentadas em um quarto nos seus limites mínimo e máximo, enquanto que nos EUA se aplicam os § 859, § 860 e §861 da CSA, sendo as penas imediatamente duplicadas. Estes aumentos são aplicáveis no caso em que as substâncias seriam destinadas ou distribuídas a menores ou diminuídos psiquicamente, no caso da venda nas imediações de escolas ou de outros locais frequentemente ocupados por jovens, na venda de drogas por agentes ligados a entidades públicas ou governamentais, abuso de posição, envolvimento com organizações criminosas internacionais, entre outros. O § 841 da CSA identifica as sanções a aplicar nos delitos relacionados com cannabis. Para começar, a pena mínima por qualquer tipo de atividade relacionada com a distribuição ou manufatura de cannabis (a lei norte-americana refere “menos de 50 plantas”) consiste numa pena de prisão até cinco anos e numa multa até \$250.000. Esta pena pode vir a agravar-se substancialmente: se o infrator manufaturar ou distribuir acima de 1000 plantas ou de uma tonelada, a pena resultante corresponde a um mínimo de dez anos até à pena perpétua e uma multa entre 4 e 10 milhões de dólares. Para além disso, de acordo com o § 848 (e) da CSA, o ordenamento jurídico americano prevê pena de morte em condições específicas. A distribuição de pequenas quantidades de cannabis, mesmo sem qualquer renumeração, é tratada como posse (§ 841, al. (b), subalínea (4)). Quem seja culpado de manufaturar, importar ou distribuir uma substância controlada num ato cometido através de uma organização criminosa, poderá ser sentenciada pena de morte. É necessário que o infrator seja (1) o principal administrador, organizador ou líder ou alguém com posição

semelhante, e que (2) o volume da substância controlada apreendida consista em 60 000 quilogramas ou mais de uma mistura ou substância que contenha uma quantidade perçetível de cannabis, ou 60 000 ou mais plantas de cannabis, ou se a organização recebeu mais de \$20 milhões de receita bruta durante qualquer período de 12 meses de existência (NORML, 2015).

6. CULTIVO

Tecnicamente, cultivar cannabis em qualquer um dos três ordenamentos jurídicos, a não ser que através de uma autorização governamental, seria estritamente ilegal devido às disposições estabelecidas nas Convenções das Nações Unidas anteriormente referidas. Todos apresentam sanções progressivas, sentenciando penas cada vez mais pesadas consoante o número de plantas apreendidas ou peso combinado das mesmas. Porém, o modo como cada sistema encara e aplica esta proibição é de facto peculiar, e por vezes encara forte repercussão internacional por diversos motivos. Por exemplo, na Holanda, cultivar até cinco plantas para uso pessoal entra no regime de tolerância, dependendo apenas da escala do cultivo, objetivo e “profissionalismo”. Quem possuir cinco plantas sem fins profissionais não será processado, mas terá as mesmas confiscadas. Um número superior a cinco plantas levará irrevogavelmente a uma acusação, cuja gravidade aumenta consoante o número de plantas, até à pena máxima de 125 000 € de multa e/ou pelo menos 6 meses de prisão. O Regulamento da Lei do Ópio, no parágrafo 3.2.1., identifica os principais fatores que apontam para uma plantação “profissional” (como em termos do tipo de solo utilizado, iluminação, aquecimento, entre outros) e especifica que, independentemente do número de plantas cultivadas, no caso de se determinarem dois ou mais “indicadores de profissionalismo”, deve-se assumir que existe intuito profissional e/ou comercial. Reconhecendo a permissividade liberal do governo holandês, existem dois potenciais problemas derivados desta condição. Em primeiro lugar, o Ministro da Segurança e da Justiça holandês já alertou várias vezes para o facto que as Convenções das Drogas das NU “não deixavam espaço para regular ou legalizar” cannabis, algo que o governo holandês está disposto a considerar (Reitox National Focal Point, 2015, p. 26). Em segundo lugar, o Ministro argumenta que 80% da produção doméstica da cannabis é exportada e que a regulação da produção de cannabis para as coffee shops não é uma solução viável no combate ao crime organizado, tráfico e exportação (ibid., 19).⁷

No caso norte-americano, a proibição de cannabis a nível

federal estende-se à prática do cultivo, excepto quando autorizado pela DEA. A Universidade de Mississippi é desde 1968 a única entidade autorizada a produzir cannabis nos EUA, na qual investigadores podem conduzir estudos de ordem médica aprovados pela FDA num local altamente protegido e controlado (NIH, 2015). Segundo o governo, o objectivo é criar uma variedade de cannabis com diferentes níveis de THC, o composto responsável pela alteração psicológica, e de canabidiol (CBD), o ingrediente que poderá ter efeitos positivos no tratamento de doenças (Rogers, 2015). No entanto, como a cannabis (e o THC) ainda pertencem à Classe I da CSA, é extremamente difícil obter aprovação para poder estudar os efeitos desta planta (Helper, 2014). Tendo em conta o desenvolvimento legal da cannabis nalguns estados, o estatuto do cultivo para uso pessoal tem uma vertente diferente. Por exemplo, nos estados do Oregon, Alaska, Colorado e D.C., é permitido cultivar entre 4 a 6 plantas por agregado familiar, dependendo do local do cultivo e do número de plantas adultas, enquanto que em Washington e noutro estados o cultivo permanece ilegal excepto para fins medicinais. Além disso, na maior parte destes estados é necessário obter uma licença junto da entidade competente para cultivar tanto para fins medicinais como profissionais.

Por outro lado, a legislação portuguesa orienta-se segundo o art. 40.º do DL 15/93, que foi revogado pela Lei n.º 30/2000, exceto especificamente quanto ao cultivo, mantendo-se desta forma fiel ao estipulado pelos tratados internacionais. Conforme mencionado no Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 587/2014, o Tribunal não julga inconstitucional que se mantenha em vigor o art. 40.º, n.º 2, que prevê pena de prisão até um ano ou multa até 120 dias no caso de um indivíduo cultivar em Portugal. Esta disposição contra o cultivo é notável no sentido em que é a única situação onde, apesar da política de descriminalização instaurada pela Lei n.º 30/2000, continua a haver uma forte repressão com consequências pesadas por um crime “leve”. Para ser autorizado a plantar, segundo o art. 4.º, n.º 1, do DL n.º 15/93, cabe à Autoridade Nacional do Medicamento (Infarmed) “estabelecer os condicionamentos e conceder autorizações” para potenciais plantações de cannabis, de tal forma que estas estejam “dentro dos limites estritos das necessidades do país, dando prevalência aos interesses de ordem médica, médico-veterinária, científica e didática”. Mais uma vez, o regulador português age de acordo com as disposições internacionais, verificando que haja disponibilidade suficiente de tal substância para investigação científica ou médica. Ainda assim, atualmente, a única entidade com autorização para plantar cannabis em Portugal é a “Terra Verde”, empresa que se destina a produzir cannabis com concentrações muito baixas de THC (< 2%) para medicamentos para o Reino Unido (Borja-Santos, 2014).

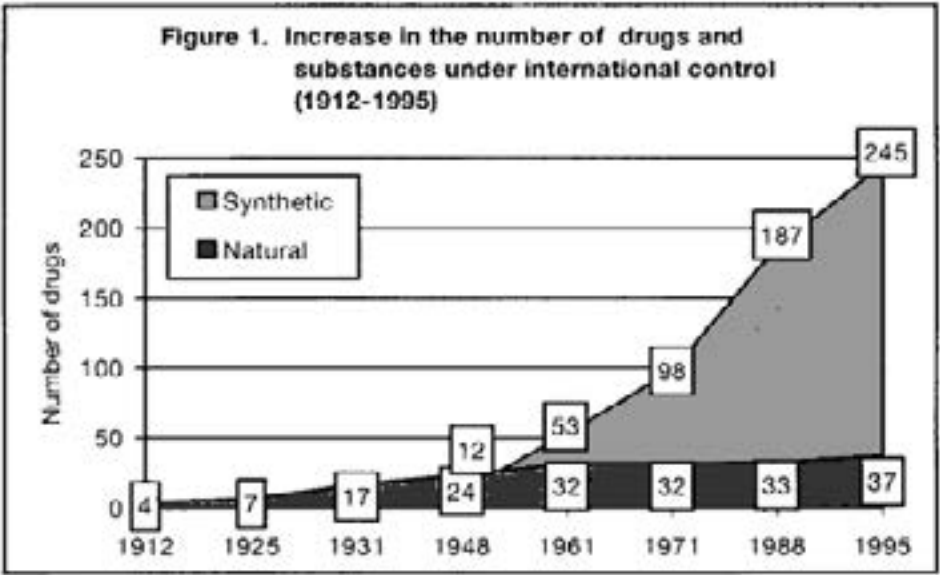
7. CONCLUSÃO

A discussão em torno da cannabis está a evoluir consideravelmente. Segundo uma sondagem da Gallup de outubro de 2015, nos EUA, 58% da população americana defende a legalização de cannabis a nível nacional, aprovação esta sem precedentes (Jeffrey M. Jones, 2015). Por outro lado, a aprovação da legalização de cannabis na Holanda, tal como aconteceu no Uruguai, rondava os 54% em agosto de 2013, e os 65% em dezembro do mesmo ano (Blickman & Jelsma, 2013). A implicação que os EUA, o protótipo de um modelo proibicionista de cannabis, apresenta níveis de aprovação de cannabis iguais ou superiores à Holanda, que até recentemente era considerada o cúmulo da política pragmática anti proibicionista, ignorando ideologias políticas, é no mínimo curioso. A Holanda, país cuja “política de tolerância” tantas vezes incomodou gigantes como os EUA e instituições internacionais, e considerado como tendo um dos sistemas mais liberais em matéria de drogas, está atualmente a corroer-se devido à implementação de políticas cada vez mais restritivas por parte do governo, arriscando-se a ser ultrapassado por estados americanos como o Colorado ou Washington. O retorno financeiro que a introdução de cannabis poderia fornecer à economia local e nacional seria uma consequência muito bem-vinda para os que sofrem desesperadamente a sua falta. Para além disso, se se considerar que grande parte das investigações médicas e científicas ainda não foram realizadas devido ao carácter ilegal desta planta, coloca-se a dúvida que, de facto, ainda poderá haver muito para descobrir. Porém, é importante relembrar que, independentemente da sua natureza punitiva ou permissiva, não existem garantias para que um determinado modelo jurídico se comporte como desejado. De modo a refletir sobre a questão da legalização, descriminalização, despenalização ou regulação da cannabis, teria de ser feita uma análise mais extensa. Investigar as vertentes da cultura, moralidade, comportamentos, venda, tolerância, criminalidade, relações internacionais, políticas e inúmeros outros fatores seria absolutamente essencial para não se pintar um quadro simplista do que é uma política em matéria de drogas extremamente complexa. Seria também relevante não tentar “forçar” um modelo jurídico para ser imposto o mais rapidamente possível, pois normativas mal redigidas deixam espaço a muitas vulnerabilidades. Holanda e Portugal, por outro lado, assemelham-se tendo em conta o seu fundamental interesse na saúde e ordem pública, em medidas de redução de danos e leis em matéria de drogas recentes e atualizadas. Portugal e Holanda são também semelhantes na medida em que as suas Comissões nacionais sobre Drogas foram ouvidas, e as recomendações alcançadas. Os EUA, e consequentemente as Convenções das NU, apresentam uma preferência pelo estabelecimento de medidas de controlo e segurança punitivas, ilegalizando a cannabis através da “Guerra contra as Drogas”, na esperança

de conseguir combater mais eficazmente a sua difusão – medida esta que se veio a revelar ineficaz, estando-se neste momento a avaliar alternativas a nível estadual. Um pouco por toda a parte surgem ventos de mudança. Países como o Canadá, Uruguai, Australia, Colombia, Israel, Alemanha e Espanha, entre muitos outros, estão a considerar permitir o consumo para fins medicinais ou mesmo legalizar e/ou descriminalizar. O Relator Especial das Nações Unidas sobre o direito de todos à fruição dos mais elevados padrões de saúde física e mental atingíveis, Dainius Pūras, refere que o controlo repressivo de narcóticos é essencialmente responsável tanto por restringir os utilizadores de procurar apoio, como por produzir efeitos nefastos a nível pessoal e público, incutindo violência e a aplicação de penas demasiado pesadas (Pūras, 2015). Pūras defende que, de modo a satisfazer o direito à saúde, “o uso e posse de drogas devia ser descriminalizada e despenalizada”, enquanto se investe no tratamento, educação, e noutras medidas de proteção e prevenção (ibid., p. 3). Portugal, ainda assim, vai mais longe ao empregar as CDT de modo a retirar o processo judicial de contra-ordenações leves da esfera do Ministério da Justiça ou do Ministério Público, tal como acontece nos outros dois ordenamentos. Evita-se desta forma um processo estigmatizante e dispendioso para a resolução de casos pouco graves, enquanto que no ordenamento holandês simplesmente se “tolera” o consumo de cannabis. O processo de descriminalização português apresenta-se como sendo extremamente abrangente que, além de continuar a considerar todas as drogas ilegais, satisfazendo deste modo os critérios internacionais, estipula que só acima de uma determinada quantidade é que se devem utilizar recursos do estado. Portugal e Holanda continuam a ter problemas relacionados com drogas, como acontece em muitos outros países; a diferença reside no fornecimento de uma resposta mais “humana”, construtiva e curativa onde o respeito e dignidade do ser humano é a prioridade.

⁷ Segundo uma investigação por parte do Instituto Transnacional, esta estimativa é largamente exagerada. Ver artigo: <http://www.druglawreform.info/en/weblog/item/5219-the-netherlands-is-ready-to-regulate-cannabis>

ANEXO 1.



“Evolução do Controlo Internacional de Drogas, 1945-1995”, I. Bayer & H. Ghodse 1999

MAPA A QUE SE REFERE O N.º 9,ª		
Plantas, substâncias ou preparações constantes das tabelas a a r, de consumo mais frequente	Tabela	Limite quantitativo máximo (1)
Heroína (diacetilmorfina)	I A	(2) 0,1
Metadona	I A	(2) 0,1
Morfina	I A	0,2
Ópio (sumo)	I A	(2,3) 1
Cocaína (cloridrato)	I B	(2) (4) 0,2
Cocaína (éster metílico de benzilergina)	I B	(2) (4) 0,03
Cannabis (folhas e sumidades floridas ou frutificadas)	I C	(2,c,e,g) 2,5
Cannabis (resina)	I C	(2,c,e,g) 0,5
Cannabis (óleo)	I C	(2,c) 0,25
Fenciclidina (PCP)	II A	(2,c) 0,01
Lisergida (LSL)	II A	50 µg
MDMA	II A	(2) (2,d) 0,1
Anfetamina	II B	0,1
Tetraidrocanabinol (Δ9THC)	II B	0,05

(1) Os limites quantitativos máximos para cada dose individual diária são expressos em gramas, excepto quando especificamente se indique o contrário.
(2) Os limites referidos foram estabelecidos com base em dados epidemiológicos relacionados ao uso habitual.
(3) As quantidades indicadas referem-se a:
a) As doses diárias recomendadas nas farmácias oficiais;
b) As doses equipotentes à dose substancial de abuso de referência;
c) As doses máximas diárias com base na variação do conteúdo médio de THC existente nos produtos da Cannabis;
d) A soma concentração média de 7 % de Δ9THC;
e) A soma concentração média de 10 % de Δ9THC;
f) A soma concentração média de 20 % de Δ9THC;
g) As doses médias habituais referidas na literatura, que variam entre 50 mg e 100 mg (ou 2 mg/kg) da substância pura. No entanto, pode ocorrer interação com outros (por exemplo, MDMA, etileno) ou ainda em associação com heroína.
(4) Para a cocaína são especificados limites quantitativos diferentes, respectivamente para o cloridrato e para o éster metílico de benzilergina, uma vez que o potencial adictivo das duas formas químicas é muito diferente.

Anexo 2.

BIBLIOGRAFIA

Babcock, L. (20 de 12 de 2015). Federal Ban Lifted on Medical Marijuana, Provision Lifting the Ban Quietly Placed in the Recent Spending Bill. Obtido de Inquisitr: <http://www.inquisitr.com/2645930/federal-ban-lifted-on-medical-marijuana-provision-lifting-the-ban-quietly-placed-in-the-recent-spending-bill/>

Bewley-Taylor, D. R., & Fazey, C. S. (2003). The Mechanics and Dynamics of the UN System for International Drug. Obtido em 01 de 11 de 2015

Blickman, T., & Jelsma, M. (19 de 12 de 2013). The Netherlands is redy to regulate cannabis. Obtido de Drug Law Reform: <http://www.druglawreform.info/en/weblog/item/5219-the-netherlands-is-ready-to-regulate-cannabis>

Borja-Santos, R. (09 de 10 de 2014). Portugal autoriza primeira plantação de cannabis destinada a medicamentos para o Reino Unido. Público. Obtido em 18 de 12 de 2015, de <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/portugal-autoriza-primeira-plantacao-de-cannabis-destinada-a-medicamentos-para-o-reino-unido-1670750>

Cohen, P. (1996). The case of the two Dutch drug policy commissions. An exercise in harm reduction 1968 - 1976. 5th International Conference on the Reduction of Drug related Harm, 7-11 March 1994. Toronto: Addiction Research Foundation. Obtido de <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.case.html#noot7>

CSDP Research Report. (March 2002). Nixon Tapes Show Roots of Marijuana Prohibition: Misinformation, Culture Wars and Prejudice. CSDP. Obtido em 04 de 12 de 2015, de <http://www.csdp.org/research/shafernixon.pdf>

Deputy Attorney General. (2009). Investigations and Prosecutions in States: Authorizing the Medical Use of Marijuana. Memorandum, U.S. Department of Justice, Washington, D.C. Obtido de <http://www.justice.gov/sites/default/files/opa/legacy/2009/10/19/medical-marijuana.pdf>

Dias, L. N. (2010). Da Criminalização à Descriminalização: Evolução das Políticas da Droga em Portugal de 1970 a 2010. Obtido em 01 de 11 de 2015, de ISEG: <http://www.iseg.ulisboa.pt/aphes30/docs/progdocs/LUCIA DIAS.pdf>

Dolin, B. (2001). NATIONAL DRUG POLICY: THE NETHERLANDS. Law and Government Division. Library of Parliament, Canada. Obtido de <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/371/ille/library/dolin1-e.htm#B. Law and Enforcement Statistics>

EMCDDA. (2008). A cannabis reader: global issues and local experiences. 1, series 8. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EMCDDA1. (19 de Março de 2012). Country Legal Profile - Portugal. Obtido em 27 de Outubro de 2015, de EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html#>

EMCDDA2. (23 de 01 de 2012). Legal topic overviews: possession of cannabis for personal use. Obtido em 04 de 11 de 2015, de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/legal-topic-overviews/cannabis-possession-for-personal-use>

EMCDDA3. (2015). Data and Statistics. Obtido de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015>

EMCDDA4. (19 de 03 de 2012). Country Legal Profiles - The Netherlands. Obtido de EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html?pluginMethod=eldd.countryprofiles&country=NL&language=en>

EMCDDA5. (28 de 05 de 2015). Perspectives on Drugs: Models for the legal supply of cannabis: recent developments. Obtido de <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/legal-supply-of-cannabis>

EMCDDA6. (2011). Drug Policy Profiles - Portugal. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

EMCDDA7. (26 de 01 de 2012). Legal topic overviews: possession of cannabis for personal use. Obtido de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/legal-topic-overviews/cannabis-possession-for-personal-use#countries>

FBI. (Setembro 2015). Crime in the United States 2014. Washington, DC: US Dep. of Justice. Obtido de <https://www.fbi.gov/about-us/cjis/ucr/crime-in-the-u.s/2014/crime-in-the-u.s.-2014/persons-arrested/main>

Gurule, J. (1998). The 1988 U.N. Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances – A Ten Year Perspective: Is International Cooperation Merely Illusory? Fordham International Law Journal, 22(1), 74 - 121. Obtido em 03 de 11 de 2015, de <http://ir.lawnet.fordham.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1586&context=ilj>

Hall, K., & Spurlock, C. (17 de 01 de 2013). Marijuana Possession Arrests Exceed Violent Crime Arrests (INFOGRAPHIC). The Huffington Post. Obtido de http://www.huffingtonpost.com/2013/01/17/marijuana-possession-arrests_n_2490340.html

Helper, E. (28 de 05 de 2014). Mississippi, home to federal government's official stash of marijuana. Obtido de Los Angeles Times: <http://www.latimes.com/nation/la-na-pot-monopoly-20140529-story.html>

Hughes, C. E., & Stevens, A. (10 de 2010). What can we Learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? British Journal of Criminology, 50 (3), 999 - 1022. doi:10.1093/bjc/azq038

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2011). Relatório Anual - 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. Obtido de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/8CFBDF43-E4C3-4AE1-93B1-115D66B2DFDB/0/RelatorioAnual2011.pdf>

International Drug Policy Consortium. (2015). Possession of cannabis for personal use. Obtido de United Natons Drug Control: <http://www.undrugcontrol.info/en/issues/cannabis/item/3130-possession-of-cannabis-for-personal-use>

Jeffrey M. Jones. (21 de 10 de 2015). In U.S., 58% Back Legal Marijuana Use. Obtido de GALLUP: <http://www.gallup.com/poll/186260/back-legal-marijuana.aspx>

McAllister, W. B. (2002). Drug Diplomacy in the Twentieth Century. New York: Routledge.

McDonald-Gibson, C. (03 de 02 de 2014). Why Dutch mayors want to cultivate cannabis. Obtido de Independent: <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/why-dutch-mayors-want-to-cultivate-cannabis-9102858.html>

Mitchell, D. (31 de 05 de 2008). Legitimizing Marijuana. Obtido de The New York Times: <http://www.nytimes.com/2008/05/31/technology/31online.html>

National Commission on Marihuana and Drug Abuse. (Março 1972). Marihuana: A Signal of Misunderstanding : First Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse. U.S.A.: U.S. Government Printing Office.

NIH. (06 de 2015). NIDA's Role in Providing Marijuana for Research. Obtido em 19 de 12 de 2015, de National Institute on Drug Abuse: <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/marijuana/nidas-role-in-providing-marijuana-research>

NORML. (2015). FEDERAL Laws & Penalties. Obtido em 20 de 12 de 2015, de NORML: Working to reform marijuana laws: <http://norml.org/laws/item/federal-penalties-2>

Popper, N. (30 de 07 de 2015). Banking for Pot Industry Hits a Roadblock. Obtido de The New York Times: <http://www.nytimes.com/2015/07/31/business/dealbook/federal-reserve-denies-credit-union-for-cannabis.html>

Pūras, D. (07 de 12 de 2015). Open Letter by the Special Rapporteur on the right of everyone to the highest attainable standard of mental and physical health, Dainius Pūras, in the context of the preparations for the UN General Assembly Special Session on the Drug Problem (UNGASS). Office of the High Commissioner. Obtido em 09 de 04 de 2016, de <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/SRLetterUNGASS7Dec2015.pdf>

Reinarman, C. (2000). The Dutch example shows that liberal drug laws can be beneficial. In S. Barbour, Drug Legalization: Current Controversies (pp. 102 - 108). San Diego: Greenhaven Press. Obtido de <http://www.cedro-uva.org/lib/reinarman.dutch.html>

Reitox National Focal Point. (2015). National report 2014: Netherlands. Lisbon: EMCDDA.

Rogers, A. (23 de 03 de 2015). Uncle Sam Will Buy \$69 Million Worth of Pot From Ole Miss. Obtido de TIME: <http://time.com/3755253/university-mississippi-marijuana/>

Schwartz, D. S. (21 de 03 de 2013). High Federalism: Marijuana Legalization and the Limits of Federal Power to Regulate States. Cardozo Law Review, 35(567), 566 - 641. Obtido em 20 de 10 de 2015, de <http://ssrn.com/abstract=2237618>

Senate Special Committee on Illegal Drugs. (2002). Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy - Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs (Volume III: Part IV and Conclusions). The Senate of Canada. Obtido de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/rep/repfinalvol3-e.pdf>

SICAD1. (2015). Política Portuguesa. Obtido em 01 de 11 de 2015, de SICAD: <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/HomePage.aspx>

SICAD2. (2015). Histórico. Obtido em 06 de 11 de 2015, de Serviço de Intervenção nos Comporatmentos Aditivos e nas Dependendências: <http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Historico/Paginas/default.aspx>

SICAD3. (2015). Dissuasão: Enquadramento. Obtido de SICAD: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Dissuasao/Paginas/default.aspx>

Solinge, T. B. (1999). Dutch Drug Policy in a European Context. Journal of Drug Issues, 29(3), 511 - 528. Obtido de <http://www.cedro-uva.org/lib/boekhout.dutch.html>

T. K. 24077-293. (2012). Drug Policy; Letter government; Response to request Berndsen-Jansen about the coffee shop policy and increased street nuisance and drug trafficking as a result of the introduction of the weed pass in Limburg, North Brabant and Zeeland. The Hague: Tweede Kamer der Staten-Generaal. Obtido em 18 de 12 de 2015, de <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-24077-293.html>

TIME. (16 de 09 de 2015). Colorado Raised More Tax Revenue From Marijuana Than From Alcohol. Obtido de TIME: <http://time.com/4037604/colorado-marijuana-tax-revenue/>

Trigueiros, F., Vitória, P., & Dias, L. (2010). Rather Treat Than Punich

- The Portuguese Decriminalization Model. Expert Forum on Criminal Justice (pp. 28 - 35). Council of Europe. Obtido de http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/expert_forum_FTVD.pdf

United Nations. (20 de December de 1988). Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988. Vienna. Obtido de https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug_Convention/Commentary_on_the_united_nations_convention_1988_E.pdf

UNODC. (19 de December de 1968). 2433(XXIII). International control of psychotropic substances. Obtido de http://web.archive.org/web/20060113112647/http://www.unodc.org/unodc/en/resolution_1968-12-19_1.html

UNODC. (2015). Legal Framework for Drug Trafficking. Obtido em 02 de 11 de 2015, de UNODC: <https://www.unodc.org/unodc/en/drug-trafficking/legal-framework.html>

Waterfield, B. (27 de 04 de 2012). Dutch courts move to ban marijuana cafés. Obtido de The Telegraph: <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/netherlands/9231609/Dutch-courts-move-to-ban-marijuana-cafes.html>

Wegman, J. (28 de 07 de 2014). The Injustice of Marijuana Arrests. The New York Times.

Weingarten, G. (21 de 03 de 2002). Just What Was He Smoking? The Washington Post.

White, D. (20 de 10 de 2015). DEA Must Stop Interfering With Legal Medical Marijuana Dispensaries, Federal Court Rules. Obtido de TIME: <http://time.com/4080110/dea-medical-marijuana-california-ruling/>

ABREVIATURAS:

Art. - Artigo

CSA – Controlled Substances Act

CDT - Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

DL – Decreto-Lei

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

NU – Nações Unidas

THC - tetrahydrocannabinol

QUESTIONÁRIO DE AUTO-REGULAÇÃO NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS: ESTUDO PSICOMÉTRICO

SELF-REGULATION QUESTIONNAIRE IN DRUG ADDICTION TREATMENT: PSYCHOMETRIC STUDY

ISABEL SILVA, CARLA FONTE,
MARIANA MATOS

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de Abril, 349
4249-004 Porto
Portugal

Endereço para correspondência,
incluindo e-mail:
Carla Fonte
Universidade Fernando Pessoa
Praça 9 de Abril, 349
4249-004 Porto
Portugal
cfonte@ufp.edu.pt
Telefone: +351 225071300

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo a construção de um questionário de auto-regulação no tratamento da dependência de substâncias e o seu estudo psicométrico. Procedeu-se à construção do Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias, cuja versão em estudo é constituída por 37 itens. O questionário foi administrado no contexto de uma entrevista pessoal a 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias. Procedeu-se a uma análise em componentes principais, que sugere a organização dos itens em 3 factores, que explicam 44,19% da variância - Motivação, Relação com os Profissionais de Saúde e Competência Percebida. O instrumento revelou apresentar uma excelente fidelidade ($\alpha=0,93$) e a análise da correlação corrigida para sobreposição dos itens com as subescalas demonstra uma validade convergente-discriminante aceitável. O questionário revela-se, ainda, sensível no que respeita à Competência Percebida e existência de recaídas.

Palavras-chave: Auto-regulação, dependência de substâncias, tratamento, motivação, avaliação

ABSTRACT

The present study aimed to construct a questionnaire for self-regulation in the treatment of substance dependence and its psychometric study. It was developed the Self-Regulation Questionnaire in Treatment of Substance Dependence, whose version consists of 37 items. This questionnaire was administered in the context of a personal interview to 321 users who were being treated in institutions for substances dependence disorders. It was conducted a principal components analysis, which revealed the organization of the items on 3 factors, which explain 44.19% of the variance - Motivation, Relationship with Health Care Professionals and Perceived Competence. The instrument showed excellent fidelity ($\alpha=.93$) and correlation analysis, corrected for overlap, of items with subscales demonstrated acceptable convergent-discriminant validity. The questionnaire also revealed to be sensitive in what concerns to Perceived Competence and the existence of relapse.

Keywords: Self-regulation, drug addiction, treatment, motivation, assessment

INTRODUÇÃO

A auto-regulação tem vindo a ser valorizada pela Psicologia não só do ponto de vista teórico, mas também na sua vertente aplicada aos mais diversos domínios, tendo vindo a ser assumida como central ao bem-estar dos indivíduos e das comunidades e ao seu sucesso adaptativo (Boekaerts, Maes, & Karoly, 2005).

Esta variável tem sido identificada como um processo relevante, em particular, nas questões da saúde e da doença. De facto, em termos intervenção na saúde, quando a auto-regulação é tida em conta, o indivíduo passa a ser percebido como tendo um papel ativo (e não passivo), no seu tratamento, aspecto que poderá ser particularmente importante na dependência de substâncias (Maes & Karoly, 2005). Boekaerts et al. (2005) assumem a auto-regulação como implicando escolha, consistência e continuidade ao longo do tempo. De acordo com estes autores, os indivíduos que estão conscientes de quais são os seus objectivos e de como o seu sistema de objectivos funciona encontram-se numa melhor posição para orientar e dirigir os seus comportamentos. Boekaerts et al. (2005) defendem, ainda, que a auto-regulação pode ser aumentada consideravelmente a partir da reflexão sobre pistas ambientais que podem facilitar ou inibir a escolha de objectivos, a persistência e a conclusão desses objectivos.

Apesar de se encontrarem na literatura uma grande diversidade de definições de autoregulação, o termo é comumente definido como um processo sistemático do comportamento humano que envolve o estabelecimento de objetivos pessoais e ainda a orientação do seu comportamento para o atingir dos objetivos estabelecidos (Boekaerts et al., 2005; Carver, 2004; Maes & Karoly, 2005; Murtagh & Todd, 2004; Vohs & Baumeister, 2004). Destacamos a leitura teórica de Maes e Karoly (2005), que analisam a auto-regulação como um processo de orientação de objectivos de acordo com três fases, nas quais a finalidade é atingir e manter os objectivos pessoais que estão sujeitos simultaneamente a complexas forças internas e à influência das mudanças ambientais. A primeira fase refere-se à selecção do objectivo, setting e construção/representação; a segunda fase à procura activa do objectivo; e, por fim a terceira fase, na qual se pretende atingir e manter o objectivo ou, no momento oportuno, o abandono do objectivo. Ainda de salientar que, do ponto de vista conceptual, a auto-regulação tem relação com outros construtos psicológicos. A investigação acerca da auto-regulação tem-se centrado na capacidade do indivíduo monitorizar e modificar o seu comportamento, cognição e afecto (e, por vezes, o seu ambiente) com a finalidade de atingir um objectivo (Efklides et al., 2002; Efklides, 2005). Os estudos mais recentes sublinham que a auto-regulação é conceptualizada na literatura como

sendo relevante para várias linhas de investigação, incluindo metacognição, aquisição de objectivos, motivação intrínseca, controlo da acção, processos de avaliação, autonomia e auto-determinação na organização do objectivo e uso de estratégias cognitivas e metacognitivas na implementação de objectivos (Murtagh & Todd, 2004).

A auto-regulação refere-se de forma geral a qualquer esforço de um ser humano para alterar as suas próprias respostas, sendo que, no domínio das adições, se refere frequentemente a uma tentativa para substituir um comportamento aprendido ou hábito de consumo de drogas com vista a alcançar um objectivo positivo a longo prazo (Sayette, 2004).

Brorson, Arnevik, Rand-Hendricksen e Duckert (2013) consideram que um dos factores que revela estar consistentemente relacionado com resultados favoráveis nos tratamentos de todas as adições é a conclusão do tratamento, sendo que esta revela estar associada com a abstinência e com recaídas menos frequentes. No entanto, uma das principais causas apontadas para o abandono de programas de tratamento, para o não cumprimento destes e para a ocorrência de recaídas é a motivação (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995), domínio em relação ao qual a investigação não tem conduzido a resultados consensuais. Numa revisão sistemática, conduzida por Brorson, et al. (2013), sobre os factores de risco associados ao abandono de programas de tratamento para adições, em que foram analisadas publicações científicas do período compreendido entre 1992 e 2013, os autores confrontaram-se com estudos com resultados distintos, se não mesmo antagónicos – em alguns estudos uma baixa motivação aparece associada a abandono do tratamento mais elevado, mas noutros verifica-se o oposto, estando uma motivação mais elevada associada a um abandono do tratamento mais elevado. Por outro lado, uma motivação extrínseca elevada revela estar associada a maior probabilidade de abandono do tratamento, enquanto uma motivação intrínseca elevada não revelou estar associada a esse abandono. Entre os vários factores identificados como preditores do drop out por estes autores, destaca-se também a aliança terapêutica, sendo que os estudos revelam associações significativas entre a fraca aliança terapêutica e o risco de abandono de programas de tratamento.

No mesmo sentido parece ir o estudo desenvolvido por Kennedy e Gregoire (2009), que conclui que as pessoas que entram em tratamento para adições com elevados níveis de motivação interna têm maior probabilidade de se encontrarem nos estádios de contemplação (em que o indivíduo está a pensar em abordar o problema mas ainda não agiu) ou de acção (em que o indivíduo já iniciou alterações no seu comportamento de consumo de substâncias) do que no estádio de pré-contemplação (em que o indivíduo não apresenta nesse momento qualquer intenção para modificar o seu comportamento e pode não estar consciente que tem um problema).

Sayette (2004) divide o fracasso na auto-regulação de indivíduos com problemas de adição em dois tipos – o fracasso

para exercer controlo sobre si mesmo e o fracasso em exercer controlo de forma a alcançar o resultado desejado, isto é estabelecer os objectivos adequados; monitorizar-se a si mesmo em relação a esses objectivos; alterar o seu comportamento para se adequar a esses padrões definidos.

A teoria da auto-determinação constitui abordagem da motivação humana e da personalidade que enfatiza a importância do desenvolvimento de recursos internos para o desenvolvimento da personalidade e da auto-regulação do comportamento (Ryan & Deci, 2000, 2008) e que nos parece de suma importância para o domínio do tratamento das toxicodependências.

Ryan, Patrick, Deci, e Williams (2008), adoptando a perspectiva da teoria da auto-determinação, defendem que se atente mais cuidadosamente na experiência e motivação dos pacientes, acrescentando que a manutenção de comportamentos ao longo do tempo requiere que os indivíduos internalizem valores e competências para a mudança, e experienciem auto-determinação.

A teoria da auto-determinação centra a sua investigação nas tendências inerentes de crescimento e necessidades psicológicas inatas que são a base para a sua auto-motivação e integração da personalidade. Com base em estudos empíricos, foram identificados três dessas necessidades: as necessidades de competência, relação e autonomia. Estas parecem ser essenciais na facilitação do funcionamento óptimo das tendências naturais para o crescimento e integração, bem como para um desenvolvimento social construtivo e bem-estar pessoal (Ryan & Deci, 2000, 2008).

De acordo com Ryan, Patrick, et al. (2008), maximizando a experiência que o indivíduo tem de autonomia, competência e de relação com os contextos de cuidados de saúde, a regulação de comportamentos de saúde será mais provavelmente internalizada e integrada, e a mudança de comportamento será mais provavelmente mantida. Ryan, Patrick, et al. (2008) descrevem esses três pilares da teoria da auto-determinação do seguinte modo:

(a) Autonomia: muitos dos comportamentos de saúde que adoptamos não são intrinsecamente motivados por inerência, isto é, para serem mantidos fora dos contextos de tratamento e de ambientes controlados, os indivíduos têm de valorizar esses comportamentos e considerá-los importantes. A adopção de comportamentos de saúde e sua manutenção podem resultar de uma motivação controlada, de uma regulação externa, em que a pessoa age para receber uma recompensa externa, para evitar uma punição, porque se sente pressionada por outros, para receber a aprovação de outrém, para evitar a sua reprovação ou sentimentos de culpa. Mas também pode resultar de uma motivação autónoma, isto é do indivíduo valorizar e atribuir importância à adopção de determinado comportamento de saúde (regulação identificada) ou de, para além disso, esses objectivos se encontrarem alinhados com outros valores centrais e padrões de vida do indivíduo (regulação integrada).

b) Competência: Para além do sentido de autonomia, Ryan,

Patrick, et al. (2008) defendem que a internalização requer que o indivíduo se sinta confiante e competente para mudar. O objectivo não será desafiá-lo de forma extrema, mas ajudá-lo a desenvolver um sentido de mestria em termos do comportamento de saúde que precisa de ser implementado. O desenvolvimento dessa percepção de competência é facilitado pela autonomia, pois, quando o indivíduo está motivado para se envolver e tem muita vontade de agir, está mais apto a aprender e a aplicar novas estratégias e competências. Assim, Ryan, Patrick, et al. (2008) consideram que a autonomia e competência não devem ser percebidas como suficientes por si mesmas – não é suficiente o indivíduo sentir-se competente, é preciso que essa competência esteja acompanhada de vontade e de autonomia; mas a autonomia também é determinante para o desenvolvimento de um sentido de competência.

c) Relação: A percepção de que se é respeitado, compreendido e cuidado é fundamental para formar experiências de conexão e de confiança, e para que a internalização ocorra (Ryan, Patrick, et al., 2008).

Ryan, Patrick, et al. (2008) defendem que, quando as necessidades de autonomia, competência e relação são respondidas no processo dos cuidados de saúde, os indivíduos experimentam um maior envolvimento no tratamento em termos volitivos e melhor manutenção de resultados ao longo do tempo. Ryan e Deci (2006) afirmam mesmo que a investigação no domínio dos cuidados de saúde e da terapia atesta a importância dos profissionais apoiarem a autonomia, sendo que, quando existe esse apoio, ocorre maior envolvimento com os programas, maior adesão ao tratamento e manutenção das mudanças de comportamento.

Uma condição sine qua non para o desenvolvimento de programas de intervenção eficazes é o uso de medidas válidas e fiéis que nos permitam avaliar as mudanças na auto-regulação ao longo do tempo. No que diz respeito à auto-regulação, existem numerosos instrumentos de avaliação em domínios tão diversos quanto o académico, aprendizagem, exercício físico, religião, amizade, tratamentos em geral (testado no âmbito do tabagismo, de dietas e do exercício físico) (<http://www.selfdeterminationtheory.org/>), alguns dos quais adaptados à população portuguesa, como o Treatment Self-Regulation Questionnaire for Physical Activity (TSRQ-PA) (Marques, Gucht, Maes, Gouveia, & Leal, 2012), o Regulatory Focus Questionnaire (TFR), o Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), a Perceived Competence Scale – Healthy Diet (PCS) e o Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) (Mestre, 2010). No entanto, existe carência de instrumentos desenvolvidos que se centrem especificamente na temática da dependência de substâncias, nomeadamente do álcool e de substâncias ilícitas. Urge, pois, a construção de um instrumento de avaliação que possa ser útil, não só na avaliação, mas também na intervenção no que respeita ao tratamento da dependência de substâncias, que integre a auto-regulação na prevenção de recaídas (Vansteen, Williams,

& Resnicow, 2012). Assim, o presente estudo tem como objectivo geral a construção de um Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias e o seu estudo psicométrico no que respeita à sua validade, fidelidade e sensibilidade.

MATERIAL E MÉTODOS

PARTICIPANTES

Estudou-se uma amostra de conveniência constituída por 321 utentes de instituições para tratamento por perturbações pela utilização de substâncias (de acordo com os critérios definidos por DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, American Psychiatric Association, 2002).

Relativamente aos participantes, 90,7% (n=291) eram do sexo masculino; tinham idades compreendidas entre os 20 e os 58 anos (M = 36,75; DP = 7,26); 62,9% (n=202) eram solteiros, 19,3% (n=62) separados/divorciados, 16,8% (n=54) casados ou viviam em união de facto e 0,9% (n=3) viúvos. No que diz respeito às habilitações literárias, 60,4% (n = 194) dos utentes possuía o 2.º ciclo de estudos do ensino básico, 20,2% (n=65) o 1.º ciclo de estudos do ensino básico, 17,1% (n=55) o 3.º ciclo de estudos do ensino básico e 2,2% (n=7) o ensino superior.

Em relação à idade de início de consumo, esta variou entre os 6 e os 42 anos (M=17,49; DP=5,04); 63,9 % (n=205) dos participantes referiram ter efectuado tratamentos anteriores, variando o número destes entre 0 e 21 (M=1,89; DP=3,22), tendo 28,3% (n=91) realizado tratamento anterior em Comunidades Terapêuticas, 20,6% (n=66) em Hospitais, 18,1% (n=58) em Clínicas, 13,7% (n=44) em casa, 10,3% (n=33) em Associações e 5,3% (n=17) em Centros de Respostas Integradas; 16,5% (n=53) dos utentes referem ter realizado outro tipo de tratamentos.

Relativamente ao tempo a que actualmente se encontram a realizar tratamento, podemos identificar diferentes grupos de participantes: 6,5% (n=21) encontram-se em tratamento há menos de 1 mês; 13,7% (n=44) entre 1 e 6 meses; 10,0% (n=32) entre 7 e menos de 12 meses; 16,8% (n=54) entre 12 e 24 meses; e 52,6% (n=169) há mais de 24 meses.

Na sua maioria, os utentes referem a heroína como sendo a substância de abuso (87,2%; n=280), seguindo-se a cocaína (79,8%; n=256), os canabinóides (43,6%; n=140), o álcool (19,3%; n=62), o L.S.D. (11,8%; n=38), o ecstasy (8,1%; n=26), medicação sem receita médica (7,5%; n=24), anfetaminas (5,6%; n=18), ketamina (3,1%; n=10) e ópio (1,6%; n=5).

MATERIAL

Questionário sócio-demográfico e clínico: Criou-se um questionário sócio-demográfico e clínico para recolha de dados no presente estudo, tendo este avaliado as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, idade aquando do início do consumo, substância(s)

de abuso, existência de tratamentos anteriores e sua quantificação e tratamento actual, incluindo informação sobre o tipo de instituição onde o está a realizar e há quanto tempo iniciou este tratamento que se encontra a frequentar.

Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias: questionário cuja estrutura e processo de construção se apresentam descritos detalhadamente na secção Procedimento.

PROCEDIMENTO

Procedeu-se a uma revisão da literatura sobre auto-regulação, procurando-se aprofundar os conhecimentos sobre esta variável e sobre a forma como tem vindo a ser avaliada. Realizou-se uma análise do Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) (Levesque, et al., 2007), do Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) e do Perceived Competence Scales (PCS) (disponíveis em: <http://www.selfdeterminationtheory.org/questionnaires/>), instrumentos que têm precisamente como objectivos avaliar os três pilares da auto-regulação e que têm vindo a ser utilizados em diversos contextos de cuidados de saúde, com participantes com distintas doenças crónicas.

Estes instrumentos foram ajustados à problemática da dependência de substâncias por três psicólogos, chegando-se a uma versão inicial de consenso constituída por 40 itens, numa escala tipo Likert de 5 opções de resposta, que se pretendia avaliasse 5 subescalas teóricas: (a) Motivação Autónoma: que pretendia analisar a extensão em que o indivíduo está intrinsecamente motivado para o tratamento da dependência de substâncias e, consequentemente, auto-determinado; (b) Motivação Controlada: que pretendia avaliar a extensão com que os comportamentos do indivíduo no âmbito do tratamento para a dependência de substâncias são extrinsecamente motivados e, logo, mais controlados e menos autónomos; (c) Amotivação: que pretendia avaliar a extensão com que o indivíduo percebe não ter motivação para adotar os comportamentos implicados no tratamento da dependência de substâncias; (d) Relação com os Profissionais de Saúde: subescala que pretendia avaliar a percepção que o indivíduo tem do grau com que os profissionais de saúde apoiam a sua autonomia relativamente ao tratamento para a dependência de substâncias; (e) Competência Percebida: que pretendia avaliar o grau com que cada respondente se sente confiante para iniciar ou manter o tratamento para a dependência de substâncias.

De seguida, foi efectuada a análise dos itens por dois especialistas (psicólogos) para saber se: cada item parecia medir o construto que se propunha medir (validade facial); se haveria outra forma mais simples ou adequada de apresentar o item; se o formato do conjunto de itens era o mais adequado e avaliar se o tipo de resposta pedido era adequado. Foi, ainda, realizada a análise cognitiva (cognitive debriefing)

individualmente com 6 utentes da população-alvo, que se encontravam em atendimento em diferentes instituições, com o objectivo de identificar se existiam itens de difícil compreensão ou que pudessem gerar desconforto aos participantes. Três utentes eram do sexo masculino, com média de idades de 31 anos e encontravam-se em tratamento em ambulatório. Os restantes utentes eram dois do sexo masculino e uma do sexo feminino, com média de idades de 30 anos, encontrando-se institucionalizados.

O questionário sofreu algumas alterações resultantes destas duas análises realizadas – análise realizada pelos especialistas e análise cognitiva.

Finalmente, após uma análise psicométrica preliminar, optou-se por eliminar a subescala da Amotivação, dado todos os participantes no estudo já se encontrarem integrados em programas de tratamento para a dependência de substâncias. A versão final do questionário (Anexo) passou, assim, a incluir 37 itens, distribuídos por 4 dimensões (Tabela 1):

Tabela 1. Estrutura do Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias

Subescala	Itens	Valor máximo e valor mínimo
Motivação Autónoma	3, 4, 9, 13, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 27	Mínimo: 11 Máximo: 55
Motivação Controlada	1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 20, 22, 24, 26, 28, 29	Mínimo: 18 Máximo: 80
Relação com os Profissionais de Saúde	30, 31, 32, 33	Mínimo: 4 Máximo:20
Competência Percebida	34, 35, 36, 37	Mínimo: 4 Máximo:20

O valor mínimo que é possível obter em cada item é 1 e o valor máximo é 5. O valor de cada subescala resulta do somatório dos valores obtidos nos itens que a constituem. Desta forma quanto maior o valor total obtido em cada subsescala, maior o nível de motivação autónoma e controlada, melhor relação com os profissionais e maior competência percebida.

Após a construção do questionário foram contactadas instituições associadas ao tratamento da dependência de substâncias, tendo sido explicados os objectivos do presente estudo, foram apresentados os questionários que iriam ser administrados, esclareceu-se o número de utentes que se pretendia que participassem, bem como a duração estimada do preenchimento dos instrumentos. De realçar que foi

salientada a vantagem que esta investigação poderia ter para as instituições de acolhimento: o instrumento em construção poderá constituir-se como um material de avaliação na área do tratamento da dependência de substâncias. Assim sendo, foi solicitada a autorização por escrito aos Directores de cada instituição, acompanhada pelo Projecto de Investigação, pelo Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, e pelo Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias. A inclusão dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: 1) serem indivíduos que apresentassem perturbações pela utilização de substâncias; 2) que se encontrassem em tratamento nas instituições referidas anteriormente; 3) com idade igual ou superior a 18 anos; e 4) que assinassem o consentimento informado para participarem no estudo. O questionário foi administrado a cada participante individualmente num gabinete das instituições, onde se pretendeu proporcionar um espaço acolhedor que garantisse a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos e, consequentemente, diminuir o constrangimento social. As questões éticas subjacentes a qualquer processo de investigação foram salvaguardadas, de modo a que os direitos dos participantes e a entidade acolhedora fossem protegidos. Os participantes foram informados sobre os objectivos do estudo, os métodos que seriam adoptados, de que não se previam riscos/custos da sua participação, bem como de que tinham o direito de recusar a todo o tempo a sua participação, sem que dessa opção decorresse qualquer prejuízo pessoal. Relativamente à análise dos dados recolhidos, recorreu-se aos seguintes procedimentos estatísticos: análise em componentes principais, alfa de Cronbach, correlação de cada item com a subescala a que pertence e com as outras subescalas, corrigida para sobreposição; teste t de Student; e One-Way Anova.

RESULTADOS

Com o objectivo de testar a validade do instrumento, procedeu-se a uma análise em componentes principais (Tabela 2).

Tabela 2: Análise em componentes principais

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0,64		
2	0,57		
3	0,46		
4	0,42		
5	0,49		
6	0,56		
7	0,60		
8	0,54		
9	0,49		
10	0,70		
11	0,67		
12	0,52		
13	0,48		
14	0,45		
15	0,67		
16	0,65		
17	0,47		
18	0,56		
19	0,55		
20	0,74		
21	0,65		
22	0,62		
23	0,53		
24	0,70		
25	0,63		
26	0,08		
27	0,59		
28	0,61		
29	0,56		
30			0,61
31			0,54
32			0,55
33			0,53
34		0,55	
35		0,54	
36	0,34	0,20	
37		0,49	

A análise em componentes principais aponta, de forma geral, para a existência de 3 factores, que explicam 44,19% da variância: motivação, relação com os profissionais e competência percebida. Apenas um dos itens (Item 36 - “Sou capaz de me manter abstinente para sempre”) não satura no factor a que teoricamente deveriam pertencer. No entanto, a diferença nas cargas factorial deste item no 1º e 2º factores é muito pequena.

Calculou-se o alfa de Cronbach como medida de consistência interna do instrumento (Tabela 3). Apesar de, na análise em componentes principais, a subescala motivação aparentar ser una, procedeu-se a uma análise da consistência interna desta subescala considerando-se dois domínios teoricamente definidos - Motivação Autónoma e Motivação Controlada -, por um lado, porque se optou por respeitar os pressupostos teóricos subjacentes à construção do instrumento e, por outro, por se considerar esta distinção de grande importância para o planeamento e implementação de programas de intervenção.

Tabela 3: Consistência interna das subescalas e do questionário total

	Alfa de Cronbach
Motivação Autónoma (11 itens)	0,87
Motivação Controlada (18 itens)	0,91
Relação com os Profissionais de Saúde (4 itens)	0,83
Competência Percebida (4 itens)	0,75
Questionário Total	0,93

No que diz respeito à análise da fidelidade deste instrumen- to, a avaliação do alfa de Cronbach revelou uma excelente consistência interna para o instrumento globalmente consi- derado e boa consistência interna para as quatro subescalas teoricamente definidas.

Em relação à validade dos itens foi efectuada uma análise da correlação de cada item com a subescala a que pertence (validade convergente), corrigida para sobreposição, e de cada item com as outras subescalas (validade discriminante) e com o score total (Tabela 4).

Tabela 4: Correlação de cada item com a subescala a que pertence e com as outras subescalas, corrigida para sobreposição (N=321).

	Motivação Autónoma	Motivação Controlada	Relação com os Profissionais	Competência	Score Total
1	0,48	0,59	0,31	0,26	0,64
2	0,39	0,60	0,24	0,17	0,58
3	0,57	0,37	0,19	0,26	0,42
4	0,51	0,29	0,21	0,23	0,38
5	0,30	0,50	0,22	0,20	0,50
6	0,32	0,66	0,15	0,16	0,61
7	0,52	0,52	0,21	0,32	0,57
8	0,31	0,63	0,19	0,11	0,59
9	0,65	0,30	0,23	0,25	0,42
10	0,45	0,72	0,31	0,29	0,72
11	0,44	0,62	0,36	0,33	0,67
12	0,42	0,55	0,22	0,16	0,55
13	0,43	0,41	0,22	0,23	0,46
14	0,24	0,50	0,21	0,13	0,51
15	0,48	0,64	0,31	0,29	0,66
16	0,46	0,65	0,33	0,28	0,74
17	0,49	0,31	0,32	0,38	0,43
18	0,62	0,39	0,29	0,35	0,51
19	0,56	0,39	0,30	0,39	0,50
20	0,52	0,70	0,30	0,32	0,72
21	0,71	0,46	0,31	0,34	0,58
22	0,40	0,67	0,23	0,20	0,64
23	0,59	0,32	0,28	0,39	0,45
24	0,58	0,56	0,35	0,37	0,66
25	0,73	0,40	0,28	0,42	0,54
26	-0,003	0,20	-0,04	-0,09	0,18
27	0,60	0,41	0,36	0,36	0,53
28	0,42	0,61	0,24	0,22	0,64
29	0,36	0,57	0,28	0,20	0,59
30	0,27	0,24	0,69	0,23	0,37
31	0,33	0,31	0,56	0,43	0,44
32	0,38	0,31	0,72	0,28	0,44
33	0,31	0,23	0,66	0,23	0,36
34	0,47	0,20	0,32	0,70	0,39
35	0,47	0,24	0,36	0,70	0,41
36	0,28	0,25	0,23	0,39	0,34
37	0,38	0,19	0,32	0,58	0,34

A análise da correlação dos itens de cada subescala com o questionário total mostrou que os itens das 5 subescalas apresentam correlação igual ou superior a 0,40 pontos, com excepção dos itens 3, 26, 30, 33, 34, 36 e 37, confirmando, globalmente, a validade do instrumento.

A análise da correlação de cada item com as subescalas a que pertencem demonstrou que, à excepção dos itens, 5 e 36, os itens apresentam correlações superiores a 0,40, sendo que estas são superiores em 10 pontos à correlação com as outras subescalas (à excepção dos itens 7, 24, 26), corroborando a validade convergente/discriminante do questionário.

Procurou-se, ainda, testar a sensibilidade do instrumento analisando se existem diferenças entre indivíduos que fizeram tentativas prévias de tratamento para a dependência de substâncias e indivíduos que procuram pela primeira vez o tratamento. Verificou-se que os dois grupos se distinguem ao nível da Competência Percebida (t=0,022; p<0,01), mas não no que respeita à Motivação Autónoma (t=-0,76; p>0,05), Motivação Controlada (t=-0,41; p>0,05), nem no que respeita à Relação com os Profissionais (t=-1,37; p>0,05) (Tabela 5).

Tabela 5: Médias e desvios-padrão das subescalas do grupo que já tinha efectuado tratamentos anteriores e do grupo que se encontra pela primeira vez em tratamento.

	Tratamento anterior para a dependência de substâncias	M	DP
Motivação Autónoma	Sim	45,15	4,96
	Não	45,56	4,16
Motivação Controlada	Sim	63,11	12,12
	Não	63,68	11,90
Relação com Profissionais de Saúde	Sim	13,08	2,25
	Não	13,44	2,24
Competência Percebida	Sim	12,60	2,03
	Não	13,14	2,06

A sensibilidade foi, também, testada, analisando-se se existiam diferenças estatisticamente significativas entre participantes que se encontravam em distintas fases de tratamento - Acolhimento, Comunidade Terapêutica e Reinserção Social. Procedeu-se à análise com One-Way Anova, seguido do teste pos-hoc de Bonferroni, tendo os resultados revelado que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível da subescala Motivação Autónoma, F(2,78)=3,59; p<0,05, entre os participantes que se encontram na fase de Acolhimento (M=46,91; DP=3,79) e na fase de

Reinserção Social (M=46,82; DP=2,71). No entanto, esses dois grupos não se distinguem de forma estatisticamente significativa dos participantes que se encontram na fase de Comunidade Terapêutica (M=44,03; DP=5,05). Relativamente às restantes subescalas, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os partici- pantes que se encontravam em diferentes etapas do processo: Motivação Controlada (F(2,78)=2,01; p>0,05); Relação com os Profissionais de Saúde (F(2,78)=2,10; p>0,05) e Competência Percebida (F(2,78)=0,50; p>0,05).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pretendeu-se com este estudo desenvolver o Questionário de Auto-Regulação no Tratamento da Dependência de Substâncias. Para a construção deste instrumento realizou-se uma revisão da literatura, uma revisão de instrumentos desenvolvidos no domínio da auto-regulação e foi solicitado o parecer de especialistas, bem como houve o cuidado de se conduzir uma análise cognitiva com elementos da população alvo. No seu formato final, o questionário é constituído por 4 subescalas - motivação autónoma, motivação controlada, relação com os profissionais e competência percebida-, com uma escala tipo Likert, oferecendo 5 opções de resposta. O questionário evidenciou possuir uma excelente consis- tência interna e globalmente uma boa validade. No entanto a análise em componentes principais sugere a organização do questionário em três fatores (Motivação; Relação com os Profissionais e Competência Percebida), não distinguindo Motivação Autónoma da Motivação Controlada. Ainda assim, na estrutura final, foram mantidas as quatro subescalas, por dois motivos: em primeiro lugar pela robustez teórica do modelo de auto-regulação, e, em segundo lugar, pela pertinência do ponto de vista do tratamento, uma vez que, desta forma, poderá fornecer informações importantes do ponto de vista clínico. No entanto, considera-se essencial uma análise mais aprofundada da estrutura do instrumento em estudos futuros. O questionário apresenta também uma razoável sensibili- dade, permitindo distinguir indivíduos que já tenham feito tentativas prévias de tratamento para a dependência de substâncias dos indivíduos que se encontram a fazer uma primeira tentativa de tatamento relativamente à competência percebida, bem como distinguir indivíduos em diferentes etapas de tratamento – acolhimento, comunidade terapêutica e reinserção social – relativamente à motivação autónoma. Os resultados parecem sugerir que os indivíduos que fizeram tratamentos anteriores e, consequentemente, fracassaram apresentam uma auto-eficácia diminuída, aspecto que será importante ter em conta ao nível da intervenção. A análise da discriminação de grupos sugere que existem

diferenças ao nível da subescala da motivação autónoma nas fases de acolhimento e na de reinserção social. Estes resultados indicam que nas fases inicial (acolhimento) e final (reinserção social) do tratamento, a motivação autónoma é superior. O decréscimo da motivação autónoma na fase de comunidade terapêutica pode dever-se ao facto de, neste contexto, os participantes, ainda que possam situar-se em estádios de acção, se encontrarem mais isolados e sujeitos a regras comportamentais mais rigorosas, podendo experimentar maior controlo. Em síntese, o Questionário de Auto-Regulação para o Tratamento da Dependência de Substâncias revelou-se um instrumento fiel, válido e sensível, bem aceite pelos respondentes e de rápida resposta. Cremos que poderá constituir uma ferramenta útil para a avaliação e o tratamento da dependência de substâncias. Um estudo aprofundado da temática da auto-regulação na dependência de substâncias parece ser de extrema importância na orientação e intervenção terapêutica. Este questionário poderá constituir um contributo para a orientação da intervenção terapêutica, quer no início do tratamento, quer ao longo do processo, permitindo uma selecção mais adequada destas intervenções, que tenha em conta a motivação do utente, relação com os profissionais e competência percebida. Sugere-se a realização de estudos futuros para uma análise mais aprofundada relativamente à estrutura factorial do instrumento, nomeadamente com amostras mais alargadas, bem como o seu teste em estudos de natureza longitudinal, que permitam acompanhar o mesmo grupo de indivíduos ao longo das distintas etapas do tratamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi.

Boekaerts, M., Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation across domains of applied psychology: Is there as emerging consensus? *Applied Psychology*, 54, 149-154. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00201.x

Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, R., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007

Carver, C. (2004). Self-regulation of action and affect. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 13-39). New York: The Guilford Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Efklides, A. (2005). Motivation and affect in the self-regulation of behavior. *European Psychologist*, 10, 173-174. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.10.3.173>

Efklides, A., Niemivirta, M., & Yamauchi, H. (2002). Introduction: Some issues on self-regulation to considerer. *Psychologia*, 45, 207-210. <http://dx.doi.org/10.2117/psysoc.2002.207>

Kennedy, K., & Gregoire, T.K. (2009). Theories of motivation in addiction treatment: Testing the relationship of the transtheoretical model of change and self-determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 163-183. doi: 10.1080/15332560902852052

Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J (2007). Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 21, 691-702. doi: 10.1093/her/cyl148

Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology*, 54, 267-299. doi: 10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x

Marques, M., Gucht, V.D., Maes, S., Gouveia, M.J., & Leal, I. (2012). Psychometric properties of the Portuguese version of the Treatment Self-Regulation Questionnaire for Physical Activity (TSRQ - PA). *Psychology, Community & Health*, 1, 212–220. <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i2.32>

Mestre, S. (2010). A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens adultos (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.

Murtagh, A. & Todd, S. (2004). Self-regulation: A challenge to the strength model . *Journal of Articles in Support of the Null Hypothesis*, 3, 19-51.

Ryan, R. & Deci, L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Ryan, R. & Deci, L. (2008). A self-determination theory approach to psychotherapy: The motivacional basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012753>

Ryan, R., Plant, R. & O`Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patients characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20, 279-297. doi:10.1016/0306-4603(94)00072-7

Ryan, R.M., & Deci, E. L. (2006). Self-regulation and the problem of human autonomy: Does psychology need choice, self-determination, and will? *Journal of Personality*, 74, 1557–1586. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x

Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.

Sayette, M.A. (2004). Self-regulation failure and addiction. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 447–465). New York: The Guilford Press.

Vansteen, M.; Williams, & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom.up intervention development: autonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 1-11. doi:10.1186/1479-5868-9-23

Vohs, K. & Baumeister, R.F (2004). Understanding self-regulation: an introduction. In R.F. Baumeister, & K.D. Vohs, *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 1-9). New York: The Guilford Press.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS “NOVAS E VÉLHAS DROGAS” E SEUS CONSUMIDORES: UM ESTUDO COMPARATIVO JUNTO DE JOVENS DE MEIO DESQUALIFICADO – DIMENSÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA.

MARCOS TAIPA RIBEIRO

LICENCIADO EM SERVIÇO SOCIAL, PÓS GRADUAÇÃO EM REINserÇÃO, MESTRADO EM
PSICOLOGIA DO COMPORTAMENTO DESVIANTE- TOXICODependências,
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA.
ADJUNTO DO DIRETOR DO
ESTABELECIMENTO PRISIONAL DO PORTO
RUA BERNARDINO CARNEIRO, Nº 70 – 3º ESQ.
4590-172 – PAÇOS DE FERREIRA.
TELEPHONE: 919743725

RESUMO

Através de uma metodologia mista (qualitativa e quantitativa), analisa-se - comparativamente - as representações sociais sobre as “novas drogas” (novos padrões de consumo) e sobre as “velhas drogas” (padrões de consumo tradicionais) e seus consumidores, em dois grupos de jovens, oriundos de contextos desqualificados e situados em dois escalões etários distintos (12-15 e 22-25 anos). Pretende-se contribuir para a compreensão da alteração dos padrões de consumo de drogas que se registam na atualidade. E parte do pressuposto que tal modificação dos padrões de consumo, poderá encontrar as suas explicações, entre outras, no diferente conjunto de representações sociais entre faixas etárias distintas, representativas de períodos desenvolvimentais também eles divergentes (entrada na adolescência e entrada na idade adulta), na medida em que diferentes predisposições atitudionais e discrepantes opiniões poderão redundar em divergentes adopções de padrões de consumo.

SUMMARY

Using a double methodology (both qualitative and quantitative), we analyse and compare social representations on “new drugs” (new consumption patterns) and “old drugs” (traditional consumption pattern) and its consumers. We used two youngsters groups coming from difficult backgrounds (social and economically) and belonging to two age ranges (12-15 and 22-25). Through the same, it is intended to contribute for the understanding of the alteration of the standards of consumption of drugs that are registered today. Supposing that such modification of the consumption standards, are able to find its explanations, among others, in the different set of social representations between distinct age groups, represented by divergent evolution periods (entrance in the adolescence and entrance in the adult age), as far as different attitudes and opinions might materialize themselves in different consumption patterns.

INTRODUÇÃO

Por toda a Europa registam-se alterações ao nível dos padrões de consumo de substâncias psicoativas. Um périplo por documentos que registam dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas permite constatar que o cenário do consumo destas substâncias está a sofrer sérias mutações. O consumo de heroína tem vindo a diminuir desde há várias décadas e, a contrastar com esta configuração, o consumo das “novas drogas” a aumentar. No que se refere a Portugal, apartir dos anos 70, assiste-se a uma desterritorialização dos consumos, trazidos pelos combatentes de Ultramar, sobretudo baseado no consumo de cannabis (Agra, C. 1993). Com a chegada dos anos 80 o tráfico expande-se nas zonas desqualificadas e a heroína conhece uma forte procura a partir da década de 90, referindo-se Chaves (1999) a um “boom” da sua procura, sobretudo junto de bairros sociais como é o exemplo o Casal Ventoso na cidade de Lisboa. Escusando sempre por enveredar por uma relação causal e determinista na interpretação deste fenómeno, as próximas “linhas” assumem as representações sociais como mecanismo imbuído de potencial explicativo e interpretativo do mesmo. Relatando de outra forma, parte-se de uma hipótese teórica, a qual associa a modificação dos consumos a diferentes sentidos das representações sociais sobre os consumos dos novos padrões de substâncias psicoativas e dos tradicionais padrões de consumo e dos atores que fazem parte desses padrões. As representações sociais comportam capacidade de induzir comportamentos e condutas. Deste modo, pretende-se conhecer as representações sociais, e sua tendência, junto de dois grupos distintos, sobre as “novas e as velhas drogas” e seus consumidores. Os grupos sobre os quais recai a análise situam-se entre os 12 e os 15 anos e os 22 e 25 anos. Tal escolha acontece porque, por um lado estamos perante duas faixas etárias que representam a entrada na adolescência (12/15 anos) e na idade adulta (22/25 anos), o que significa que aqui estão representados dois períodos desenvolvimentais distintos, gerações diferenciadas e vivências heterogéneas. Se a estes factores adicionarmos a análise de estudos epidemiológicos que demonstram que é nas faixas etárias, apelidemos de intermédias (na casa dos 25 anos), que o consumo de heroína é mais elevado e, o consumo de “novas drogas” na faixa etária dos 15 aos 24 anos, percebe-se o porquê das unidades de análise obedecerem a estes intervalos. Por outro lado, a amostra tinha ainda como imperativo a condição dos jovens serem oriundos de contextos desqualificados (Paugam, 1991) e não serem consumidores ou não serem consumidores problemáticos (Diaz, 1998). A metodologia utilizada, é mista (qualitativa e quantitativa) o que de resto se impõe pela exiguidade de estudos neste âmbito. Aplicou-se, num primeiro momento, uma entrevista

a 20 sujeitos com o intuito de fazer emergir categorias que pudessem orientar os itens a incluir no instrumento de observação quantitativo. Num segundo momento criou-se, a partir da fase qualitativa, uma escala de Likert sobre atitudes e opiniões, a qual se submeteu a um pré teste tendo-se por fim aplicado a mesma, depois de reformulada, a uma população de 300 sujeitos a vivenciarem contextos desqualificados (150 entre os 12 e os 15 anos e mais 150 entre os 22 e os 25 anos). Esta fase consistiu, através de uma escala de Likert, em medir opiniões, atitudes e juízos sobre o objecto mencionado (representações sociais, sobre as novas e as velhas drogas e seus consumidores), entidades estas que consubstanciam as representações sociais.

OBJECTIVOS/HIPÓTESE TEÓRICA DO ESTUDO

Todo o estudo é orientado pela hipótese das representações sociais dos jovens e jovens adultos, sobre as novas e velhas drogas e seus consumidores, apresentarem diferentes tendências e estas influenciarem a adopção de diferentes padrões de consumo. Este estudo pretende, por um lado, dar conta dos princípios organizadores do pensamento dos sujeitos da amostra, para numa segunda fase inteirar-se das orientações/tendências desses pontos de referência e tomadas de posição comuns (Doise; Clemence; Lorenzo-Cioldi, 1992). As questões colocadas aos interlocutores, incidem sobre a tradicional figura do consumidor de heroína, o “junkie consumidor de heroína” (enquanto droga de eleição) e sobre a “inovadora” figura do consumidor de novas drogas, que aqui se apelidará de “junkie pastilhado” (Falcón e Avillés, 2002). O junkie da heroína é representado socialmente como o sujeito descuidado, desregrado e uma figura ameaçadora, vivendo no imediatismo, cuja substância heroína ocupa uma posição nuclear no seu mundo. A substância produz um estilo de vida e uma maneira de estar na vida que impele à dependência bio-psico-social Quanto ao consumidor de “novas drogas”, a figura aqui abordada refere-se a sujeitos que percorrem um estilo de vida comum, consubstanciado numa indumentária, estilo de vida, frequência de lugares, de referências comuns onde as “festas” aparecem como elemento agregador de toda esta forma de se posicionarem perante o mundo. No sentido de melhor clarificar a figura aqui esplanada recorra-se a Chaves (1988) que designa este universo de “vie-en-rose” ou Silva (2004) que, no seu estudo sobre culturas de musica e dança electrónica associam este movimento juvenil com o “tecno” bem como Rebelo e Lopes (in Pais, 1999) que identificam este tipo de atores como adeptos do techno. É o junkie das drogas de desenho (Falcón e Avillés. 2002). Este estudo elegeu a heroína como “representante” das “velhas drogas” e o ecstasy e as drogas de desenho, como

“representante” das “novas drogas”. Por um lado, porque se parte da convicção de que no imaginário do senso comum assim é, que tais racionalizações correspondem ao sentir comum, e por outro, porque por razões prático-metodológicas seria de grande dificuldade observar a realidade sobre todas as novas e velhas drogas. O termo tem tanto de impreciso como de cómodo. Impreciso porque alude a drogas inscritas desde há muito tempo nas nossas realidades ou em outras ocidentais, servindo essencialmente para designar novos e velhos padrões de consumo. Cómodo porque abarca todo um conjunto de novas drogas (algumas bem ancestrais), e todo o seu sentido, que desde o início do século XX entram no mercado nacional, cada vez com mais ímpeto. Sendo uma das condições da amostra estar-se perante jovens oriundos de contexto desqualificados, torna-se imperioso que desde logo se defina o que se entende por tal conceito. Estes espaços denominados de desqualificados são herdeiros da revolução industrial e do crescimento abrupto das cidades a partir de finais do séc. XIX. As populações que os habitam, são marcadas pela parca posse de recursos económicos, sociais, simbólicos e culturais. Os seus processos de socialização são marcados pela horizontalidade (sobretudo vivenciados na rua e focalizados no grupo de pares) para o que contribui a falta de espaço e de condições habitacionais, o desconforto da habitação. São espaços à margem e marginalizados, estigmatizados e espacialmente periféricos. São espaços desqualificados numa relação interactiva e simbólica com os espaços “in” e seus habitantes. As populações que os habitam são marcadas por um conjunto de vulnerabilidades e constrangimentos sociais: altas taxas de abandono escolar; índices elevados de analfabetismo; iniciação precoce da vida activa; casamentos e gravidezes prematuras; precariedade laboral; fracos recursos económicos; problemas de saúde; desafeição ao trabalho; actividades desviantes e/ou ocultas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi alicerçado sob a égide de uma metodologia mista. Inicia-se com um método qualitativo para posteriormente se adotar um método quantitativo. Abre-se com a técnica de entrevista semi-estruturada para depois se utilizar uma escala de likert. Descerra-se o estudo com a técnica de análise de conteúdo para depois se passar à análise estatística de dados. Com esta metodologia pretende-se criar conceitos, dimensões pertinentes, para numa segunda fase utilizá-los na concepção de uma escala de likert, percebendo as tendências das representações sociais emergidas. O objectivo que se pretende, com este tipo de metodologia, é alcançar ideias, conceitos, elementos que irão ser verificáveis através de análises estatísticas. Em síntese, temos o quantitativo a consubstanciar o qualitativo. Já aqui foi referido que a abordagem qualitativa foi usada

numa perspectiva exploratória. Realizaram-se 20 entrevistas em que 10 foram efetuadas junto de uma população entre os 12 e os 15 anos e outras 10 junto de uma população de jovens entre os 22 e os 25 anos. As primeiras foram recolhidas na Escola EB2,3 do Cerco do Porto e as segundas a formandos do Centro de Formação Profissional do Cerco do Porto. A escolha destes dois locais relaciona-se com o facto dos mesmos acolherem adolescentes e jovens oriundos de meio desqualificado, que comportam handicaps ao nível profissional, escolar e económico. Em termos de instrumentos de observação da realidade, de penetração no domínio representacional de cada indivíduo, eram várias as possibilidades, acabando-se por optar pelas entrevistas semidirectivas, no que se refere à observação qualitativa. Relativamente à observação quantitativa, a amostra seria-da teve como principal preocupação constituir-se sob as características idênticas às da população que pretendem representar, através de um método “aleatório simples”. O principal objectivo não foi o da representatividade mas o do rigor da amostra, a sua ciêntificidade. Não foi o da sua validade interna mas o da sua validade externa. Esta cumpriu os imperativos de seriar jovens de contexto desqualificado, num total de 300 (150+150), não consumidores ou consumidores não-problemáticos. No caso do grupo dos 12-15 anos optou-se por uma “administração assistida”. As instituições escolhidas foram a Escola Secundária do Cerco do Porto, o Projecto Qualificar para Incluir e o Colégio Barão Nova Sintra1. Para o grupo dos 22-25 anos procedeu-se a um número superior a 25 contactos2. O pré-teste, foi aplicado a uma amostra de 20 sujeitos, numa proporção equitativa de 10 mais 103. Foram alterados vários itens e eliminados outros. O critério para a alteração ou eliminação dos itens, foi o da presença de um número superior a 40% de respostas “não concordo nem discordo”4e ainda o resultado observado a partir de uma discussão que foi promovida no final da sua aplicação. De um total de 98 itens obteve-se 58. O instrumento escolhido para cumprir a segunda parte deste estudo, foi uma escala de Likert. O objectivo deste é recolher opiniões, atitudes ou juízos prévios individuais, para depois os agregar em princípios orientadores comuns, de cada grupo de sujeitos (Doise; Clemence; Lorenzi-Cioldi, 1992). A escala é constituída por “frases” que relatam opiniões e atitudes acerca do objecto em questão, no sentido positivo e negativo. O sujeito posiciona-se perante as mesmas através de valores de 1 a 5. O 1 significa discordar absolutamente com a frase proposta e o 5, no extremo oposto, significa o concordar em absoluto. A escala comporta ainda um ponto neutro (não concordo nem discordo), colocado intencionalmente no final da escala para não influenciar os respondentes (Foddy, 1996). Este tipo de escala pretende extrair a intensidade dos elementos, de forma gradativa, onde cada interlocutor é convidado a posicionar-se ao longo de um contínuo valorativo.

TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO RECOLHIDA

ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A análise dos dados qualitativa operou-se através da técnica de análise de conteúdo. O objectivo foi o de se deduzir os elementos cruciais do discurso dos sujeitos. Perceber o sistema de pensamento da fonte (Vala, 1990 in Silva e Pinto, orgs). O tipo de análise de conteúdo seguida foi a temática (Quivy e Campenhautd, 1992), categorial e as unidades de registo alvo de análise foram recrutadas pelo critério “frase-ideia”. Foram contabilizadas as categorias através do critério da “frequência simples” e analisou-se a frequência das ocorrências (Vala, 1990 in Silva e Pinto, Orgs). Optou-se por um sistema de “categorização por milhas”. A unidade de enumeração utilizada foi a geométrica, que permite “contar o número de vezes que aparece um determinado conteúdo” (Gighlione e Matalon, pp: 92). Os dados que se apresentam de seguida não distinguem as categorias encontradas no grupo dos 12-15 anos ou dos 22-25 anos. Em forma de resumo, e sobre esta primeira parte da entrevista, focalizada no fenómeno da toxicodependência, concluí-se que são 4 as categorias mais representadas nestes grupos, sobre as novas e as velhas drogas.

I

Categorias
Consequências positivas e negativas a nível social e físico
Substâncias: depressoras (heroína); estimulantes (cocaína) e as entactógeneos (ecstasy)
Dependência - Grau de dependência das substâncias
Contextualização dos consumos por relação aos espaços e à faixa etária.

II

Resumidamente, nesta dimensão da entrevista que se centrou na figura do consumidor, emergiram 8 categorias.

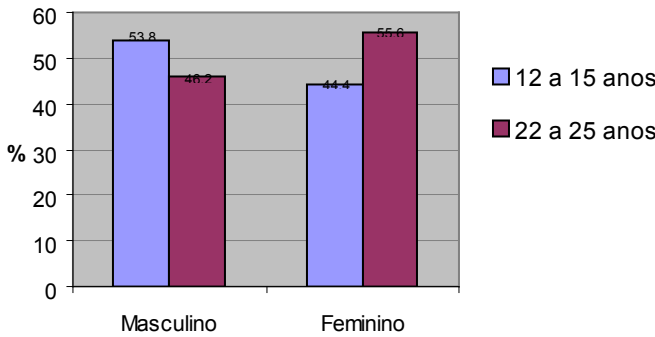
Categorias
Imagem - degradação associada a cada tipo de consumidor e à agremiação destes à figura de indigente e vagabundo e preocupação com a imagem
Consequências positivas e negativas - associadas a cada tipo de consumidor. Consequências físicas, psicológicas e sociais, possibilidade de recuperação do consumo; comprometimento do futuro; ausência de consequências.
Características de personalidade - da qual fazem parte a classificação de autónomo/independente, normalidade e exibicionista.
Forma de estar na vida/estilo de vida - consubstanciado na dimensão preocupação com a imagem, gosto pela vida e funcional em meio familiar.
Atitudes face a cada tipo de consumidor - positivas e negativas. As primeiras referindo-se a à compreensão do consumidor, à piedade sentida face aos consumidores e ainda a uma atitude não geradora de exclusão. As segundas enfatizam o medo, a repulsa, o distanciamento.
Sentimentos positivos e negativos5 - Como positivos a segurança e a confiança.
Cognições

ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Codificou-se e transcreveu-se cada uma das respostas, distribuídas pelos dados ordinais para além dos dados sócio-demográficos (o sexo masculino foi codificado com o número 1 e o feminino com o número 2). As restantes respostas foram codificadas entre 1;2;4;5;3. As questões/itens sem resposta foram codificadas com o número 9. A variável dependente “idade” foi codificada a partir de uma variável escalar. O tratamento estatístico foi realizado através do programa informático SPSS. As operações estatísticas levadas a cabo consistiram na utilização do teste de “qui-quadrado” para as amostras independentes (sexo e grupo etário) Em segundo lugar procedeu-se a testes de “análise factorial6” para cada uma das escalas. Após a identificação destes factores7, no sentido de se perceber as diferenças entre os mesmos, aplicou-se o “test t”, comparando-se8 diferenças significativas nas variáveis independentes “sexo” e “idade”. Um último passo consistirá em apresentar uma perspectiva critica e integradora do estudo levado a cabo numa relação dinâmica entre construtos teóricos e resultados estatísticos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

a) Amostra



A amostra distribuí-se equitativamente entre os sujeitos do sexo masculino e feminino.

		Sexo		χ²	p
		Masculino	Feminino		
Idade	12 a 15 anos	53,8%	44,4%	2,566	0,109
	22 a 25 anos	46,2%	55,6%		

Gráfico I – Distribuição da amostra por sexo e idade (%).

Tabela I – Cruzamento do sexo pela idade e nível de significância do teste do Qui-Quadrado (p).

O gráfico I, mostra que as diferenças existentes nas distribuições dos jovens da amostra dos dois escalões etários pelo sexo, não foram significativas (p= 0.109 > 0.05). As operações estatísticas de análise factorial implicam que antecipadamente se extraíssem factores. Esta operação deu-se a partir do método de componentes principais – método estatístico multivariado e assim, apurou-se as variáveis que estão relacionadas entre si. Tal método, permitiu perceber que diferentes variáveis se agregam no mesmo conceito/ factor (Pestana e Gageiro, 2003).

Após esta operação utilizou-se o critério de Kaiser – teste KMO (idem), de valores próprios superiores a 1, para se determinar o número de factores a reter. Em terceiro lugar, utilizou-se uma rotação ortogonal “varimax” (ibidem), para a interpretação dos factores retidos9. Relativamente à subescala/dimensão sobre a “toxicodependência”, o teste KMO não atinge o valor mínimo de 0.5 (Pereira, 2002), que permitiria concluir acerca da correlação entre variáveis. Este foi de 0.449 – KMO. Sendo este valor muito próximo dos exigidos 0.5, decidiu-se pela aplicação do “teste de esfericidade de bartlett” em que p = 0.000 (Pestana e Gageiro, 2003). Logo tal valor permite considerar que existe correlação entre as variáveis desta escala e assim aplicar-se-á o modelo factorial. Foram extraídos 3 factores que explicam 64.4% da variância total

Quadro I – Factores da “Escala geral sobre a toxicodependência”

Número do factor	Factor
Factor 1	Informação acerca da toxicodependência
Factor 2	Consequências sociais da toxicodependência
Factor 3	Consequências físicas da toxicodependência

Na subescala sobre as “novas drogas”, encontraram-se 6 factores. O teste de KMO foi de 0.793, o que significa que se está perante uma muito boa correlação. O teste de “esfericidade de barlett” (p= 0.000) corrobora estes resultados, considerando existir correlação entre as variáveis desta sub escala. Foram extraídos 6 factores que explicam cerca de 52.4% da variância total dos dados iniciais.

Quadro I I - Factores da “Escala sobre novas drogas”

Número do factor	Factor
Factor 1	Medo e repúdio do consumidor de novas drogas
Factor 2	Estilo de vida/maneira de estar na vida positiva
Factor 3	Relação entre o consumo de novas drogas e as características da personalidade e necessidade de auto afirmação
Factor 4	Consumidores funcionais/integrados
Factor 5	Associação do consumo de novas drogas ao consumo/contextos problemáticos
Factor 6	Consumidores de novas drogas enquanto pessoas infelizes

Por fim, a subescala da heroína, encontraram-se 8 factores/construtos psicológicos que explicam 58.6% da variância total dos factores iniciais O teste KMO é igual a 0.772. O teste de esfericidade de barlett (p=0.000), permite concluir por uma boa correlação entre as variáveis desta subescala e possibilita a aplicação do modelo factorial. Extraíram-se 8 factores que explicam cerca de 58.6% da variância total dos dados iniciais.

Quadro III -”Factores da “Escala sobre heroína”

Número do factor	Factor
Factor 1	Consequências sociais e psicológicas do consumo de heroína
Factor 2	Sentimento/opinião estigmatizante do consumidor de heroína
Factor 3	Consumidor de heroína: Figura normativa e normal
Factor 4	Consumidor de heroína: Vítima com necessidade de ajuda
Factor 5	Associação da heroína a um escalão etário específico
Factor 6	Ausência de consequências físicas e psicológicas provocadas pelo consumo de heroína
Factor 7	Consumidor de heroína: figura disfuncional
Factor 8	Consumidor de heroína: Figura inócua.

Teste T para a diferença de médias das amostras independentes sexo e idade

Após estas operações criaram-se índices10 para cada um dos factores (idem)11.
Representações Sociais sobre a Toxicodependência

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DO SEXO

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas somente para a variável sexo no índice “consequências físicas”, com um nível de significância de 0.034.
O sexo masculino associa mais o fenómeno da toxicodependência a consequências físicas que o feminino.

Quadro IV

Escala geral sobre toxicodependência: diferenças em função do sexo

Índice	Sexo	N	Média	D.p	t	Sig.
Informação	Masculino	169	2,7	1,1	0,95	0,342
	Feminino	124	2,5	1,0		
Cons. sociais	Masculino	173	2,8	0,9	-0,47	0,635
	Feminino	122	2,9	0,8		
Cons. físicas	Masculino	172	3,6	1,0	-2,13	0,034
	Feminino	121	3,9	0,8		

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DA IDADE

Nesta variável encontram-se diferenças significativas no índice “informação”, com um nível de significância de 0.033.
Os sujeitos pertencentes ao grupo dos 22-25 anos consideram estar mais bem informados acerca do fenómeno da toxicodependência.

Quadro V

Escala geral sobre a toxicodependência: diferenças em função da idade

Índice	Idade	N	Média	D.p	t	Sig.
Informação	12 a 15 anos	141	2,8	1,0	2,15	0,033
	22 a 25 anos	147	2,5	1,1		
Cons. sociais	12 a 15 anos	146	2,8	0,9	-0,72	0,471
	22 a 25 anos	144	2,9	0,8		
Cons. físicas	12 a 15 anos	142	3,7	1,1	-0,14	0,888
	22 a 25 anos	147	3,7	0,8		

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS “NOVAS DROGAS”

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DO SEXO

As diferenças significativas neste domínio situam-se nos índices “repúdio” (0.003) e “ modo de vida” (0.000).
Os sujeitos do sexo feminino associam menos, os consumidores de “novas drogas”, ao medo e a um sentimento repúdio que o sexo masculino. Há uma tendência mais negativa relativamente aos consumidores de “novas drogas”, por parte do sexo masculino.
Relativamente ao índice “estilo de vida/maneira de estar na vida (modo de vida)” positivo dos consumidores de novas drogas, o sexo feminino é mais discordante, penalizando mais, desta forma, o estilo de vida associado ao consumo de novas drogas.

Quadro VI

Escala sobre as ovas drogas: diferenças em função do sexo

Índice	Sexo	N	Média	D.p	t	Sig.
Repúdio	Masculino	170	3,5	0,9	-3,00	0,003
	Feminino	117	3,7	0,7		
Modo de vida	Masculino	171	3,1	0,9	-3,76	0,000
	Feminino	119	3,5	0,8		
Personalidade	Masculino	172	2,8	0,7	0,06	0,955
	Feminino	120	2,8	0,6		
Funcionalidade	Masculino	175	3,2	1,0	-1,60	0,111
	Feminino	120	3,4	0,9		
Problema	Masculino	171	3,4	1,0	0,89	0,376
	Feminino	125	3,3	0,9		
Infeicidade	Masculino	170	3,3	1,0	1,01	0,312
	Feminino	122	3,2	0,9		

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DA IDADE

As diferenças estatisticamente significativas centram-se nos índices “repúdio” (P= 0.000) e no índice “funcionalidade” com um (p= 0.003), no índice “problema” (p= 0.000) e ainda no índice “infelicidade” (p= 0.000). Tal significa que a faixa etária dos mais jovens (12-15 anos), exprime uma orientação predominantemente menos penalizadora e menos negativa do que os sujeitos da outra escala etária mais avançada (22-25), isto no que se refere aos índices repúdio e modo de vida. No sentido inverso, os mais velhos apresentam representações mais penalizantes no que se refere ao estilo de vida do consumidor de “novas drogas” e ainda demonstram um maior repúdio e ostracismo relativamente a esta figura. O grupo etário dos 22-25 anos assume uma representação tendencialmente mais positiva, no que se refere à integração (funcionalidade) dos consumidores de “novas drogas”,¹²considerando, mais do que os mais novos, que estes sujeitos estão integrados socialmente. Os sujeitos do grupo etário mais adiantado, associam mais por comparação com os mais novos, o consumo de “novas drogas” a contextos e consumos problemáticos. Assim como associam mais do que os mais novos, os consumidores de “novas drogas” a pessoas infelizes.

Quadro VII

Escala sobre as novas drogas: diferenças em função da idade

Índice	Idade	N	Média	D.p	t	Sig.
Repudio	12 a 15 anos	142	3,3	0,9	-5,42	0,000
	22 a 25 anos	140	3,8	0,6		
Modo de vida	12 a 15 anos	143	3,2	0,9	-1,58	0,114
	22 a 25 anos	142	3,4	0,9		
Personalidade	12 a 15 anos	144	2,8	0,8	-1,62	0,106
	22 a 25 anos	143	2,9	0,6		
Funcionalidade	12 a 15 anos	145	3,2	1,0	-2,14	0,033
	22 a 25 anos	145	3,4	0,9		
Problema	12 a 15 anos	145	3,0	1,0	-7,02	0,000
	22 a 25 anos	146	3,7	0,8		
Infelicidade	12 a 15 anos	143	3,0	1,0	-4,25	0,000
	22 a 25 anos	145	3,5	0,9		

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A HEROÍNA

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DO SEXO

Neste campo, as diferenças estatisticamente significativas emergem no índice “normativo” (p= 0.000) e no índice “ausência” (p = 0.027). O sexo feminino revela representações sociais sobre a normalidade e normatividade do consumidor de heroína mais penalizantes. Relativamente ao índice “ausência”, o sexo feminino discorda mais do que o sexo masculino sobre a inexistência de consequências físicas e psicológicas resultantes do consumo de heroína.

Quadro VIII

Escala sobre a heroína: diferenças em função do sexo

Índice	Sexo	N	Média	D.p	t	Sig.
Consequências	Masculino	171	3,7	0,8	-1,81	0,071
	Feminino	118	3,8	0,7		
Estigma	Masculino	174	3,3	0,9	-1,75	0,081
	Feminino	122	3,4	0,7		
Normativo	Masculino	169	3,0	1,1	-3,69	0,000
	Feminino	122	3,4	0,9		
Vitima	Masculino	171	2,7	0,9	0,19	0,847
	Feminino	120	2,7	0,9		
Faixa etária	Masculino	171	3,4	1,0	-1,27	0,204
	Feminino	120	3,5	0,9		
Ausência	Masculino	172	3,2	1,0	-2,22	0,027
	Feminino	120	3,5	0,9		
Disfuncional	Masculino	174	2,9	0,9	-0,76	0,448
	Feminino	121	3,0	0,7		
Inoquo	Masculino	175	3,2	1,3	-1,33	0,185
	Feminino	121	3,4	1,3		

DIFERENÇAS EM FUNÇÃO DA IDADE

Aqui as diferenças significativas encontram-se no índice “consequências”, no índice “estigma”, no índice “vitima” (p= 0.044) e no “disfuncional” (p= 0.013). Tal traduz que o escalão etário dos 22-25 anos desvaloriza, mais do que os mais novos, as consequências psicológicas e sociais do consumo de heroína. Os mais velhos revelam ainda uma opinião menos estigmatizante face o consumidor de heroína. No entanto, os mais novos consideram, mais do que os mais velhos, que os “heroínómanos” são vítimas a necessitarem de ajuda. Por último, os mais novos revelam também uma posição tendencialmente mais negativa, relativamente ao domínio da disfuncionalidade/integração dos consumidores de heroína.

CONCLUSÕES

SEXO VS TOXICODEPENDÊNCIA

- O sexo masculino associa, tendencialmente, mais a toxicodependência às “consequências físicas”, do que o “sexo feminino”.
- O sexo masculino associa, tendencialmente, mais a toxicodependência ao consumo de “drogas duras” do que o sexo feminino.

SEXO VS “NOVAS DROGAS”

- O sexo masculino revela representações sociais nos domínios do “medo”, da “insegurança” e das atitudes de “repulsa” e “afastamento” para com os consumidores de “novas drogas” mais negativas e penalizantes, que o sexo feminino.
- O sexo feminino representa o “estilo de vida” dos consumidores de “novas drogas” como algo tendencialmente mais negativo, que o sexo masculino.

Concluí-se que perante a figura do consumidor de “novas drogas”, o sexo masculino apresenta representações sociais tendencialmente mais negativas que o sexo feminino. Este apresenta uma atitude mais benevolente e menos ostracista.

Concluí-se, ainda, que perante o fenómeno do consumo de “novas drogas”, o sexo feminino revela representações sociais tendencialmente mais negativas que o sexo masculino.
SEXO VS HEROÍNA

- O sexo feminino demonstra opiniões mais penalizantes que o sexo masculino, quando se trata de associar o consumidor de heroína a um padrão de vida normal e normativo.

- O sexo feminino revela representações sociais tendencialmente mais negativas que o sexo masculino, no associar o consumo de heroína a consequências físicas e psicológicas.

Concluí-se que o sexo feminino, no que se refere ao fenómeno do consumo de heroína, apresenta representações sociais de orientação tendencialmente mais negativas que o sexo masculino.

Pode-se concluir por uma maior predisposição atitudinal do sexo masculino para com o consumo de “novas drogas” e das “velhas drogas”

ESCALÃO ETÁRIO VS TOXICODEPENDÊNCIA

- Os sujeitos do grupo etário mais avançado (22-25 anos) consideram estar mais bem informados acerca do fenómeno da toxicodependência que o escalão etário mais pueril.

ESCALÃO ETÁRIO VS NOVAS DROGAS

- O escalão etário dos 22-25 anos apresenta representações sociais tendencialmente mais negativas que o escalão etário dos 12- 15 anos, quando se trata de associar os consumidores de “novas drogas” a “sentimentos de medo e repudio”.
- O escalão etário dos 12-15 anos demonstra representações sociais tendencialmente mais negativas no domínio da “integração e funcionalidade” do consumidor de “novas drogas”.
- O escalão etário dos 22-25 anos associa tendencialmente mais do que o grupo etário dos 12-15 anos o consumo de “novas drogas” a contextos e consumos problemáticos.
- O grupo mais velho (22-25 anos) revela representações sociais tendencialmente mais negativas perante a dimensão da “felicidade”, relativamente aos consumidores de “novas drogas”.
Concluí-se que o escalão etário dos 22-25 anos apresenta um conjunto de representações sociais, em determinados domínios, tendencialmente mais negativo relativamente ao consumo e consumidor de “novas drogas”, que o escalão etário dos 12-15 anos.

O posicionamento do escalão etário dos 12-15 anos , no âmbito das suas atitudes e opiniões (representações sociais) predispõem este grupo mais para um padrão de consumos associado às “novas drogas” do que às “velhas drogas”
ESCALÃO ETÁRIO VS HEROÍNA

- O grupo etário dos 12-15 anos assume representações sociais de tendência mais negativa, associando mais do que o grupo etário dos 22-25 anos o consumo de heroína a consequências sociais e psicológicas.
- O grupo etário dos 12-15 anos revela uma postura e uma opinião tendencialmente mais “estigmatizante” que o grupo etário dos 22-25 anos, relativamente à heroína.
- O grupo etário dos 22-25 anos discorda significativamente do grupo dos 12-15 anos, no considerarem os consumidores de heroína como vitimas a necessitarem de ajuda.
- O grupo etário dos 12-15 anos apresenta representações sociais tendencialmente mais negativas sobre a figura do consumidor de heroína, na medida em que concorda mais do que o grupo etário dos 22-25 anos com a associação do consumidor de heroína a uma figura disfuncional.

Concluí-se que o escalão etário mais novo (12- 15 anos) comporta um conjunto de representações sociais mais penalizador e de tendência mais negativa para com o consumidor de heroína, que o escalão etário dos 22-25 anos.

O grupo etário dos 22-25 anos comporta representações sociais que os tornam mais vulneráveis a padrões de consumo associados às “velhas drogas” face aos mais novos.

CONCLUSÕES FINAIS E GERAIS

A HIPÓTESE TEÓRICA CONFIRMA-SE.

2. As representações sociais aferidas e, a diferença significativa entre elas registadas nas variáveis dependentes sexo e idade, apresentam-se como um factor potencialmente explicativo da alteração/deslocação dos padrões de consumo que actualmente se registam.

Os resultados alcançados parecem indiciar que o escalão etário mais jovem, significa as “novas drogas” como “drogas leves” e a heroína como “drogas duras”. Em sentido oposto, os resultados alcançados com o escalão etário dos 22-25 anos, indiciam que consideram não haver separação entre “novas drogas” e heroína, entre drogas leves e pesadas, mas que existem drogas.

O núcleo central das representações mantêm-se inalterável (representação negativa do consumo e consumidores de drogas) mas, os elementos periféricos alteram-se no sentido de uma maior aceitação do consumo e consumidores das novas drogas (no que se refere às novas gerações).

(ENDNOTES)

1_ Todas estas instituições dirigem a sua acção para adolescentes oriundos de meio desqualificado.

2_ Os que responderam afirmativamente foram a Fundação Filos – bairro São João de Deus, Junta de Freguesia de Campanhã, Espaço T, Centro de Revalidação de Competências da Profissousa, Companhia da Fundação da Juventude, Uninorte, Cáritas Diocesana, Instituto de Soldadura e Qualidade, Instituto de Reinserção Social de Gondomar.

3_ Foi aplicado no Centro de Formação Profissional do Cerco do Porto, no grupo dos 22-25 anos, e no projecto “Qualificar para Incluir”.

4_ O autor Foddy (1997) considera que sempre há uma percentagem de 20% a 30% de inquiridos que respondem de forma não substantiva, se esta constituir uma das possibilidades do instrumento.

5_ Os negativos não são apresentados porque se considera que nada acrescentam ao já revelado.

6_ A análise factorial permite explicar o mesmo, através de um conjunto mínimo de factores, que um número maior e mais variado de itens necessitaria. Isto, através de uma perda mínima de informação. Estas operações permitiram encontrar/identificar factores agregadores de itens, percebendo-se desta forma os “construtos psicológicos” presentes nos diferentes conjuntos

7_ Os factores anunciados foram transformados em índices, isto é, nomenclaturas breves dos factores (Pestana, M. E Gageiro, J. 2003).

8_ Esta comparação foi possível através da soma da média aritmética dos itens que compõem cada índice/factor a dividir pelo número total desses itens que compõem o índice.

9_ Suprimiram-se os itens cujo peso factorial (fractor loading) aparecem na matriz de componentes rodada com valores inferiores a 0.45 (Pereira, 20002; Pestana e Gageiro, 2003).

10_ Estes são, designações mais consistentes e compactadas dos factores e estão apresentadas nos quadros seguintes. Foram constituídas a partir através da média aritmética das variáveis que compõem cada um dos factores. Os valores destes índices variam entre 1 e 5.

11_ Foi assumido o pressuposto das distribuições serem consideradas aproximadamente normais dentro de cada grupo de comparação, uma vez que as dimensões das amostras em cada um desses grupos era em todos os casos superior a 30, “Quando as amostras são ambas de dimensão superior a 30, a distribuição t com v graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal (Pestana e Gageiro, 2003); pp: 160).

12_ Apesar de tal parecer aparentemente contraditório com a tendência geral até agora registada e até de poder ameaçar a confirmação da hipótese teórica, estes valores poderão apenas significar um maior conhecimento do fenómeno por parte dos mais velhos.

CARATERIZAÇÃO DO PERFIL DE UMA AMOSTRA DE UTILIZADORES PROBLEMÁTICOS DE DROGAS NA CIDADE DE LISBOA

ISABEL DE BANDOS¹; PAULO LOPES²; MARIA CARMONA³; CLÁUDIA PEREIRA²; SÉRGIO CONDEZ⁴; ELSA BELO²; FILIPA ANSELMO⁵; DIANA GAUTIER⁶; ADRIANA CURADO⁷; PEDRO MAGALHÃES⁸; RICARDO FUERTES⁷; CARLA FERNANDES⁶; FRANCISCO CHAVES⁵ & CLÁUDIA CRUZ⁹.

FILIAÇÃO

¹Câmara Municipal de Lisboa – Departamento para os Direitos Sociais;
²Ares do Pinhal; ³Crescer na Maior;
⁴AMI – Assistência Médica Internacional;
⁵Desafio Jovem; ⁶MdM – Médicos do Mundo;
⁷GAT – Grupo de Activistas em Tratamentos – In Mouraria; ⁸Novos Rostos – Novos Desafios;
⁹Polícia Municipal.

AUTORES CORRESPONDENTES

ISABEL BANDOS (isabel.bandos@cm-lisboa.pt)
E PAULO LOPES (paulo.lobes@aresdopinhal.pt)

RESUMO

Com o intuito de organização, acompanhamento e monitorização do trabalho realizado pelas várias instituições que atuam no terreno na área da redução de riscos e minimização de danos dos dependentes de substâncias psicoactivas ilícitas e alcoolismo, foi criado um grupo de trabalho, com várias parcerias, pela CML, que gere e supervisiona o trabalho de terreno. É objetivo de trabalho fazer uma caracterização de uma amostra de pessoas que foram contactadas pelas equipas de rua, do grupo Perto Lx, durante o ano de 2014. Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário pelo grupo de trabalho. Como principais resultados destacamos que a maioria da população contactada é do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, com uma média de idades de 48,3 anos, reside em Lisboa, está desempregada e possui baixas habilitações literárias. Contacta diariamente com as equipas de rua e encontra-se integrada em programa de substituição opiácea de baixo limiar. Na quase totalidade encontra-se rastreada para as infeções sexualmente transmissíveis e tuberculose.
Palavras-chave: Dependências; Alcoolismo; Equipas de Rua; Lisboa.

INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (2015), estima que 236 milhões de pessoas no mundo, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, experimentaram substâncias psicoactivas ilícitas pelo menos uma vez no ano de 2013. Contudo, apesar do aumento de cerca de 3 milhões relativos ao ano transacto, o impacto do consumo mantem-se estabilizado devido aumento da população mundial. Destes, 27 milhões apresentam um consumo problemático de drogas, em que cerca de metade utilizam drogas por via injetável e 1.65 milhões eram portadores de VIH/SIDA. Acresce que a elevada proporção de doenças associadas a este fenómeno, produz um impacto muito significativo na sociedade (Wills, 2005), constituindo-se como um grave problema de saúde pública. Neste sentido, o uso problemático de drogas é reconhecido pela comunidade científica internacional como um problema que requer a maior atenção e um seguimento de longa duração (Hser, Huang, Brecht, Li & Evans, 2008), necessitando de uma abordagem multidisciplinar para a sua compreensão e intervenção (Vaughn, Beaver, DeLisi, Perron & Schelbe, 2009). Está também indelevelmente associadas à exclusão social, situação em que os indivíduos ou agregados familiares sofrem de privação múltipla que, muitas vezes, os separa de uma participação social e económica mais ampla (Giddens, 2007) encerrando-os em territórios e colectivos fora dos recursos e valores predominantes na sociedade (Capucha, 2005). Como grupo, os consumidores problemáticos que utilizam drogas por via injetável têm uma maior probabilidade de sofrer uma variedade de problemas psicossociais e biomédicos, como overdoses e infeções sexualmente transmissíveis (IST’s), como o VIH e a Hepatite C (Schoener, Hopper & Pierre, 2002), e outras infeções da pele, tecido branco ou ossos (Ebriht & Pieper, 2002; Kak & Chandrasekar, 2002; Tunkel & Pradhan, 2002).

A co morbilidade de perturbações psiquiátricas associadas à dependência de substâncias é elevada, sendo as perturbações psiquiátricas, muitas vezes, associadas a um fracasso no tratamento (DeMarce, Lash, Stephens, Grambow & Burden, 2008). Godinho, Marques, Gonçalves & Vultos (2007) depois de avaliarem uma amostra de consumidores problemáticos de drogas em situação de sem-abrigo, integrados no Centro de Acolhimento de Xabregas e inseridos em programa de substituição opiácea com metadona, verificaram que são pessoas com muitos anos de consumo, actividade delinquente frequente, com comportamentos de risco, com marcada prevalência de doenças infecciosas e com grande dificuldade de reinserção social. Por outro lado, apresentam uma boa adesão ao programa de substituição opiácea com metadona e uma elevada prevalência de pessoas abstinentes de consumos de heroína e cocaína, depois da entrada no centro. Num estudo comparativo entre uma amostra de consumidores problemáticos de drogas sem-abrigo com consumidores problemáticos de drogas integrados em tratamento, Godinho

(2007) observou que os do primeiro grupo são maioritariamente solteiros, desempregados, provenientes de meios sociais mais desfavorecidos, de famílias aparentemente mais desestruturadas e com comportamentos delinquentes mais frequentes. Em ambas as amostras foram observados índices superiores de psicopatologia comparativamente à população geral. Depois de avaliarem uma amostra de 254 toxicodependentes integrados no programa de substituição opiácea com metadona na cidade de Lisboa, Lopes & Faria (2005) observaram uma média de início de consumos de 16,34 anos (DP=4,49), que os homens iniciam os consumos mais cedo (M=16,58; DP=4,14), comparativamente às mulheres (M=17,48; DP=5,23) e que a maioria inicia os consumos entre os 13 e os 16 anos (51,57%). Em relação aos consumos, 76,77% refere a curiosidade como principal causa de experiencia, 80,71% declara que a primeira droga consumida foi o haxixe e 51,18% que a heroína é a substância preferida. Segundo o relatório anual do Grupo de Trabalho Motivação e Encaminhamento (CML, 2007), foram contactados pelas equipas de rua 1.187 pessoas sem-abrigo, na sua maioria homens (83,2%), portugueses (63,8%), solteiros (43,9%), situados na faixa etária entre os 25 e os 54 anos (68,8%) e com uma média de idades de 43 anos, desempregados (85%), a viver na rua (58,7%) ou em alojamento precário (28,9%). As freguesias dos Anjos (24,1%), Socorro (20,3%), São Paulo (18,0%) e Madalena (17,6%) são as que registaram o maior número de contactos. Resultante da estratégia Nacional Publicada em 1999, o Plano Nacional contra a Droga e Toxicodependência (2005-2012) e a estratégia da União Europeia de luta contra a droga e ainda no âmbito da intervenção social no Intendente (2003-2005), verificou-se a pertinência de uma intervenção concertada e monitorizada das equipas de rua, surgindo dessa necessidade o Projecto Perto Lx. Neste âmbito, a CML constituiu-se como promotora e parceira na plataforma Perto LX. Trata-se de um projeto de acompanhamento e monitorização, que potencia abordagens e respostas integradas nos territórios de intervenção prioritários, em consonância com as estruturas da Rede Social. Tem como objectivo a optimização das capacidades e recursos disponíveis, bem como assegurar a não duplicação de intervenções de proximidade, permitindo aumentar o conhecimento do fenómeno do consumo de substâncias psicoactivas e sobre o fenómeno da população de rua, no município. Através de encontros periódicos de reflexão e tendo em vista o acompanhamento e partilha de intervenções preconizadas, assegura-se a continuidade da rede de respostas integradas no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, adequando as estruturas de proximidade e de fácil acesso existentes aos territórios tido como prioritários. Promovem-se intervenções específicas dirigidas às necessidades efectivas dos diferentes grupos de consumidores de drogas; redireccionam-se as respostas de proximidade existentes em locais problemáticos, permitindo rentabilizar o trabalho desenvolvido, tendo

em consideração os critérios geográficos de consumo e a mobilidade dos consumidores. A monitorização e avaliação das intervenções realizadas ao nível do processo, dos resultados e impacto permitem manter e melhorar transversalmente as diferentes intervenções e contribuir para a difusão e replicação de programas de “boas práticas”, adequando as intervenções a novos factores de risco, às novas tendências e padrões de consumo, permitindo uma abordagem personalizada um conhecimento mais ajustado do desenvolvimen- to do fenómeno das dependências e do seu posicionamento volátil pela cidade.

Actualmente fazem parte do Perto Lx: Ares do Pinhal, Associação Crescer na Maior; AMI – Assistência Médica Internacional; MdM – Médicos do Mundo; Desafio Jovem; Novos Rostos – Novos Desafios; Comunidade Vida e Paz; GAT – Grupo de Activistas em Tratamentos – In Mouraria; Polícia Municipal e CML - Departamento para os Direitos Sociais; Divisão para a Intervenção Social.

Estas equipas têm como linhas orientadoras: i) Fortalecer a articulação efectiva das estruturas de proximidade, dinamizando respostas integradas em função das necessidades identificadas; ii) Facilitar o acesso dos consumidores “em situação de rua” às Estruturas de Tratamento; iii) Fortalecer as relações de proximidade e de confiança com indivíduos toxicodependentes que habitualmente não recorrem a instituições; iv) Assegurar intervenções de rua especializadas em toda a cidade de Lisboa; v) Apoiar a readaptação de res- postas já existentes às novas realidades.

O trabalho integrado, para se tornar eficaz, exige uma arti- culação efectiva entre as equipas que se encontram a atuar no terreno. Através da partilha contínua e de uma intervenção concertada entre as diversas estruturas – fixas ou móveis – que têm como alvo da sua atuação um mesmo grupo da popu- lação, é possível maximizar os resultados individuais. Neste sentido, e perspetivando uma abordagem integrada no tra- balho realizado com a população consumidora de substân- cias psicoativas na cidade de Lisboa, o grupo Perto Lx optou por ter uma base de dados comum que permitisse uma mo- nitorização global da intervenção realizada pelas diversas entidades participantes no grupo. Neste sentido foi consti- tuído um grupo de trabalho, que concebeu um questionário para ser aplicado aos utentes, que contactam com as equipas, com o objectivo de entender melhor e de forma mais porme- norizado, quer o perfil, quer os percursos dos indivíduos que recorrem ao apoio das equipas de rua na área dos consumos e de vulnerabilidades ligadas aos mesmos.

MÉTODO

AMOSTRA

A amostra é constituída por 135 pessoas (82,9% homens; 15,6% mulheres; 1,5% transgénero), com uma média de idades de 43,8 anos (DP=8,0) compreendidas entre 24 anos e 64 anos (tabela 1).

Tabela 1. Idades

	n	M	DP	Mín.	Máx.
Idade	135	43,8	8,0	24	64
Masculino	112	44,1	7,9	25	64
Feminino	21	41,4	8,2	24	55
Transgénero	2	52,0	9,9	45	59

Relativamente à descrição da amostra, observamos que a ní- vel da nacionalidade dos participantes, a maioria, 89%, são de nacionalidade portuguesa (gráfico 1) e solteiros (65,1%, grá- fico 2). No que diz respeito às habilitações literárias, verifi- camos que 26,6% têm o ensino secundário, 25,8% apresenta o 3º ciclo, 18,8% o 2º ciclo, 14,8% concluíram o 1º ciclo, 7% da amostra indica não ter concluído nenhum grau de escola- ridade, 1,6% refere ter frequentado o ensino superior, tendo 5,5% concluído o ensino superior (gráfico 3).

Quanto às localidades de onde os inquiridos referiram ser na- turais, informação que obtivemos de 119 pessoas, estas foram agrupadas por distrito, com a seguinte distribuição: Aveiro – 2; Bragança – 2; Castelo Branco – 1; Coimbra – 1; Évora – 1; Faro – 4; Leiria – 2; Lisboa – 70; Porto – 5; Santarém – 3; Setúbal – 3. Não houve quaisquer registos referentes a 7 distritos do país – Beja, Braga, Guarda, Portalegre, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu – nem ao Arquipélago dos Açores. Foram inqui- ridos 2 utentes naturais da Madeira e, ainda, 23 originários de outros países, com a seguinte distribuição: outros países da Europa – 3; outros países de África – 18; outros países da América do Sul – 1; outros países da Ásia – 1.

INSTRUMENTOS

Para alcançar o objetivo proposto para este trabalho, o sub- grupo de trabalho do Perto Lx construiu um questionário es- truturado (Anexo I) tendo em conta 14 grupos de questões: 1) dados sociodemográficos; 2) situação profissional; 3) si- tuação habitacional; 4) meios de subsistência; 5) estruturas de acompanhamento; 6) padrão de consumos; 7) overdoses; 8) tratamento das dependências; 9) saúde; 10) circuitos ur- banos; 11) satisfação com a vida; 12) satisfação com o apoio prestado pelas equipas; 13) tipo de problemática; e 14) regu- laridade do contacto com as equipas.

PROCEDIMENTO

Neste trabalho descritivo e de natureza transversal, foi ini- cialmente criado um subgrupo de trabalho, dentro do gru- po Perto Lx, que se propôs a desenhar um questionário a ser aplicado aos utentes que constavam na base de dados comum, ou seja, que tenham sido contactados pelas equipas de rua du- rante o ano de 2014. Verificando-se que a maioria dos utentes contactavam com mais do que uma estrutura/equipa de rua, e mantendo a confidencialidade dos dados das pessoas con- tactadas, foram utilizados códigos comuns a todas as equipas. Posteriormente, foram identificados os temas chave que vi- savam responder ao objetivo final de obter o perfil, através de uma amostra aleatória, da população contactada pelas equipas do grupo Perto Lx. A nível da dimensão da amostra a recolher, de forma a conseguirmos uma amostra representativa, foram testadas várias possibilidades de acordo com o grau de con- fiança e intervalo de confiança na inferência estatística tendo em consideração uma população de 2.918 casos. De todas as possibilidades testadas, foi selecionado o N amostral de maior dimensão calculado a partir do algoritmo de Pocinho (2009), n = 352, para um grau de confiança de 95% (IC = 5%) tendo em conta a dimensão populacional dos indivíduos acompanha- dos por todas as equipas envolvidas no estudo. A amostra foi seleccionada de forma aleatória, utilizando uma folha de cál- culo em excel com uma rotina “randomize”. Posteriormente os n.ºs seleccionados foram distribuídos pelas equipas do grupo “Perto Lx” com contacto/ligação a essa pessoa, que depois de explicar os objetivos do trabalho, de garantir a confidenciali- dade e anonimato e esclarecimentos de dúvidas o aplicaram individualmente. Inicialmente a um grupo de 6 pessoas, para um estudo piloto, e após ajustes ao questionário, foi aplicado aos restantes participantes que constituem a amostra, entre os meses de Julho e Setembro, de 2015, demorando aproxima- damente 20 minutos a ser preenchido. Dos 352 números se- leccionados foi possível aplicar o questionário a 135 pessoas (38,4% do “n” seleccionado), que constituem assim a amos- tra final deste trabalho.

RESULTADOS

Os resultados foram obtidos através do programa Statistical Package for Social Sciences – IBM SPSS 22.0, tendo a análi- se sido baseada em estatística descritiva.

Situação Profissional e habitacional Actual

Relativamente à situação profissional actual, 77,6% encon- tram-se desempregados, 14,9% estão empregados, 6% refor- mados ou pensionistas e em formação profissional remunerada (0,7%) e a executar trabalhos esporádicos (0,7%). Em relação à situação habitacional actual, verificamos que 43,3% dos par- ticipantes vive em casa própria/familiares, 34,3% em quarto/ casa arrendada, 8,2% dos participantes dizem estar actual- mente a pernoitar na rua, 4,5% em casas ocupadas, 3,0% vi- vem em albergues e outros 3,0% em habitação social, 2,2% vivem em casa de amigos, e por fim 1,5% relata viver em bar- raca (tabela 2).

Tabela 2. Situação Profissional e Habitacional Actual

	n	%	% Válida
Situação Profissional Actual			
Empregado(a)	20	14,8%	14,9%
Desempregado(a)	104	77,0%	77,6%
Reformado(a) / Pensionista	8	5,9%	6,0%
Form. Prof. Remunerada	1	0,7%	0,7%
Trabalho esporádico	1	0,7%	0,7%
NS-NR	1	0,7%	---
Situação Habitacional Actual			
Rua	11	8,1%	8,2%
Casa ocupada	6	4,4%	4,5%
Albergue	4	3,0%	3,0%
Quarto / Casa arrendada	46	34,1%	34,3%
Casa própria / familiares	58	43,0%	43,3%
Habitação social	4	3,0%	3,0%
Casa de amigos	3	2,2%	2,2%
Barraca	2	1,5%	1,5%
NS-NR	1	0,7%	---

Meios de subsistência e estruturas de acompanhamento

No que concerne aos meios de subsistência atuais, verifi- camos que 18,5% recebe RSI, 15,6% tem apoio da família e amigos, 14,1% subsiste através do seu emprego, 10,4% tem dois ou mais meios de subsistência, 8,9% subsistem através de biscates, 8,9% arrumam carros. Por outro lado, observa- mos um total acumulado de 23,6% que apontam como meio de subsistência actividades como a mendicidade, trabalho sexual, sucataria ou outros (tabela 3).

Tabela 3. Meios de subsistência e estruturas de acompanhamento

	n	%
MEIOS DE SUBSISTÊNCIA ACTUAIS		
Emprego	19	14,1%
Mendicidade	2	1,5%
Actividades ilícitas	3	2,2%
Trabalho sexual	5	3,7%
Reforma	7	5,2%
RSI	25	18,5%
Subsídio de desemprego	2	1,5%
Sucateiro	5	3,7%
Curso subsidiado	1	0,7%
Biscate	12	8,9%
Apoio de família/amigos	21	15,6%
Arrumador de carros	12	8,9%
Pensão de invalidez	1	0,7%
Músico de rua	1	0,7%
Outra	5	3,7%
Duas ou mais	14	10,4%
ESTRUTURAS DE ACOMPANHAMENTO		
Equipas de Rua		
Não	85	63,0%
Sim	50	37,0%
Unidades Móveis Metadona		
Não	45	33,3%
Sim	90	66,7%
Estruturas Apoio Fixas		
Não	85	63,0%
Sim	50	37,0%

Olhando para as estruturas de acompanhamento das quais os participantes dizem usufruir, verificamos que 48,6% dizem estar a ser acompanhados por duas ou mais estruturas, 30,6% dizem ser acompanhados pelas unidades móveis, 14,9% são acompanhados pelas equipas de rua, 5,2% dos participantes são acompanhados pelos gabinetes de apoio fixo e 0,7% refere ser acompanhado pela SCML (gráfico 4).

Especificamente em relação às Equipas de rua, 63,0% da amostra dizem não ter contacto com as mesmas e 37,0% dizem ter contacto. No que concerne às Unidade Móveis de Metadona 66,7% da amostra refere ter contacto com as mesmas, e 33,3% referem não ter contacto. Os resultados apontam ainda que 63,0% da amostra não recorrem aos gabinetes de apoio fixo e 37,0% referem que sim (tabela 3).

PADRÃO DE CONSUMOS

Relativamente ao Padrão de Consumos, no que diz respeito à idade de início do consumo de substâncias psicoactivas, os participantes apresentam uma média de 16,3 anos (DP = 5,6) e de consumo regular 20,6 anos (DP = 7,5%), ver tabela 4. Analisando o gráfico 6, verificamos que na sua maioria, 66,2%, dos utentes inquiridos referem a heroína como principal substância consumida, seguido da cocaína e o álcool, com uma representatividade equitativa de 13,3% da amostra e por fim a cannabis que é considerada como principal substância de consumo para 6,2% dos inquiridos. Em relação à substância preferida, a heroína aparece novamente em primeiro lugar, com 51,7%, seguido da cocaína 21,7%, da cannabis com 13,3% e, posteriormente, pelo álcool 9,2%. O ecstasy, os speeds, as metanfetaminas e as “mistas” (heroína e cocaína) apresentam valores residuais de 0,8% cada (gráfico 6). Em relação à via de consumo, a via fumada é a mais referenciada com 54,8%, seguido da EV com 19,3%, da oral com 17,0%, pela combinação da fumada + EV com 7,4% e pela snifada com 1,5% (gráfico 7). Observamos também que 46,3% referiram já ter utilizado a via EV ao longo da vida, 92,2% não fazem uso dessa via actualmente e 31,8% refere já ter efectuado mudança na via de consumo (tabela 4).

Tabela 4 – Padrão de consumo(s)

	n	%	% Válida
CONSUMOS INJECTADOS			
Ao longo da vida			
Não	72	53,3%	53,7%
Sim	62	45,9%	46,3%
NS-NR	1	0,7%	---
Actualmente			
Não	119	88,1%	92,2%
Sim	10	7,4%	7,8%
NS-NR	6	4,4%	---
MUDANÇA NO PADRÃO DE CONSUMO			
Não	88	65,2%	68,2%
Sim	41	30,4%	31,8%
NS-NR	6	4,4%	---

A nível de situações de overdose ocorridas durante o período de consumo activo, os participantes referem em média 2,9 overdoses (DP = 3,0) e uma média de 2,5% (DP = 2,3) para situações de overdose ocorridas após paragem (tabela 5).

Tabela 5. Média de idades de consumo e overdoses.

	M	DP
Idade de início de consumo	16,3	5,6
Idade de início de consumo regular	20,6	7,5
Overdoses – durante consumo	2,9	3,0
Overdoses – após paragem	2,5	2,3

TRATAMENTO DAS DEPENDÊNCIAS E SAÚDE

A nível do tratamento das dependências, 30,8% refere que nunca realizou tratamentos anteriores e 69,2% já realizou 1 ou mais tratamentos (gráfico 8). Face à saúde, verificamos que a quase totalidade dos participantes já realizou testes de rastreio (tabela 6). Por outro lado, para os diagnósticos positivos, observamos uma taxa de seropositividade para o VIH de 35,3% (gráfico 9), para o VHC de 70,6% (gráfico 10), para o VHB de 10,0% (gráfico 11) e tuberculose pulmonar de 7,8% (gráfico 12).

Tabela 6 – Saúde

	n	%	% Válida
ALGUMA VEZ FEZ O TESTE PARA:			
VIH			
Não	0	0	0
Sim	132	97,8%	100%
NS-NR	3	2,2%	---
VHC			
Não	7	5,2%	5,3%
Sim	125	92,6%	94,7%
NS-NR	3	2,2%	---
VHB			
Não	11	8,1%	8,3%
Sim	121	89,6%	91,7%
NS-NR	3	2,2%	---
TB			
Não	10	7,4%	7,6%
Sim	122	90,4%	92,4%
NS-NR	3	2,2%	---

CIRCUITOS URBANOS E SATISFAÇÃO COM A VIDA

Na tabela 7 apresentamos alguns dos dados recolhidos na categoria dos “Circuitos Urbanos” e onde podemos observar que 88,1% refere que vive em Lisboa, 49,3% que já viveu na rua e 10,4% que actualmente ainda vive na rua (tabela 7).

Tabela 7 – Circuitos Urbanos

	n	%	% Válida
VIVE EM LISBOA			
Não	16	11,9%	---
Sim	119	88,1%	---
ALGUMA VEZ VIVEU NA RUA?			
Não	68	50,4%	50,7%
Sim	66	48,9%	49,3%
NS-NR	1	0,5%	---
ACTUALMENTE VIVE NA RUA			
Não	120	88,9%	89,6%
Sim	14	10,4%	10,4%
NS-NR	1	0,7%	---

Satisfação com a vida e com o apoio prestado pelas equipas No que respeita ao nível de satisfação geral com a vida actual, a resposta “pouco satisfeito” é a que apresenta maior incidência, com 31,3% das respostas, seguida do “satisfeito”, com 25,4% das respostas; “insatisfeito”, com uma percentagem de resposta de 20,9%, “muito insatisfeito”, com 18,7%, e, com o menor número de respostas, “muito satisfeito” com 3,7% (gráfico 13). Por outro lado, tendo em conta a satisfação com o apoio prestado pelas diversas equipas de suporte – equipas de rua, unidades móveis, estruturas fixas –, os dados obtidos foram: “satisfeito” – 64,2%; “muito satisfeito” – 22,4%; “muito insatisfeito” – 6,7%; “pouco satisfeito” – 5,2% e “insatisfeito” – 1,5% (gráfico 14).

TIPO DE PROBLEMÁTICA E REGULARIDADE DO CONTACTO COM AS EQUIPAS

A nível do tipo de problemática, observamos na tabela 8, que as principais problemáticas referenciadas são o consumo de drogas, com ou sem outra problemática associada, com 80,8%, seguido da insuficiência económica com 8,5% e do álcool com 7,7% (tabela 8).

Tabela 8 – Tipo de problemática

	n	%	% Válida
Consumo de drogas	91	67,4%	70,0%
Consumo de drogas + Outro	14	10,4%	10,8%
Álcool	10	7,4%	7,7%
Insuficiência económica	11	8,1%	8,5%
Irregular no País	1	0,7%	0,8%
Outra	3	2,2%	2,3%
Não Sabe – Não Responde	5	3,7%	---

Analizando a regularidade do contacto com as equipas de apoio, verificamos que 71,0% aponta para um contacto regular, seguido de 13,7% regular, 6,9% quinzenal, 6,1% mensal e de 0,8% para trimestral, semestral e anual (gráfico 15).

SITUAÇÃO HABITACIONAL ACTUAL E PRINCIPAL SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S)

Após cruzar e analisar as variáveis “situação habitacional” e “consumo de substâncias psicoativas”, verificamos que, do grupo de 24 utentes que se encontravam numa situação habitacional mais precária, habitação mais vulnerável (rua, casa ocupada, albergue, casa de amigos), 45,8% tinham consumos de heroína, 41,7% tinham consumos de álcool e 12,5% tinham consumos de cocaína. Neste grupo não houve referência ao consumo de cannabis. Tendo em conta os 61 utentes que se encontravam numa situação habitacional menos precária, mais estável (casa própria / familiares, habitação social), a maioria (80,3%) tinha consumos de heroína, 14,8% tinham consumos de cocaína e 4,9% tinham consumos de cannabis. Neste grupo de utentes não houve nenhuma referência a consumos de álcool. Dentro do grupo de 2 utentes com “outra situação habitacional”, obtivemos a percentagem equitativa de 50% para os consumos de heroína e álcool. Quanto à situação de “quarto / casa arrendada”, consideramos que esta não é incluível em nenhuma das categorias atrás definidas (habitação vulnerável, habitação estável), e que, na construção do inquérito, deveria ter sido dividida em duas respostas distintas (1 – quarto alugado; 2 – casa arrendada). Quanto à resposta “quarto / casa arrendada”, do total de 42 utentes que se encontravam numa destas duas situações habitacionais, 57,1% tinham consumos de cocaína, 19% tinham consumos de álcool, 14,3% tinham consumos de cocaína e 9,5% tinham consumos de cannabis (tabela 9).

Tabela 9. Situação habitacional actual e principal substância(s) consumida(s).

	Heroína		Cocaína		Álcool		THC	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Situação habitacional atual								
Rua	5	5,9%	2	11,1%	4	22,2%	0	0
Casa Ocupada	3	3,5%	0	0	3	16,7%	0	0
Albergue	2	2,4%	0	0	2	11,1%	0	0
Quarto / Casa Arrendada	24	28,2%	6	33,3%	8	44,4%	4	50,0%
Casa própria / Familiares	46	54,1%	9	50,0%	0	0	3	37,5%
Habitação Social	3	3,5%	0	0	0	0	0	0
Casa de amigos	1	1,2%	1	5,6%	1	5,6%	0	0
Outra	1	1,2%	0	0	0	0	1	12,5%

DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo a caracterização de uma amostra de indivíduos contactados pelas equipas de rua, pertencentes ao grupo Perto Lx, na cidade de Lisboa. Esta caracterização foi realizada tendo em conta indicadores ligados a questões sócio-demográficas, padrão de consumos, saúde física e mental, satisfação com a vida e com o apoio prestado pelas equipas. Relativamente às características de ordem sócio-demográfica, verificou-se que a maioria desta população encontra-se desempregada, vivendo, no entanto, em casa própria ou de familiares. A situação de desemprego evidenciada neste estudo é preocupante e realça a fragilidade social associada à toxicodependência, tal como referido por Giddens (2007), podendo contribuir igualmente para a exclusão social destes indivíduos (Capucha, 2005). É importante salientar também que praticamente metade desta amostra referiu já ter vivido na rua, mas apenas uma pequena parte se mantém como sem-abrigo. De acordo com Godinho e colaboradores (2007), estes indivíduos geralmente são consumidores problemáticos com muitos anos de consumo e outros problemas ligados à dependência e comportamentos de risco. No mesmo sentido, verificou-se que o principal meio de subsistência desta população consiste no rendimento social de inserção, seguido do apoio de família e amigos e depois o próprio emprego. A situação de fragilidade social e económica pode também explicar o nível de dependência familiar nesta população. Quanto às estruturas de acompanhamento, constata-se que a maior parte destes indivíduos frequenta as Unidades Móveis de Metadona, em maior medida que as Equipas de Rua e Estruturas de Apoio Fixas. Denota-se, deste modo, uma aceitação maior por estas estruturas que poderá ser explicada pela maior acessibilidade às mesmas. No entanto, é necessário salientar as características da amostra recolhida, onde se verifica uma predominância dos questionários recolhidos nas Unidades Móveis (58.5%). Em relação ao padrão de consumos observou-se que o consumo regular de substâncias tende a ocorrer no início da idade adulta, e que a principal substância consumida é a heroína, sendo também aquela que é indicada mais frequentemente como a substância preferida. A via de consumo preferencial é a fumada. Verifica-se uma minoria de indivíduos que fazem atualmente consumos injetados e que considera que não alterou/alterará o seu hábito de consumo destas substâncias. Estes resultados são encorajadores, na medida que a utilização de drogas por via injetável tem sido associada a uma maior probabilidade de desenvolvimento de problemas de índole física (Ebright & Pieper, 2002; Kak & Chandrasekar, 2002; Schoener, Hopper & Pierre, 2002; Tunkel & Pradhan, 2002). Relativamente ao tratamento, é de salientar que a grande maioria já realizou testes de rastreio previamente ao estudo. Os dados resultantes dos rastreios sugerem, no entanto,

que a condição de saúde mais frequente é a positividade para o VHC, apenas depois o VIH, seguido do VHB e tuberculose pulmonar o que está alinhado com os recentes indicadores do SICAD (2015). Na tentativa de perceber as três principais zonas de Lisboa por onde os utentes se movimentam durante mais tempo, os resultados indicam as zonas de Arroios, Santa Maria Maior e Lumiar. Salientamos igualmente que a esmagadora maioria da amostra vive em Lisboa, contacta diariamente com as equipas, metade já viveu em situação de sem abrigo e um décimo ainda se encontra nessa situação. A principal problemática referenciada é o consumo de drogas, com ou sem outra problemática associada, sendo de considerar igualmente a insuficiência económica e o consumo de álcool. A maioria refere estar pouco satisfeito ou insatisfeito com a vida, sendo que no diz respeito à satisfação com o apoio prestado pelas equipas a maioria encontra-se satisfeito ou muito satisfeito. Realçamos também a elevada taxa de respostas contactadas e a quem foi aplicar o questionário, com exceção da naturalidade (88,1%), em todas as outras questões obtivemos uma taxa de resposta acima dos 95%, para nós muito positiva. Como limitações, verificámos que alguns dos utentes tinham contactos esporádicos com as equipas, sendo por isso impossível localizar algumas pessoas para a aplicação do questionário. Por outro lado, quanto à situação de “quarto / casa arrendada”, consideramos que esta não é incluível em nenhuma das categorias atrás definidas (habitação vulnerável, habitação estável), por se tratarem de situações bem distintas uma da outra e que em grande parte desta população é rendida dos quartos é apoiada por outras instituições (ex: SCML, etc), e que, na construção do inquérito, deveria ter sido dividida em duas respostas distintas (1 – quarto alugado; 2 – casa arrendada), pelo que em futuros trabalhos, sugerimos que se utilizem categorias diferentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Câmara Municipal de Lisboa (2007). Relatório Anual do Grupo de Motivação e Encaminhamento – Equipas de Rua.

Capucha, L. (2005). Desafios da Pobreza. Oeiras, Celta Editora.

DeMarce, J. M., Lash, S. J., Stephens, R. S., Grambow, S. C. & Burden, J. L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. Addictive Behaviors, 33, 1104-1112.

Ebright, J. R. & Pieper, B. (2002). Skin and soft tissue infections in injection drug users. Infectious Disease Clinics of North America, 16, 679-712.

Giddens, A. (2007). A Europa na Era Global. Lisboa: Editorial Presença.

Godinho, J., Marques, R., Gonçalves, N. & Vultos, J. (2007). Avaliação de uma população sem abrigo a residir num centro de acolhimento, integrada em programa de manutenção com metadona. Toxicodependências, 1, 3-10.

Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: Aspectos psicossociais e psicopatológicos. Toxicodependências, 3, 3-14.

Hser, Y.I., Huang, D., Brecht, M. L., Li, L. & Evans, E. (2008). Contrasting trajectories of heroin, cocaine, and methamphetamine use. Journal of Addictive Diseases, 27, 13-21.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2005). Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012. Disponível em <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/EstrategicosNacionais.aspx>.

Kak, V. & Chandrasekar, P. H. (2002). Bone and joint infections in injection drug users. Infectious Disease Clinics of North America, 16, 681-695.

Lopes, P. & Faria, M. (2005). A Homofobia em Toxicodependentes. Toxicodependências, 1, 21-35.

Schoener, E. P., Hopper, J. A. & Pierre, J. D. (2002). Injection drug use in North America. Infectious Disease Clinics of North America, 16, 535-551.

Tunkel, A. R. & Pradhan, S. K. (2002). Central nervous system infections in injection drug users. Infectious Disease Clinics of North America, 16, 589-605.

UNODC (2015). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, acedido pelo website<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=11937>criteria1=drogas

Vaughn, M. G., Beaver, K. M., DeLisi, M., Perron, B. E. & Schelbe, L. (2009). Gene-environment interplay and the importance of self-control in predicting polydrug use and substance-related problems. Addictive Behaviors, 34, 112-116.

Wills, S. (2005). Drugs of Abuse. Second Edition. London: Pharmaceutical Press.

ANEXO I

Habilitações:	Sem Esc.	1º C	2º C	3º C	Secund.	Freq. ES	Ens. Sup.
Nacionalidade:					Naturalidade:		
Código utente:	____-____ / _____(DN)			Idade:	____	Sexo:	M F TG

Estado Civil:	Solt.	UF	Cas.	Sep.	Div.	Viúv.
---------------	-------	----	------	------	------	-------

Situação profissional actual				
Empregado ☐ _1	Desempregado ☐ _2	Reformad./pens ☐ _3	Estudante ☐ _4	Trab./Estudante ☐ _5
Curso formação profissional: Não remunerado ☐ _6 Remunerado ☐ _7 Outra: Qual? _____ ₈				

Situação habitacional actual (se em CT/prisão/Outra, na data entrada)			
Rua ☐ _1	Casa ocupada ☐ _2	Albergue ☐ _3	Quarto/Casa arrendada ☐ _4
Centro Acolhimento Alcântara ☐ _5	Casa própria/familiares ☐ _6		Habitação Social ☐ _7
Comunidade Inserção c/ Alojamento ☐ _8	Casa de amigos ☐ _9	Outra: Qual? _____ ₁₀	

Meios de subsistência actuais – Assinalar todas as opções necessárias			
Emprego ☐ _1	Mendicidade ☐ _2	Actividades ilícitas ☐ _3	Trabalho sexual ☐ _4
Reforma ☐ _5	RSI ☐ _6	Subsídio desemprego ☐ _7	Actividades ligadas ao tráfico ☐ _8
Sucateiro ☐ _9	Curso subsidiado ☐ _10	Biscate ☐ _11	Venda de produtos doados ☐ _12
Apoio família/amigos ☐ _13	Arrumador de carros ☐ _14	Outra: Qual? _____ ₁₅	

Estruturas de Acompanhamento – Assinalar todas as opções necessárias (desde início de 2014)		
Equipa de Rua ☐ _1	Unidades Móveis Metadona ☐ _2	Gabinetes de Apoio Fixos ☐ _3
Albergue ☐ _4	Centro Acolhimento Alcântara ☐ _5	Equipa de Tratamento ☐ _6
Refeitório ☐ _7	Centro Apoio ao Imigrante (CNAI) ☐ _8	Centro Emprego / GIP ☐ _9
SCML ☐ _10	Junta de Freguesia ☐ _11	Outra: Qual? _____ ☐ _12

Padrão de consumo(s)	
Principal substância consumida: _____ Via(s) de consumo:_____	
Idade de início do consumo regular:_____ anos Substância preferida: _____	
1ª Substância consumida (incluindo álcool): _____ Idade de início do consumo(s): _____ anos	
Outras substâncias consumidas	
Ao longo da vida: _____ Actualmente: _____	

—	

<u>Consumos injectados</u>					
Ao longo da vida	Não ☐ ₁	Sim ☐ ₂	Actualmente	Não ☐ ₁	Sim ☐ ₂
Alguma vez fez mudança no padrão de consumo? Não ☐ ₁ Sim ☐ ₂ Porquê? _____					

<u>Overdoses</u>		Sim ☐ ₁	Não ☐ ₂
Durante o consumo	N.º de vezes: _____	Após paragem	N.º de vezes: _____
Como foi socorrido(a): _____ _____		Como foi socorrido(a): _____ _____	

<u>Tratamento das Dependências</u>	Tratamento actual: Sim ☐₁ Não ☐₂
Nº de tratamentos anteriores: _____	Se sim, onde: _____ Especificar (ex: ET/UA/UTRA/CT) Tratamento de substituição actual: Sim ☐₁ Não ☐₂

Saúde					
Alguma vez fez o teste?	VIH □ ₁	VHC □ ₂	VHB □ ₃	TB □ ₄	Outro(s) □ ₅ Qual(is) _____
Diagnósticos positivos	VIH □ ₁	VHC □ ₂	VHB □ ₃	TB □ ₄	Outro(s) □ ₅ Qual(is) _____
Se positivo, faz tratamento?	VIH □ ₁	VHC □ ₂	VHB □ ₃	TB □ ₄	Outro(s) □ ₅ Qual(is) _____
Acompanhamento psiquiátrico	Sim □ ₁	Não □ ₂	Outras Consultas Especialidade: □ ₁ Qual(is): _____		

Nota: Devem ser colocadas da mais frequente para a menos frequente

<u>Circuitos urbanos</u>			
Zona da cidade onde a pessoa foi contactada: _____			
Vive em Lisboa?	Não ☐ _1	Se <u>Não</u> , onde vive: _____	
Sim ☐ _2	Se <u>Sim</u> , há quanto tempo: ____ anos		

Alguma vez viveu na rua?			
Não ☐ _1	Sim ☐ _2 ____ anos	Se <u>Sim</u> , durante quanto tempo:	Principal Local pernoita: _____

Actualmente vive na rua?			
Não ☐ _1	Sim ☐ _2	Se Sim , há quanto tempo: ____ anos	Principal Local pernoita: _____

<u>Quais as três zonas principais, da cidade de Lisboa, por onde se movimenta mais tempo</u> (Consumos, tráfico, trabalho sexual, pernoitar na rua, arrumador de carros, etc) – <u>Fora das estruturas de acompanhamento</u>				
1ª		2ª		3ª

Como avalia a sua satisfação com a vida actualmente?				
Muito Insatisfeito $\square_1$	Insatisfeito $\square_2$	Pouco Satisfeito $\square_3$	Satisfeito $\square_4$	Muito Satisfeito $\square_5$

Como avalia a sua satisfação com o apoio prestado pela(s) equipa(s) de apoio?				
Muito Insatisfeito □ ₁	Insatisfeito □ ₂	Pouco Satisfeito □ ₃	Satisfeito □ ₄	Muito Satisfeito □ ₅

A preencher pelo Técnico de Referência:

Tipo de problemática– Assinalar todas as opções necessárias			
Consumo Drogas ☐ _1	Álcool ☐ _2	Patologia mental ☐ _3	Insuficiência económica ☐ _4
Irregular no País ☐ _5	Indocumentado ☐ _6	Outra: Qual? ______7	

Regularidade do contacto com a Equipa de Apoio						
Diário $\square_1$	Semanal $\square_2$	Quinzenal $\square_3$	Mensal $\square_4$	Trimestral $\square_5$	Semestral $\square_6$	Anual $\square_7$

Nome técnico: _____ Data: __/__/__

ANEXO II

Gráfico 1. Nacionalidades



Gráfico 2. Habilitações Literárias



Gráfico 3. Habilitações Literárias

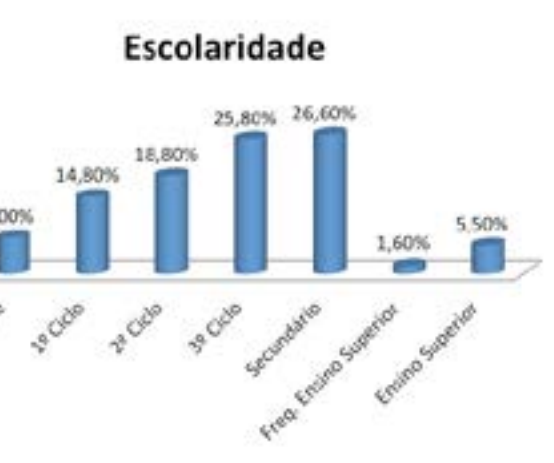


Gráfico 4. Estruturas de Acompanhamento

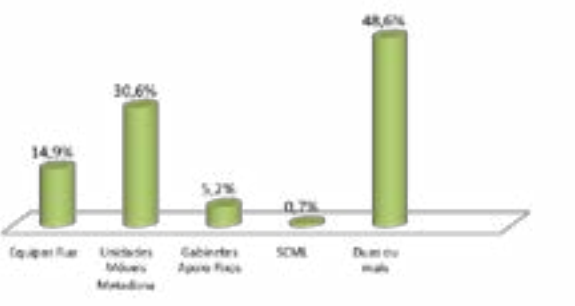


Gráfico 5. Principal substância consumida

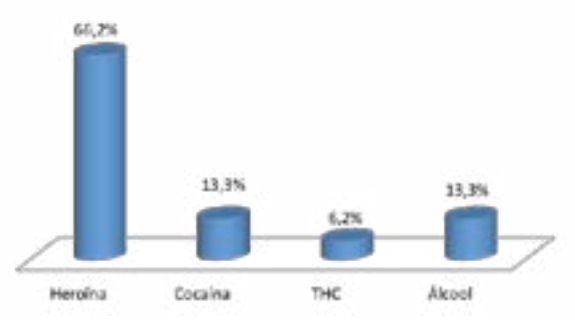


Gráfico 6. Substância preferida

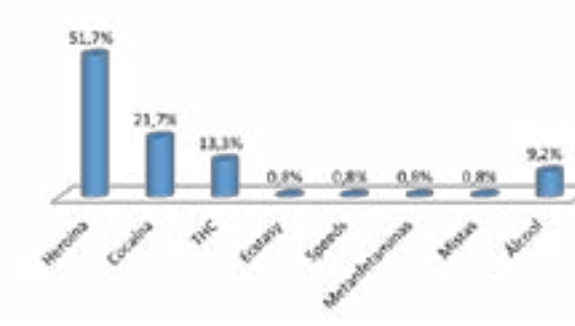


Gráfico 7. Via de consumo.

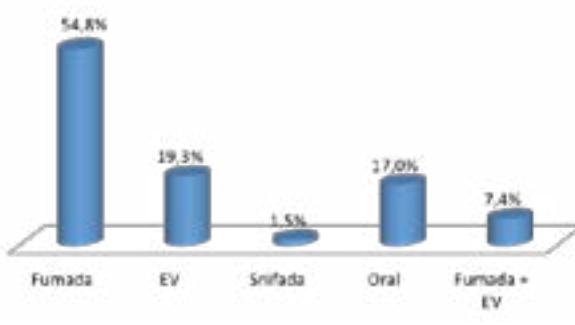


Gráfico 8. Tratamentos anteriores.

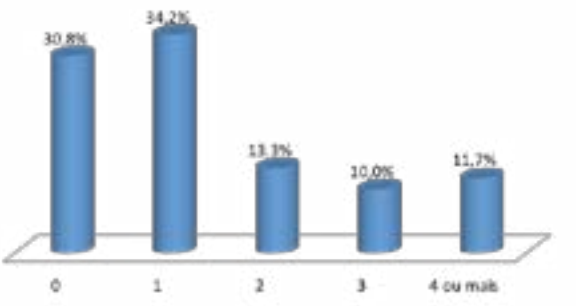


Gráfico 9. Diagnóstico positivo para VIH.

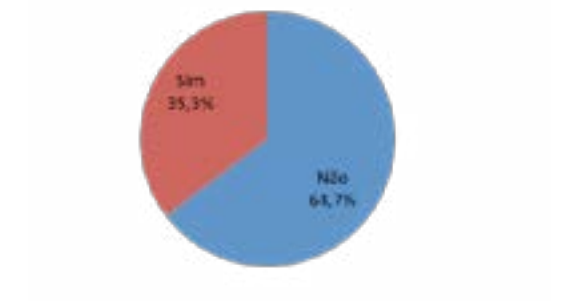


Gráfico 10. Diagnóstico positivo para VHC.

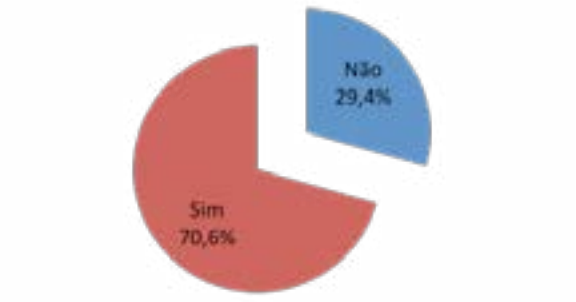


Gráfico 11. Diagnóstico positivo para VHB.

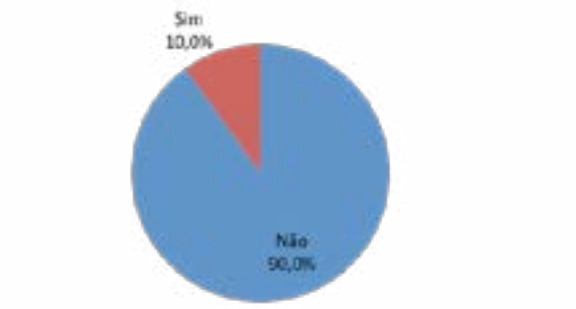


Gráfico 12. Diagnóstico positivo para TB.



Gráfico 13. Satisfação com a vida actual.

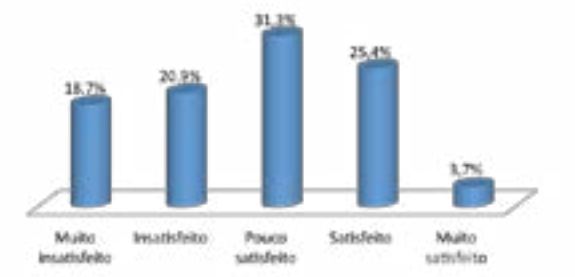


Gráfico 14. Satisfação com o apoio prestado pelas equipas.

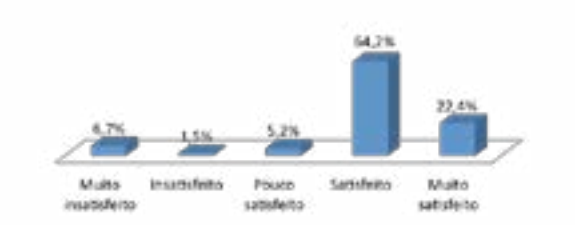
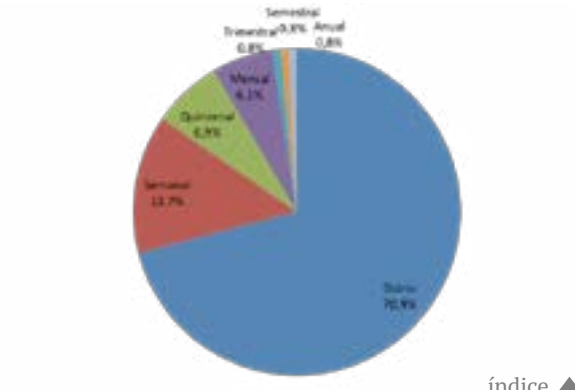


Gráfico 15. Regularidade do contacto com equipas de apoio.



DO QUE SE PERCECIONA AO QUE SE RECEBE: AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL NA GRÁVIDA TOXICODEPENDENTE

IRENE FLORES
Coordenadora do PIAM)
JOSÉ MANUEL CALHEIROS
Professor Catedrático da Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade da Beira Interior
LÚCIA GONÇALVES
Técnica de Serviço Social do PIAM
SÂNDRA PADRÃO
Técnica de Serviço Social do PIAM
MARIA EDUARDA MATOS
Assessora do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar –
Departamento de Estudo das Populações

Colaboradores:
Ana Magalhães (Psicóloga Clínico do PIAM)
Miguel Carvalho (Psicólogo Clínico do PIAM)
Patrícia Carvalho (Enfermeira Graduada do PIAM)

RESUMO

Objetivos Os autores utilizando o Inventário de Apoio Social S.S.N.I. (Social Support Network Inventory) analisam o apoio social recebido e percebido e a influência de alguns fatores sociais e individuais na rede de apoio de uma amostra. Comparam a importância da rede nas doentes com alta clínica, alta por abandono, ou transferência, bem como nas que se mantêm em tratamento assim como a influência do mesmo nesta rede de apoio.
Material e métodos Foram estudadas 105 grávidas toxicod dependentes admitidas no CAT do Conde durante um período de 3 anos, tendo sido efetuada uma segunda avaliação 6 a 10 anos depois a um sub-grupo de 44 mulheres que permaneceram em tratamento.
Resultados O Apoio Percebido apresenta uma média de 3,06 (igual à média das médias dos valores obtidos pelos itens que o compõem) com um valor semelhante de mediana; o

Apoio Recebido para um Acontecimento de Vida Específico (AAVE) apresenta uma média de 2,71. Estes valores encontram-se altamente correlacionados ($p < 0.001$). Não se encontraram diferenças significativas entre os fatores sociais e individuais e a rede de apoio. Na segunda avaliação verificamos que existem diferenças altamente significativas quanto ao valor de Apoio Percebido ($p < 0,001$), não se verificando diferenças significativas quanto ao Apoio Recebido para um Acontecimento Específico.
Conclusões A intervenção biopsicossocial teve um impacto positivo no Apoio Social Percebido; a necessidade de estudo de outros fatores psicossociais, de forma a ajustar a intervenção às suas necessidades; e a importância de ter em conta estes fatores no acompanhamento da grávida toxicod dependente, nomeadamente as que têm um suporte social baixo.

Palavras-chave: grávidas toxicod dependentes; apoio social; S.S.N.I.

ABSTRACT

Objectives: The authors using the Social Support Inventory (S.S.N.I.) analyse the perceived and received social support and the influence of some social and individual factors in the support network. They also compared the importance of network in patients that had clinical discharge, abandon discharge or transfer as well as in those that remained in treatment and also the treatment influence in the support network.
Material and methods: It was studied a 105 pregnant drug users sample admitted in the Maternal Unit CAT do Conde during a 3 years period and it was performed a second evaluation 6-10 years after to a sub-group of 44 women who remained in treatment.
Results: The Perceived Support has an average of 3,06 (equal to the average of the mean values of the items of these support) with a similar value of median; the Received Support in a Specific Life Event (AAVE) has an average of 2,71. These values are highly correlated ($p < 0.0001$). No significant differences were found between social and individual factors and the support network. In the second evaluation it was founded highly significant differences regarding the Perceived Support ($p < 0.001$) and there were no significant differences for the Received Support in a Specific Life Event.
Conclusions: The biopsychosocial intervention had a positive impact on Perceived Social Support; the need to study other psychosocial factors, in order to adjust the intervention to the needs; and the importance of taking these factors in account in the pregnant drug user support treatment, namely in those with a low social support.

Key Words: Pregnant drug users; social support; SSNI.

RÉSUMÉ

Objectives: Les auteurs en utilisant L'Inventaire de Soutien Social (SSNI) analysent le soutien social reçu et perçu et l'influence de certains facteurs sociaux et individuels dans le réseau du soutien d'un échantillon. Ils ont comparé l'importance du réseautage chez les patients avec élevé clinique, élevé pour abandon ou de transfert, ainsi que ceux qui restent dans le traitement et bien sur l'influence du traitement dans le réseau de soutien.
Matériaux et Méthodes : On a étudié 105 toxicomanes enceintes admises au CAT do Conde au cours d'une période de 3 ans, et on a procédé à une deuxième évaluation 6-10 ans après à un sous-groupe de 44 femmes qui ont restées dans le traitement.
Résultats : Le Soutien Perçue a une moyenne de 3,06 (égal à la moyenne des valeurs de les articles qui le composent) avec une valeur similaire de la médiane ; Le Soutien Reçu pour un Événement de Vie Spécifique (AAVE) a une moyenne de 2,71. Ces valeurs sont fortement corrélées ($p < 0.001$). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les facteurs sociaux et individuels et le réseau de soutien. Dans la deuxième évaluation on a constaté que des différences hautement significatives existent par rapport a la valeur Perçue de Soutien ($p < 0,001$), il n'y avait pas de différences significatives pour le Soutien Reçu dans un Événement Spécifique.
Conclusions : L'intervention biopsychosocial a eu un impact positif sur le Soutien Social Perçue ; la nécessité d'étudier d'autres facteurs psychosociaux, afin d'ajuster l'action à des besoins, et de l'importance de la prise en compte de ces facteurs dans le suivi de la toxicomane enceinte, en particulier de ceux qui ont une faible soutien social.

Mot-clé: Toxicomanes enceintes ; soutien social ; SSNI.

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida estabelecemos relações significativas que irão constituir a nossa rede social primária. Composta por familiares, amigos, colegas, vizinhos e organizações nela encontramos proteção, apoio, compaixão, nos momentos difíceis, e com ela partilhamos os momentos festivos. Como veículo de transmissão de conhecimentos, está intimamente ligada à evolução humana. A transmissão de conhecimentos, o apoio prestado e recebido influencia a nossa evolução, quer a nível físico, quer psicológico e é um factor essencial para o nosso bem-estar. Caplan (1979 cit. in Flaherty et al, 1983) refere que os laços sociais desempenham um papel importante na integridade física e psicológica do indivíduo. O modelo biopsicossocial da doença atribui um peso importante aos factores sociais e às redes de suporte sócio-familiar no desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas. Vários autores têm procurado identificar as variáveis sociais que, de forma direta ou indireta, estão implicadas no adoecer e na resposta ao tratamento. A gravidez, fase da vida em que a mulher é sujeita a importante stress físico, psicológico e social, tem sido objecto de vários estudos. Estas investigações têm permitido identificar alguns factores sociais implicados na vulnerabilidade e/ou na protecção à doença no período pré e pós-parto. Segundo vários autores, o apoio das pessoas mais significativas para a gestante assume particular importância no desenvolvimento da identidade materna. Condon e Corkindale (1997) referem que a falta de apoio social pode afectar o desenvolvimento da vinculação materna pré-natal. De acordo com Bernazzani e colaboradores (1997), o apoio social tem uma grande importância no desenvolvimento dos cuidados pré-natais por parte da mãe e, por seu lado, a estrutura da rede social terá influência nos cuidados que a mulher irá procurar ao longo da gravidez. Aaronson (1989) enfatiza a importância do apoio recebido para a facilitação de comportamentos positivos para a saúde. Caravella (1996) encontrou uma relação estatisticamente significativa entre apoio social e bem-estar geral (medido por escala específica) durante a gravidez. Em relação aos cuidados pós-natais e posterior relação mãe/criança autores como Oakley (1988) referem a existência de uma correlação positiva entre o apoio social e a saúde das mães e dos bebés. Norbeck e Anderson (1989) e Oakley (1988) referem que um menor apoio social aumentaria a probabilidade de um menor tempo de gestação e de um menor peso do recém-nascido. Oakley (1985) refere que programas de intervenção junto da grávida, no sentido de melhorar o apoio social, afetam positivamente o peso do bebé e a evolução da gravidez. As mulheres que tinham uma rede de apoio mais alargada tinham bebés com maior peso à nascença. Collins e colaboradores (1993) examinaram também os efeitos do apoio social pré-natal na grávida e no bebé. Os resultados indicam que as mulheres que receberam mais apoio na

gravidez tiveram menos problemas no parto e menor frequência de depressão pós-parto, enquanto que os bebés apresentavam níveis de Apgar mais elevados. Diferentes trabalhos referem que o fraco apoio social e o stress durante a gravidez são responsáveis por um aumento da ansiedade e complicações na gravidez e parto. De facto, sabe-se que o equilíbrio emocional durante a gravidez aumenta em função da diminuição do stress e do aumento do apoio social (Tilden, 1983). Elevados níveis de ansiedade durante a gravidez estão associados com baixos níveis de apoio social (Albrecht e Rankin, 1989). A ansiedade presente ao longo da gravidez poderá diminuir no período pré e pós-natal se a mulher tiver disponíveis pessoas às quais reconheça a capacidade de lhe conferirem apoio, quer durante a gravidez, quer nos cuidados ao bebé. Num estudo efetuado em Portugal, Pereira e colaboradores (1999) verificaram que quanto maior o suporte social, menor a probabilidade de sintomatologia psicológica na grávida. Pagel e colaboradores (1990) referem que as grávidas com menor apoio social ou com níveis de ansiedade mais elevados tendem a ser em média mulheres mais novas, solteiras, com nível educacional mais baixo, que fumam mais e que têm um risco biomédico mais elevado do que aquelas que têm um maior apoio social, ou níveis de ansiedade mais baixos. Barrera e Balls (1983) analisaram a importância do uso de múltiplas medidas de apoio social na avaliação das necessidades da grávida enfatizando o valor preditivo quer do tamanho da rede de apoio, quer do grau de satisfação com o apoio e os resultados do desfecho do parto. Chalmer (1987) refere que embora o papel do pai no momento do parto seja de menor importância, torna-se de grande importância no período pós-parto, quer a nível emocional, quer financeiro. Tietjen e Bradley (1985) referem que o apoio do pai está associado a uma boa adaptação da mulher em todas as áreas durante a gravidez e a um bom relacionamento marital no período pós-parto. Webster (1996) tentou analisar de uma forma geral estes e outros aspectos na gravidez, concluindo que níveis mais altos de apoio social, percebido durante a gravidez, estavam fortemente associados com níveis mais baixos de stress percebido e ansiedade estado, bem como com menos manifestações comportamentais de sintomas depressivos. Segundo Brugha e colaboradores (1998), o apoio social parece ainda afectar outros aspectos relacionados com a gravidez, nomeadamente a probabilidade de depressão pós-parto, a qual aumenta em relação inversa ao apoio social. Outros estudos indicam que o consumo de álcool (Stephens, 1987; Aarason, 1989), tabaco e cafeína (Aarason, 1989) na gravidez, é inversamente proporcional ao apoio social recebido. Num estudo realizado nos Estados Unidos em 1993, Degen e colaboradores não encontraram diferenças nos níveis de apoio social quando compararam um grupo de grávidas toxicodependentes e um grupo de grávidas não toxicodependentes. No entanto outros estudos, como o de Marcenko e colaboradores (1994), após efetuarem comparações entre mulheres

com gravidez de risco que tinham, ou não, problemas com abuso de substâncias, verificaram que o apoio familiar era menor no grupo de mulheres que consumiam. Trinh (1998 cit in Sherman e colaboradores, 1998) efectuou um estudo sobre o papel do apoio social na recuperação de grávidas toxicodependentes. O estudo começou por avaliar as características do apoio social das grávidas, aquando da entrada num programa de tratamento, tendo os resultados indicado que 10% das mulheres não identificaram qualquer apoio social, referindo não terem ninguém a quem recorrer. As restantes (90%) indicaram apenas uma ou duas pessoas. Uma avaliação posterior demonstrou um aumento da rede social ao longo do tratamento, além de que, as mulheres já em tratamento, quando comparadas com as que iniciavam tratamento, recebiam mais apoio instrumental e comunicavam mais com membros da rede de apoio. Este estudo incide na população de mulheres grávidas toxicodependentes admitidas no ex-CAT do Conde e pretendeu avaliar a importância da rede social no momento da admissão, em relação a diversos factores sociais e individuais, e conhecer a evolução da rede social durante o tratamento. Utilizando a mesma amostra deste estudo, foram já apresentados dois artigos: Caracterização de uma amostra de Mulheres Grávidas Toxicodependentes – A Experiência do CAT do Conde (Flores e col., 2002) e Grávidas Toxicodependentes: Análise de alguns factores de influência nas atitudes face à gravidez (Flores e col., 2005).

OBJETIVOS

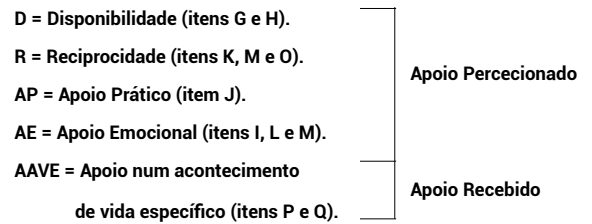
O estudo teve por objetivo principal analisar a importância da rede social e a sua variação de acordo com: nível socioeconómico; dimensão do agregado familiar; número de filhos; idade de início do consumo de substâncias; tempo de consumo; tipo de substâncias utilizadas; grau de decisão (autonomia) na procura de ajuda, e ainda que um menor apoio social se traduziria em mais partos distócicos, baixo peso do bebé à nascença e que um maior apoio social, num melhor prognóstico para a doente. Finalmente que o tratamento melhoraria a rede social.

MÉTODO

Sujeitos
A amostra é constituída por 105 grávidas toxicodependentes admitidas em tratamento no ex-CAT do Conde – Unidade Materna (atual: PIAM – Projeto Integrado de Atendimento Materno), num período selecionado de três anos. A um sub grupo desta amostra constituído por 44 mulheres foi efectuada uma segunda avaliação; durante os meses de Agosto de 2005 a Março de 2006.

INSTRUMENTOS

Foi utilizado o Inventário da Rede Social de Apoio (S.S.N.I. – Social Support Network Inventory, Flaherty et al., 1983), um instrumento de auto-administração elaborado para avaliar o apoio social. De acordo com os seus autores, este inventário baseia-se no modelo biopsicossocial da doença que atribui aos factores sociais um papel importante no desenvolvimento da doença física e emocional. O S.S.N.I. é constituído por duas partes. Na primeira parte o sujeito regista por ordem decrescente as pessoas e/ou grupos com que tem mais intimidade e aos quais se sente à vontade para solicitar apoio em caso de necessidade, podendo referir até um máximo de vinte pessoas/grupos. Na segunda parte, o sujeito responde a onze questões para cada uma das primeiras cinco ou quatro pessoas indicadas e para um grupo. As respostas são cotadas de acordo com uma escala de Likert de 1 (nenhum apoio) a 5 (muito apoio) sendo assim passíveis de análise estatística. Os valores numéricos para cada escala correspondem à média dos valores atribuídos a cada uma das pessoas listadas pelo sujeito. O S.S.N.I. possibilita a identificação de cinco escalas divisíveis em dois factores de apoio social:



Para além destes valores, o S.S.N.I. possibilita uma recolha de dados importantes para uma análise descritiva como a idade, ocupação, nível de habilitações, estatuto conjugal, número de filhos, agregado familiar, relação com as primeiras cinco, ou quatro pessoas e um grupo listado, número total e sexo das pessoas referidas como suporte. O S.S.N.I. não está aferido para a população portuguesa, pelo que os resultados médios não podem ser comparados com a média da população geral. Da amostra foram ainda recolhidos os seguintes dados: A. *Características socioprofissionais* [nível socioeconómico (Graffar), estatuto conjugal e tipo de agregado familiar]; B. *Modo de entrada em tratamento* (encaminhamento, motu próprio); C. *Dados relativos à gravidez* (tipo de parto, primíparas ou múltiparas, peso do bebé); D. *Padrões de consumo* (idade de inicio, tipos de droga, duração dos consumos, consumos ao longo da gravidez).

PROCEDIMENTO

A recolha dos dados referentes ao S.S.N.I. efetuou-se junto da amostra, por inquérito aplicado por entrevistador no momento da admissão no ex-CAT do Conde (Avaliação I). Posteriormente a amostra foi dividida: Grupo 1 (utentes que permaneceram em tratamento N=44), Grupo 2 (utentes com alta clínica N=32) e Grupo 3 (utentes com alta por abandono ou por transferência N=29). Ao Grupo 1 procedeu-se a uma nova recolha dos dados referentes ao S.S.N.I (Avaliação II) (6 a 10 anos depois da admissão). A restante informação foi recolhida dos processos clínicos das doentes.

Análise estatística

As pontuações dos diferentes itens do S.S.N.I. foram analisadas através de uma análise estatística inferencial: análise de variância, teste t para amostras independentes e coeficientes de correlação. Adoptou-se um nível de significância de 5%. Utilizou-se para tratamento o *software* S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences), versão 12.0 para Windows.

RESULTADOS

AVALIAÇÃO I

1.1. Dados S.S.N.I

Tabela 1. Valores médios das cinco subescalas

	Média	DP
Disponibilidade (D)	4,28	.73
Reciprocidade (R)	3,93	.75
Apoio Prático (AP)	3,89	.94
Apoio Emocional (AE)	3,87	.77
Acontecimento Específico (AAVE)	2,71	1,40

O Apoio Percebido apresenta uma média de 3,06 (igual à média das médias dos valores obtidos pelos itens que o compõem) com um valor semelhante de mediana; o Apoio Recebido para um Acontecimento de Vida Específico (AAVE) apresenta uma média de 2,71. Estes valores encontram-se altamente correlacionados (r Pearson = 0.46 p< 0.001). Relativamente ao tamanho da rede de apoio, a maioria (88,1%) das mulheres registou uma a cinco pessoas, 11,9% registou entre seis a dez pessoas e nenhuma registou mais do que 10 pessoas. Média de pessoas listadas 3,3.

Do total de pessoas referidas como apoio (N= 340), 49,5% (N= 168) são do sexo feminino, 50,5% (N= 172) do sexo masculino. a primeira pessoa listada foi em 48% o marido/companheiro, 20% a mãe, 3% o pai e 29% outros; a segunda pessoa listada, surge em 19% das situações o marido, 29,3% a mãe, 14% o pai, 35,9% outros e 1,1% não listou uma segunda pessoa.

Na tabela 2 apresenta-se a avaliação da relação entre o tamanho da rede de apoio e os resultados do Apoio Percebido e Apoio Recebido não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas

Tabela 2. Tamanho da rede de Apoio

	1 – 3 Pessoas	≥ 4 Pessoas	p
Apoio Percebido	3,10	3,01	0,49
Apoio Recebido	2,97	2,46	0,11

1.2. Características Sociais

A grande maioria da amostra encontra-se nas classes intermédias (III – 44,8% e IV -32,4% respetivamente) da categorização socioprofissional Graffar. A grande maioria das mulheres (62,5%) era casada ou vivia maritalmente, 37,5% solteiras, divorciadas ou viúvas (37,5%); 57,1% vivia numa família alargada, 32,4% numa família nuclear e 10% vivia só. Quanto ao pedido de apoio 80% foi encaminhada por outra Instituição de Saúde (Serviços de Obstetrícia, médicos de família e outros CAT's) e 20% recorreu por *motu próprio*. Os valores do Apoio Percebido e do Apoio Recebido não apresentam diferenças significativas em relação: às categorias socioprofissionais (Graffar) (p= 0,23 e p= 0,62 respetivamente), estatuto conjugal (p = 0,11; p = 0,39), tipos de agregado familiar (p = 0,97; 0,39) e tipo de encaminhamento para tratamento (p = 0,12; p = 0,08).

1.3. Informações gravidez/parto e recém-nascido

A maioria das mulheres eram primíparas (65,7%), o parto foi em 59% eutócico, 31,3% distócico e em 9,6% aborto ou nado-morto. O valor médio do peso do bebé foi de 2,73 kg (dp=0,47). Não foi observada uma relação significativa entre o peso do bebé no nascimento e o Apoio Percebido (p=0,92) e Recebido (p=0,21). O mesmo se verificou na relação entre o Apoio Percebido e Apoio Recebido e a variável tipo de parto (p=0,49 e p=0.29 respetivamente) e a paridade (p = 0,60 e p = 0,37 respetivamente).

1.4. Características dos consumos

O início do consumo de substâncias em 36,2% da amostra surgiu antes dos 18 anos. Em 55,2% das mulheres constatou-se que o consumo foi de heroína, e em 44,8% de heroína associada à cocaína e/ou cannabis. A média de anos de consumo foi de 6,5 anos (valor máximo de 23 anos, valor mínimo de 1 ano); Após admissão em tratamento 31,2% das mulheres abandonou os consumos. Quando comparamos o grupo de mulheres que iniciou os consumos antes dos 18 anos com o que iniciou consumos depois dos 18 anos não encontramos diferenças significativas quanto ao Apoio Percebido (p = 0,20) e Apoio Recebido (p = 0,45). Quando comparamos o grupo das mulheres que após a entrada em tratamento manteve os consumos, com aquele que abandonou os consumos, também não existem diferenças significativas, quanto ao Apoio Percebido (p=0,20) e Apoio Recebido (p = 0,11). O tamanho da rede de apoio não se relaciona com os anos de consumo (p = 0,12), nem com o abandono, ou não, dos consumos após a entrada em tratamento (p = 0,18). Como consta do Procedimento a amostra foi dividida em três grupos (Grupo 1, Grupo 2 e Grupo 3), não se tendo encontrado diferenças significativas entre eles quanto ao Apoio Percebido (p = 0,83) e ao Apoio Recebido (p = 0,49).

AVALIAÇÃO II

O grupo de doentes que se mantinham em tratamento em Julho de 2005 (Grupo 1; N = 44 mulheres) foi sujeito a uma segunda avaliação (Avaliação II), no sentido de avaliar o impacto do tratamento na rede social. Quando comparamos os resultados obtidos neste momento com os da Avaliação I, verificamos que existem diferenças altamente significativas quanto ao valor de Apoio Percebido (passou de 3,02 para 4,13; p <0,001). Quanto ao Apoio Recebido, para um Acontecimento Específico, não existem diferenças significativas. No que reporta à Rede de Apoio, constituição da rede, não se verificam diferenças significativas em relação ao sexo (mulheres 50,3% e homens 49,03%) mas o marido / companheiro passou a ser sinalizado na primeira ou segunda pessoa em 74,3%. De realçar que na avaliação II 52,3% (23 em 44 mulheres) mencionam como apoio os técnicos da equipa de referência e 12 destas mulheres colocam esta opção como primeira ou segunda escolha.

DISCUSSÃO

Este trabalho completa uma série de três realizados nesta amostra de mulheres toxicodependentes grávidas (dois anteriormente publicados) realizados com o objetivo de melhor

conhecer a população que procura tratamento e adequar as respostas às suas necessidades. Este estudo tinha como objetivo principal avaliar o apoio social da grávida toxicodependente, no momento da admissão a tratamento, e a importância de algumas características socio-demográficas, obstétricas e padrão de consumo de drogas no suporte socio-familiar. Foi utlizado o instrumento SSNI, que, apesar de possibilitar uma avaliação abrangente do conceito de apoio social, apresenta como limitação o facto de não estar aferido para a população portuguesa, não permitindo a comparação dos resultados médios com a média da população portuguesa. A duração do estudo e do seguimento permitiu avaliar a influência da intervenção terapêutica, no apoio social, no grupo de mulheres que se manteve em tratamento. Relativamente ao primeiro objetivo, este estudo revela que esta amostra de grávidas toxicodependentes apresenta inicialmente um fraco suporte sociofamiliar. As pontuações globais obtidas encontram-se abaixo da média da população de mulheres estudadas pelos autores do inventário. Se compararmos os valores encontrados com os obtidos num estudo realizado por Freitas P. (2001) num grupo de grávidas ansiosas com as mesmas características sociodemográficas, verificamos que a grávida toxicodependente tem um apoio social menor que as referidas grávidas. Este achado está de acordo com o encontrado por Marcenko e colaboradores (1994) em grávidas de risco com e sem abuso de substâncias. A análise dos dados recolhidos pelo inventário de suporte social revela que a rede social desta amostra é constituída, na grande maioria das grávidas (88,1%), por 1 a 5 pessoas (valor médio 3,3). Embora não existam valores médios do tamanho da rede, aferidas para a população portuguesa, o valor médio é muito inferior ao encontrado no grupo de grávidas ansiosas avaliadas por Freitas P. (2001) (valor médio 4,54). A análise qualitativa da rede de suporte mostra que as pessoas do sexo feminino não têm uma maior representação (49,5%) do que as do sexo masculino (50,5%). O marido surge como a pessoa mais assinalada na primeira ou na segunda pessoa da rede de suporte (67,0%). Continuando a análise à rede de suporte da grávida toxicodependente, verificamos que esta considera como elemento mais importante na rede de suporte, a seguir ao marido / companheiro, outras pessoas que não a mãe. A mãe da grávida toxicodependente é referida como primeira ou segunda pessoa em cerca de 50,0% das respostas enquanto outras pessoas surgem como primeira ou segunda opção em 64,9% das respostas. Este achado também é diferente do encontrado por Freitas P. em que o marido e a mãe ocupavam o primeiro e segundo lugar da lista de pessoas significativas. Este dado poderá ser compreendido na história de vida destas mulheres marcada por negligência, abuso, parentificação na infância e adolescência, rejeição do modelo maternal, aspetos que poderão pesar negativamente na valorização do papel da mãe na rede de suporte.

O fato de não se encontrarem diferenças significativas do apoio social relativamente às categorias socioprofissionais, estatuto conjugal, agregado familiar, procura de tratamento é um aspecto que merece reflexão.

Admitimos que o fato da amostra ser constituída na grande maioria, por pessoas das classes socioeconómicas médias baixas, em que, na grande maioria dos casos o marido / companheiro é também toxicodependente, coabitando, em muitos casos, com pais ou sogros em situação económicas e habitacionais precárias, pode traduzir que a família mais próxima esteja sujeita aos mesmos fatores stressantes, o que diminui a sua capacidade de proporcionar apoio. A ausência de significado estatístico do apoio social e das variáveis obstétricas analisadas está de acordo com os resultados encontrados na investigação de K. Nuclels, J. Cassel e B. Kaflan (1972), que concluem que o suporte social isoladamente não se correlaciona com a ocorrência de complicações obstétricas.

Também não encontramos diferença significativa entre o apoio social e as variáveis idade de início de consumos, dependência a uma ou mais substâncias, tempo de duração da dependência e abandono de drogas não prescritas após a admissão a tratamento.

Admitimos que fatores relacionados com a toxicodependência, a evolução prolongada da doença, o curso da doença, pautado por sucessivos abandonos de drogas e por recaídas, baixe a expectativa de modificações duradouras e não favoreça o alargamento da rede de suporte.

Os resultados da Avaliação II realizada no Grupo I, após a admissão ao tratamento, mostram que o suporte social melhorou após a entrada em tratamento.

A comparação de resultados evidenciou diferenças altamente significativas entre a Avaliação I e II no que respeita o Apoio Percebido.

Quanto ao Apoio Recebido para um acontecimento específico não encontramos diferenças significativas no primeiro e no segundo momento de avaliação.

Análise de resultados mostra que, após a intervenção, não houve mudanças no tamanho nem no número de pessoas assinaladas, masculinos / femininos, da rede de suporte.

Não obstante, ressalta que o marido / companheiro tem uma maior valorização. Este é assinalado na primeira ou na segunda pessoa em 74,0%.

Embora se possa considerar que a valorização do marido / companheiro como figura de suporte possa corresponder, em alguns casos, a uma nova relação marital, mas não é de excluir a importância da intervenção na toxicodependência na redução de alguns fatores de instabilidade ao nível da relação de casal.

Um outro dado a assinalar quando comparamos os resultados das Avaliações I e II é a integração de elementos da equipa de tratamento na constituição da rede de suporte. Este achado, da maior relevância, parece-nos natural se tivermos em conta os resultados obtidos por estudos que procuraram identificar os acontecimentos significativos com

maior impacto no “stress” gerado na grávida e que apontam para os que envolvem risco quer para elas, quer para o bebé. Estes resultados ilustram a importância de intervenções estruturadas na grávida toxicodependente e a valorização que é atribuída ao trabalho dos técnicos envolvidos.

CONCLUSÃO

O suporte social disponibilizado à grávida toxicodependente é baixo e menor do que o observado em outras grávidas de risco.

A intervenção biopsicossocial efetuada neste grupo de grávidas toxicodependentes teve impacto positivo no Apoio Social. O suporte social avaliado isoladamente não tem valor preditivo da ocorrência de complicações obstétricas na grávida toxicodependente.

O estudo permite realçar a importância de ajustar a intervenção às necessidades das grávidas toxicodependentes e a importância de avaliar outros fatores psicossociais que influenciam o curso da gravidez na mulher toxicodependente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarason, L.(1989). Perceived and received support: effects on health behaviours during pregnancy. *Nursing Research*, 38, 4-9.

Albrecht, S. & Rankin, M. (1989). Anxiety levels, health behaviours and support systems of pregnant woman. *Maternal-Child-Nursing Journal*, 18, 49-60.

Barrera, M. & Balls, P. (1983). Assessing social support as a prevention resource: An illustrative study. *Prevention in Human Services*, 2, 4, 59 – 74.

Bernazzani, O. et al. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 4, 391-402.

Brugha, T. et al. (1998). Social support systems and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Pshychological Medicine*, 28, 1, 63-79.

Caravella, T. (1996). Women´s perceptions of their Health-Related quality of Life during pregnancy as measured by general well-being and activity restriction. *Dissertation Abstracts International*, 57, (6-A), 2374.

Chalmer´s, B. (1987). Social Support in pregnancy and the puerperium amongst Pedi Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 7, 63-70.

Collins, N. et al. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and social Psychology*, 65, 6, 1243 – 1258.

Condon, J. & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70. 4, 359 – 372.

Degen, H. et al. (1993). Social support and anxiety in pregnant drug abusers and nonusers: Unexpected findings of few differences. *Drug and Alcohol Dependence*.32, 1, 37- 44.

Flaherty, J., Gaviria F. & Pathak, D. (1983). The Measurement of Social Support Network Inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 6, 521-529.

Flores, I. e Calheiros, J. M. (2002). “Caracterização de uma amostra de mulheres grávidas toxicodependentes – A experiência do CAT do Conde.” *Toxicodependências*, 8 (2): 53-62.

Flores, I. *et al.* (2005). “Grávidas toxicodependentes: análise de alguns factores de influência nas atitudes face à gravidez.” *Toxicodependências*,

Marcenko, M. et al (1994). Psychosocial characteristics of pregnant women with and without a history of substance abuse. *Health and Social Work*, 19, 1, 17 – 22.

Norbeck, S. & Anderson, J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid and late pregnancy among low income women. *Research in Nursing and Health*, 12, 281- 287.

Oakley, A. (1985). Social Support in Pregnancy: The “soft” way to increase birthweight? *Social Science and Medicine*, 21, 11, 1259 – 1268.

Oakley, A.(1988). Is social support good for the health of mothers and babies ? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 3-21.

Pagel, M. et al (1990). Psychosocial influences on newborn outcomes: A controled prospective study. *Social Science and Medicine*, 30, 597-604.

Pereira, M. et al. (1999). Adaptação à gravidez: Um estudo biopsicossocial. *Análise Psicológica*, 17 (3), 583-590.

Stephens, C. (1987). The effects of social support on alcohol consumption during pregnancy: situational and ethnic/cultural considerations. *International Journal of the Addiction*, 22, 609-619.

Tietjen, A. & Bradley, C. (1985). Social Support and Maternal Psychosocial Adjustment during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 17, 2, 109-121.

Tilden, P. (1983). The relation of life stress and social support to emocional desequilibrium during pregnancy. *Rresearch in Nursing and Health*, 6, 4, 167-174.

Trinh, C. (1998). The role of social support in the lives of pregnant women in recovery. In Sherman, B et al (Ed). *Addiction and pregnancy: Empowering recovery through peer counseling* (pp. 107 – 123).Westport: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Webster, R. (1996). The buffering effects of social support on psychological states and obstetrical outcomes in pregnancy. *Dissertation Abstracts International*, 57, (3-B), 2170.

CRIANÇAS E JOVENS EM ACOMPANHAMENTO NO PROJETO INTEGRADO DE ATENDIMENTO MATERNO (PIAM): CARACTERIZAÇÃO DE UMA AMOSTRA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ACOMPANHADOS NA CONSULTA DE PEDOPSIQUIATRIA

FÁTIMA MENDES
Psicóloga clínica – PIAM
FELICIANO GUIMARÃES
Pedopsiquiatra – PIAM
IRENE FLORES
Psiquiatra - Responsável

RESUMO

Caracterização de uma amostra de crianças e adolescentes referenciados para a consulta de Pedopsiquiatria do PIAM, durante o período de 1 de Janeiro de 2010 a 30 de Novembro de 2011, tendo em conta as variáveis sexo, idade, escolaridade, situação familiar, poder paternal, motivo da consulta, diagnóstico e intervenção terapêutica. São apresentadas e discutidas as principais conclusões sobre a saúde mental da população infanto-juvenil acompanhada no PIAM.

Palavras-chave: caracterização, crianças, adolescentes, consulta de pedopsiquiatria, mães toxicodependentes.

ABSTRACT

Characterization of a sample of children and adolescents referred to the PIAM Pedopsychiatry patient appointments during the period 1 January 2010 to 30 November 2011. Variables used were gender, age, education, family situation, parental responsibility, reason consultation, diagnosis and therapeutic intervention. The key findings on the mental health of the juvenile population of PIAM are presented and discussed.

Keywords: characterization, children, adolescents, mothers addicts.

RÉSUMÉ

Caractérisation d'un échantillon d'enfants et d'adolescents vus à Pédopsychiatrie ambulatoire du PIAM au cours de la période allant de 1er Janvier 2010 au 30 Novembre 2011, en tenant compte des variables de genre, âge, éducation, situation familiale, responsabilités parentales, motifs de consultation, diagnostics et interventions thérapeutiques. les principales conclusions sur la santé mentale de la population juvénile de PIAM sont présentées et discutées.

Mots-clés: la caractérisation, les enfants, la pédopsychiatrie ambulatoire, les mères toxicomanes,

INTRODUÇÃO

Muitos são os estudos que têm vindo a considerar os filhos de toxicodependentes como um grupo de risco para a saúde mental na medida em que o consumo crónico dos progenitores leva grande parte das vezes à dificuldade em manter funções parentais organizadoras, protetoras e satisfatórias (Muchata, 2010). A toxicodependência dos pais tem implicações nas crianças logo desde o período neonatal, potenciando por vezes situações como o baixo peso e o síndrome de privação à nascença, com consequente internamento prolongado e separação precoce mãe/bebé (Palminha e colaboradores, 1993). Vários estudos defendem que os filhos de toxicodependentes apresentam uma maior propensão para manifestarem alterações de comportamento, quer em termos de internalização (ansiedade, isolamento e depressão), quer em termos de externalização como comportamentos de oposição, incumprimento de regras e manifestações de agressividade (Brook, Tseng, & Cohen, 1996; Moss, Clark & Kirisci, 1997; Stewart, Kelley, Fincham, Golden, & Logsdon, 2004; cit *in* Muchata, 2010). Outros estudos sugerem que as dificuldades de aprendizagem de algumas crianças podem estar correlacionadas com a toxicodependência dos pais (Almeida, 1998; Negrão e Seabra, 2007). A literatura mais recente nesta área constata que o maior ou menor impacto da toxicodependência dos pais, na saúde mental dos filhos, depende de uma série de fatores de risco e de fatores protetores.

São geralmente descritos como fatores de risco: a dependência de drogas ilícitas de ambos os pais; o consumo de substâncias ser feito em casa e presenciado pela criança; a exposição a eventual atividade criminal dos pais (Valleman R. & Templeton L., 2007); as recaídas frequentes; o prolongamento do consumo por muito tempo, ou a sua cronicidade; a idade precoce das crianças ao terem contacto com o problema dos pais; a adolescência por representar por si só uma fase de desenvolvimento de maior vulnerabilidade; factores ambientais relacionados com a precariedade socioeconómica, com a marginalização e com o estado precário de saúde (Brook, Tseng & Cohen, 1996; Moro *et al.*, 2000 *cit in* Muchata T., 2010). Quando apenas um dos progenitores é toxicodependente tem mais impacto, para a criança, ser a mãe a apresentar essa problemática do que ser o pai (Brook et al, 1996 *cit in* Muchata T., 2010). Quando comparadas com mães não toxicodependentes, as mães toxicodependentes estão mais sujeitas a fatores de risco (violência doméstica, falta de alojamento adequado, depressão e outros problemas psiquiátricos), o que as coloca, mais facilmente, em situação de falência da função materna (Hettinger, Nair & Shuler, 2000, *cit in* Muchata, 2010).

Apesar dos fatores de risco, inerentes ao consumo de drogas dos progenitores, parecem existir fatores e processos que podem minimizar o impacto negativo do consumo parental, ou proteger os filhos contra ele. Constata-se que algumas crianças são resilientes e não desenvolvem problemas significativos relacionados com a toxicodependência dos pais.

Num estudo realizado por Muchata T. e colaboradores (2011), constatou-se que, mesmo perante a adversidade, a maioria das díades pai/mãe toxicodependente e seus filhos consegue estabelecer padrões de interação com alguma qualidade, embora predomine a vinculação insegura (73.3%), comparativamente com a vinculação segura (26.7%).

Valleman R. & Templeton L. (2007) salientam alguns fatores de proteção: características individuais; presença estável de um adulto não consumidor; relação de vinculação segura com pelo menos um adulto cuidador; presença estável do cuidador principal durante o primeiro ano de vida; uma boa rede de suporte; um estilo parental com características positivas; participação em diversas actividades; oportunidades positivas em momentos de transição; coesão e harmonia familiares. Constata-se que quando apenas o pai é consumidor de drogas, é fator protetor o pai estar separado da mãe e, no caso de ser apenas a mãe toxicodependente, a influência do pai é considerada como fator protetor (Brook, Tseng & Cohen, 1996, *cit in* Muchata T., 2010).

Para Valleman R. & Templeton L. (2007) a resiliência não deve ser conceptualizada como um traço estático, mas antes como um processo, um produto de uma interação entre o indivíduo e o seu contexto social. Segundo os autores, mais do que orientar o seu trabalho unicamente para a redução do consumo dos pais, os técnicos especializados devem centrar a sua ação junto das famílias, desenvolvendo fatores de proteção e promovendo a resiliência nos jovens.

O Projeto Integrado de Atendimento Materno – PIAM – instituição afeta à Delegação Regional Norte da ARS (ex CAT do Conde afeto ao IDT, entretanto extinto) é uma Instituição vocacionada para o acompanhamento, em regime de ambulatório, de mulheres com história de consumo de drogas e álcool, e suas crianças. Esta unidade materna existe desde 1995 como instituição independente, embora tenha sido criada em 1990 como unidade integrada no CAT da Boavista, em resultado de uma proposta de intervenção que alertava para a necessidade de uma abordagem diferenciada no tratamento de mulheres toxicodependentes em período pré e pós-natal (Flores I., 2002), tendo-se em conta que a prevenção da saúde mental infantil começa durante a gravidez. Para além das consultas individuais (de enfermagem, médicas, de psicologia e de serviço social), é disponibilizado, semanalmente, um grupo dirigido para as grávidas em tratamento de forma a proporcionar-lhes o apoio mútuo, a partilha de experiências, a aquisição de conhecimentos e de competências necessárias para o exercício da maternidade.

Cada díade mãe – filho/s é acompanhada por uma equipa multidisciplinar (constituída por um médico, um psicólogo e um técnico de serviço social), que tem a seu cargo não só o tratamento das questões físicas, psicológicas e sociais da toxicodependente, mas também a discussão sobre as necessidades e dificuldades das crianças. É atribuído a um elemento da equipa (o técnico de serviço social, na generalidade dos casos, e o psicólogo infantil nas situações de encaminhamento para a consulta de pedopsiquiatria) o papel de gestor da informação

referente às crianças e de ligação entre os vários intervenientes na situação, de forma a facilitar a comunicação, a responsabilização e a não duplicação de intervenções. São avaliados e monitorizados, no que respeita a cada criança, fatores de risco e de proteção, de forma a garantir que se tomem medidas adequadas para que as necessidades físicas e emocionais das crianças sejam salvaguardadas (Flores, I, 2010).

O PIAM dispõe de uma ludoteca (espaço apetrechado e com pessoal qualificado para as crianças, filhas das doentes em tratamento) que, para além de servir de rede de suporte às mães enquanto frequentam as atividades terapêuticas, é um espaço privilegiado de observação das crianças, do seu estado físico e do seu desenvolvimento, dos padrões de interação, quer com outras crianças, quer com os próprios pais.

Uma vez por semana o PIAM disponibiliza uma consulta de Pedopsiquiatria dirigida às crianças e adolescentes sinalizados pela equipa técnica. Para além dos filhos das mulheres em tratamento, também se dá resposta a casos de mulheres com idade igual ou inferior a 18 anos que, estando ou não grávidas, apresentem história de comportamentos aditivos. A consulta de Pedopsiquiatria conta com o apoio de uma Psicóloga, que para além de fazer a ponte entre a valência de Pedopsiquiatria e a restante equipa, é destacada para consultas de Avaliação e de Psicoterapia de crianças e adolescentes, sempre que o médico assim o entender.

Paralelamente ao trabalho clínico, o PIAM tem desenvolvido alguma investigação sobre a população com quem trabalha. Este artigo tem por objetivo a caracterização das crianças e adolescentes que foram observados na consulta de Pedopsiquiatria do Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM), no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2010 e 30 de Novembro de 2011. Pretende-se, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão da população infanto-juvenil do PIAM em termos de saúde mental.

MÉTODO

Sujeitos

A amostra foi constituída por 104 menores acompanhados na consulta de Pedopsiquiatria do PIAM, entre Janeiro de 2010 e Novembro de 2011, de um total de 236 crianças e adolescentes, das quais a equipa se ocupou diretamente. Dos 104 menores que compõem a amostra, só 3 é que não eram filhos filhas das mulheres em tratamento no PIAM.

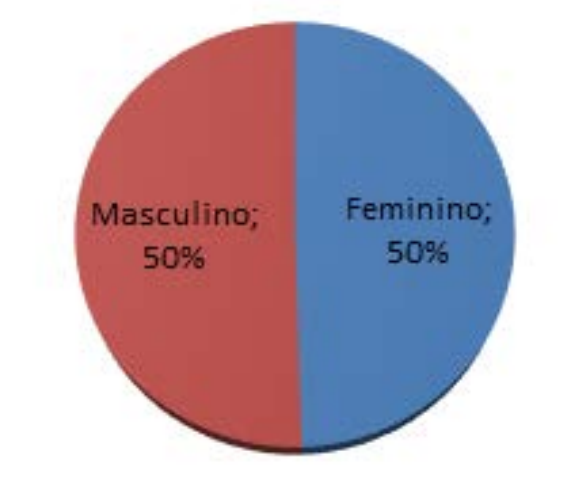
Procedimento

Após a avaliação de cada caso pelo médico pedopsiquiatra, foi feito, pela psicóloga clínica que presta apoio à consulta de pedopsiquiatria, a recolha dos processos clínicos e o registo de alguns dados num dossier existente no serviço para esse efeito. As informações recolhidas foram as seguintes: idade, sexo, proveniência, com quem vive, poder paternal, antecedentes familiares, escolaridade, motivo da consulta, diagnóstico

provável, terapêutica prescrita. A classificação dos doentes em termos de diagnóstico foi feita pelo médico pedopsiquiatra de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Organização Mundial de Saúde - CID 10. O tratamento dos dados fez-se com recurso ao Excel, o que permitiu efetuar uma análise descritiva da amostra.

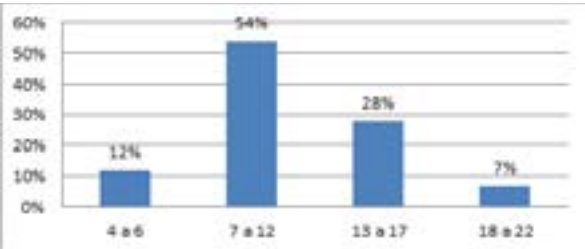
RESULTADOS DA ANÁLISE DESCRITIVA

Gráfico 1 - género



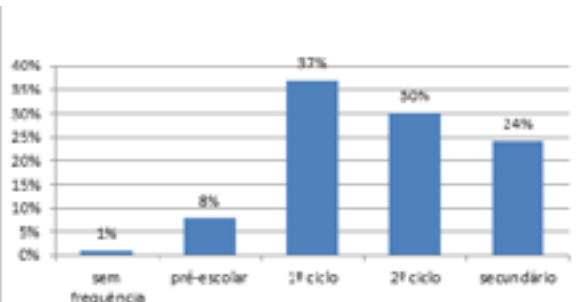
Dos 104 indivíduos observados na consulta de pedopsiquiatria do PIAM, 50% (n=52) eram do sexo feminino e 50% (n=52) eram do sexo masculino.

Gráfico 2 – Idade



No que se refere às idades, a maioria das crianças (54%) tinha entre 7 e 12 anos (n=56), 28% (n=29) eram adolescentes entre 13 e 17 anos, 12% das crianças (n=12) tinham entre 4 e 6 anos, e 7% (n=7) eram jovens entre 18 e 22 anos. Procurando correlacionar as variáveis sexo e idade constata-se que não existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas nas diferentes faixas consideradas.

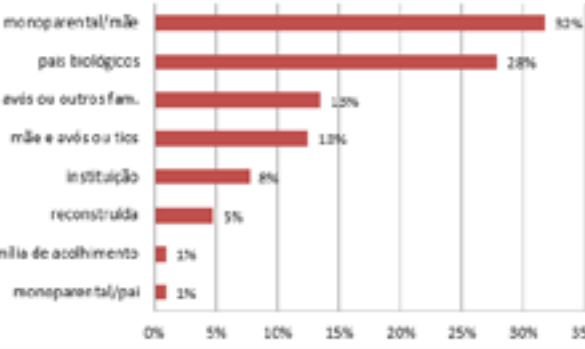
Gráfico 3 - Escolaridade



No que se refere à escolaridade, a grande maioria dos indivíduos (67% no total) encontra-se a frequentar o 1º e o 2º ciclo, (n= 38 e n=31 respetivamente); 24% (n= 25) frequentam o secundário e 8% (n=9) frequentam o ensino pré-escolar. Só 1% das crianças (n=1) é que não frequenta qualquer tipo de estabelecimento de ensino.

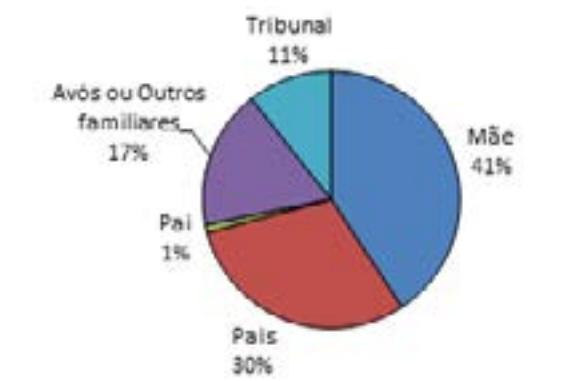
Gráfico 4 – Situação Familiar

Relativamente à situação familiar, a maioria dos casos vive



numa família monoparental, sendo que com 32% dos filhos (n=33) vivem só com a mãe e 1% (n=1) vive com o pai; 28% dos casos (n=29) vivem numa família nuclear, isto é, numa família tradicional composta por pai e mãe biológicos; 13% (n=14) vivem com os avós ou outros familiares, 13% (n=13) moram com a mãe e com os avós ou tios, 8% dos casos (n=8) vivem em instituições; 5% vivem numa família reconstruída, isto é, com mãe e padrasto (n=5), e 1% vive numa família de acolhimento (n=1).

Gráfico 5 – Poder Paternal



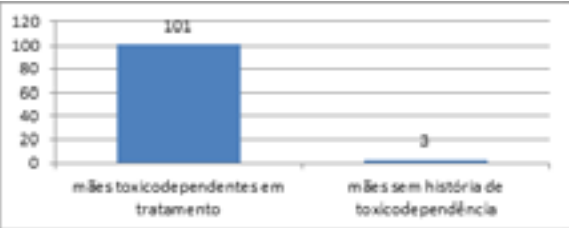
No que diz respeito ao poder paternal, constata-se que quem detém as responsabilidades parentais na maioria dos casos é a mãe (41%, n=43) ou o casal pai e mãe (30%, n=31). Em 17% dos casos (n=18) quem tem o poder paternal são os avós ou outros familiares, em 11% dos casos (n=11) é o tribunal e só surgiu um caso em que é o pai o detentor do poder paternal.

Gráfico 6- História de Toxicodependência do pai



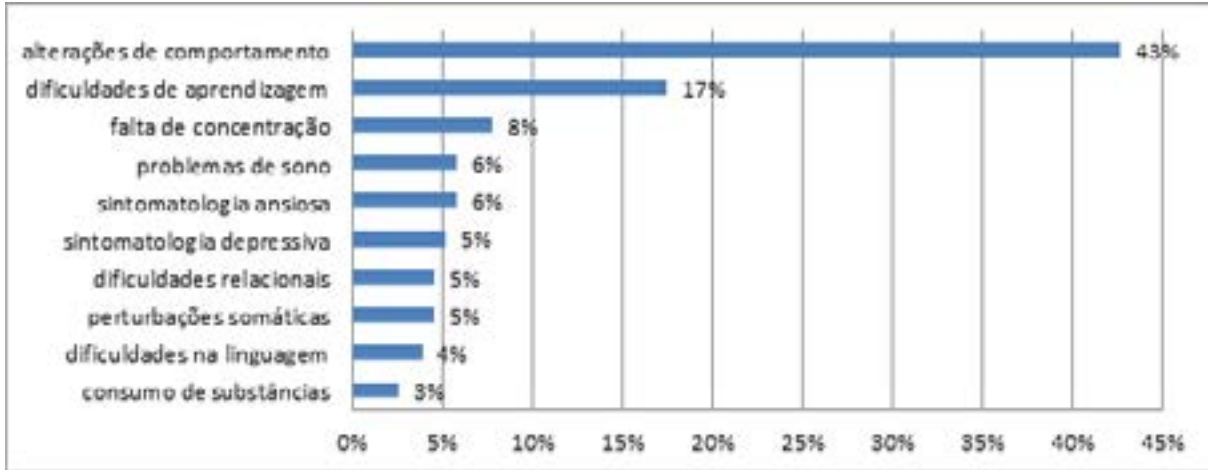
Constatamos que na grande maioria dos casos (n=68, 65%), os pais têm história de toxicodependência, embora quase todos estejam em tratamento. Relativamente a 20% dos casos (n=21= não temos informação sobre os consumos e só 15% (n=15) é que não tiveram qualquer tipo de história de toxicodependência ou alcoolismo.

Gráfico 7 – História de Toxicodependência da mãe



No que diz respeito às mães, são maioritariamente mulheres toxicodependentes em tratamento no PIAM (101 indivíduos). Só 3 adolescentes do sexo feminino, de proveniência externa, é que têm mães sem qualquer tipo de história de consumo.

Gráfico 8 – Motivos de Consulta



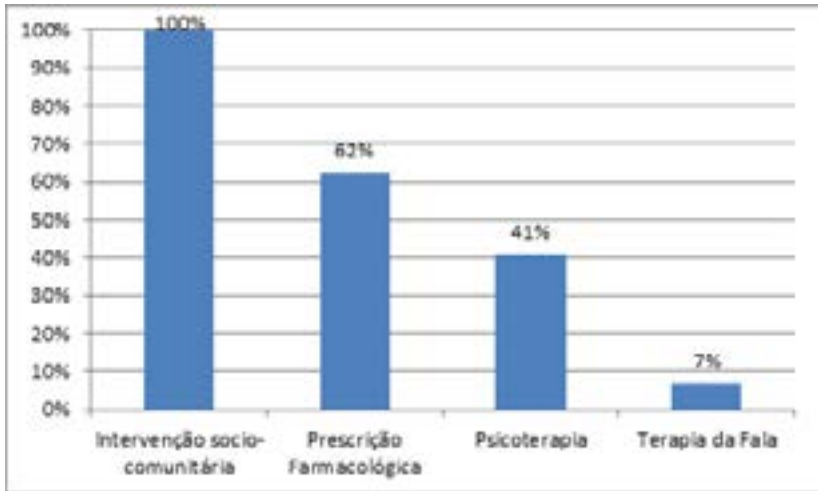
Os motivos que levam ao pedido de consulta de Pedopsiquiatria prendem-se na maioria dos casos com alterações de comportamento (43%), seguidos de dificuldades de aprendizagem (17%) e falta de concentração (8%). Surgem ainda outros motivos como problemas de sono, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva, dificuldades relacionais, perturbações somáticas, dificuldades na linguagem e consumo de substâncias.

Gráfico 9 – Diagnósticos CID 10



Relativamente aos diagnósticos sindromáticos segundo o CID 10, pode verificar-se um predomínio das perturbações hipercinéticas ou mais especificamente das perturbações de hiperatividade com défice de atenção (22% dos casos, n=30) e das perturbações de comportamento (perturbações de oposição e desafio (n=16) em 12% das situações. Encontramos ainda diagnósticos de perturbações emocionais com início na infância que correspondem a situações de imaturidade psicoafectiva (10%, n=13) perturbações de ansiedade (10%, n=12), perturbações do humor (9%, n=9), perturbações do funcionamento social com início na infância, que correspondem a dificuldades regulatórias (7%, n=7), atraso mental (5%, n=6), perturbações específicas das habilidades escolares (4%, n=6)), perturbações mistas do comportamento e das emoções (4%, n=6), perturbações específicas da linguagem (4%, n=5), outras perturbações emocionais e comportamentais da infância (situações de enurese e encoprese) (4%, n=3)), abuso de substâncias (2%, n=5), perturbações alimentares (2%, n=3). Encontramos ainda um único caso de perturbação específica do desenvolvimento motor, outro de perturbação global do desenvolvimento (autismo) e outro caso de perturbação mista do desenvolvimento. Do total de casos observados na consulta de pedopsiquiatria, 14 não apresentavam psicopatologia significativa, o que corresponde a 13% da população infantil observada.

Gráfico 10 – Intervenção Terapêutica



Para além de uma intervenção sócio-comunitária à qual todos os indivíduos da amostra foram sujeitos, recorreu-se à psicofarmacologia em 62% dos casos e à psicoterapia em 41% dos casos, sendo que à exceção de 3 casos que foram só acompanhados do ponto de vista psicoterapêutico, todos os outros foram acompanhados em terapia combinada de psicofarmacologia com psicoterapia (n=35); 7% dos casos foram encaminhados para terapia da fala.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Entre Janeiro de 2010 e Novembro de 2011 foram acompanhados em consulta de Pedopsiquiatria, 104 menores. Destes 104, 101 eram filhos das mulheres toxicodependentes em tratamento no PIAM (o que corresponde a 44% dos filhos da população feminina em tratamento) e 3 eram adolescentes do sexo feminino com história de consumo de substâncias psicoactivas. Da análise descritiva da amostra resultam as principais conclusões que passaremos a enunciar. Não se encontra diferença significativa no que se refere ao género. Em termos etários, constatamos que a maior prevalência de crianças que frequentam a consulta se verifica entre os 7 e os 12 anos de idade, o que corresponde ao início da vida escolar (1º e 2º ciclo), altura em que começam a surgir as queixas por parte da escola. Como sugere a literatura, a maior transição na vida de uma criança é a entrada na escola (Connors, Bradley, Mansell, Liu, Roberts, Burgdorf et Herrell, 2004, cit in Lendry et al, 2010), fase que representa um desafio particular, na medida em que neste período de desenvolvimento as crianças ainda apresentam uma grande dependência dos seus pais, estando muito abertos às influências e oportunidades do mundo exterior, como os amigos da escola (Thomassim, 2004, cit in Lendry et al, 2010). Os autores defendem que este é o período ideal para intervir. À exceção de uma única criança de 4 anos que se encontrava a aguardar

uma vaga na pré-escola, todas as outras se encontravam integradas em equipamentos escolares. É prática do PIAM promover esta integração das crianças desde cedo, de forma a alargar a rede social de apoio das mesmas. A grande maioria destes menores vive com a mãe, e é esta quem detém a maior parte das vezes o poder paternal. Constatase que muitas destas mulheres tinham companheiros toxicodependentes que entretanto abandonaram por causa dos consumos destes. Estas mães encontram-se em tratamento prolongado no PIAM, encontrando-se abstinentes e com a vida estabilizada. O pai biológico destas crianças é na grande maioria toxicodependente, sendo que na generalidade dos casos aqueles que mantêm consumos não se encontram a coabitar com estas crianças. Notamos que apenas 8% dos casos se encontram institucionalizados. Tem sido feito um esforço no sentido de privilegiar os agentes primários prestadores de cuidados. Os motivos da consulta devem-se principalmente a alterações de comportamento, agressividade, desinteresse escolar, e consequentemente, refletem-se na grande quantidade de diagnósticos de Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção e de Perturbações de oposição e Desafio. Nota-se ainda uma frequência significativa de perturbações de ansiedade e emocionais, que se poderão associar com as próprias reações vivenciais em empatia com o cuidador. Os 3 únicos casos que foram acompanhados por abuso de substâncias (canabinóides) referem-se a casos de proveniência externa, cujos pais não têm qualquer tipo de história de consumo.

Do total de casos referenciados para a consulta de Pedopsiquiatria, 13% não apresentavam psicopatologia significativa. A intervenção terapêutica não é circunscrita ao espaço de consulta, pois é dada grande importância à intervenção comunitária, que abrange a totalidade dos casos. Efetivamente, é feita uma articulação com as estruturas da comunidade, como sejam a família, as escolas, ATLS, centros de saúde, hospitais, entre outras, no sentido de uma global compreensão dos casos e de uma cada vez melhor articulação entre a criança e os diversos intervenientes dos diferentes contextos relacionais. A consulta de Pedopsiquiatria é efetuada em moldes que contemplam a família numa perspetiva sistémica, dando grande relevância às dinâmicas familiares. Na maioria dos casos a intervenção terapêutica passou pela prescrição farmacológica e por terapia combinada de psicofarmacologia e psicoterapia. Sempre que se justificou outro tipo de intervenção especializada, como por exemplo a terapia da fala, foi feito o encaminhamento para essa valência. A equipa terapêutica que acompanha a criança recorreu frequentemente ao ensino de medidas psicoeducativas assertivas junto dos principais cuidadores, sendo essas mesmas medidas reforçadas pela equipa terapêutica que acompanhava a mãe. Temos constatado na generalidade dos casos uma boa adesão à consulta e à terapêutica prescrita, o que só é possível graças à criação de um forte vínculo terapêutico e a uma permanente articulação, entre os técnicos que acompanham as mães, e os técnicos que acompanham os filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C.T. (1998). “Os filhos dos toxicodependentes ou o trabalho com crianças em risco”. *Toxicodependências*, 4(1), 41-50.

Almeida, C.T. (2001). “Só o Super-Homem é que não chora... Acompanhamento a crianças filhas de toxicodependentes no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Oeiras”. *Toxicodependências*, 7(3), 23-28.

Aytaclar, S., Tarter, R. E., Kirici, L., & Lu, S. (1999). “Association between hiperativity and executive cognitive functioning in childhood and substance use in early adolescence”. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 38 (2), 172-178.

Flores, I. & Calheiros J. (2002). Caracterização de uma amostra de mulheres toxicodependentes – A experiência do CAT do Conde. *Toxicodependências*, 8(2), 53-62.

Flores, I. (2010). Linhas orientadoras para equipas de tratamento de toxicodependentes com filhos – um contributo (no prelo).

Landry, V., Laventure, M., Gemme, E., Bastien, M-F., Nadeau, C-L., Charbonneau, R., Prévost, M., Lavoie, S. et Bertrand, K. (2010). *Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans: recension des écrits et pratique de pointe en développement. Les rapports de recherche de l'Institut*, Centre Dollard-Cormier — Institut universitaire sur les dépendances.

Muchata, T. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos – Uma revisão bibliográfica. *Toxicodependências*, 16(1), 47-56.

Muchata, T. (2011). Representação da vinculação e problemas de internalização e externalização em crianças de idade escolar em contexto de toxicodependência parental.

Moss, H, B., Mezzich, A., Yao, J.K., Gavalier, J. & Martin, C. S. (1995). “Aggressivity among sons of substance abusing fathers: association with psychiatric disorder in the father and son, paternal personality, pubertal development, and socioeconomic status”. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(2), 195-208.

Negrão, R., & Seabra, P. (2007). “Dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodependentes”. *Toxicodependências*, 13(2), 41-53.

Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Palminha, J. M., Lucas, A. M., Vasconcelos, M. T., Manteigas, M. Z., Mano, M. A., Costa, M. h., Domingos, M. P., Marques, M. N., Cordeiro, M. J., Sardinha, L. M., Silva, M. F., & Nunes, J. M. (1993). Os filhos dos toxicodependentes – Novo grupo de risco BioPsicoSocial. Porto: Bial.

Valleman R. & templeton L. (2007). Understanding and modifying the impact of parent`s substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Tratment*, 13: 79-89.

Baptista C., Morais, A. T., Florindo, J., & Duarte, R. (2008). “Análise descritiva de variáveis sociodemográficas de toxicodependentes com filhos”. *Toxicodependências*, 14(2), 45-50.

Encarnação R., Moura M., Gomes F. Da Silva P. (2011). “Caracterização dos casos observados numa equipa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, um estudo retrospectivo”. *Acta Médica Portuguesa*, 24: 925-934.

Flores, I. et al (1995). “Toxicodependência, Epidemiologia e Morbilidade e Mortalidade Neonatal e Infantil – Projecto de Investigação Aplicada”. *Toxicodependências*, 1(3): 37-44.

Pimenta, A., Ferreira, A. I., Rodrigues, F., Oliveira, L., & Rodrigues, M. (2007). “Análise descritiva das variáveis sociodemográficas relativas aos filhos dos utentes do CAT Ocidental do Porto. *Toxicodependências*, 13(2), 55-61.



A dependência é uma doença tratável

Milhões de pessoas em todo o mundo
sofrem de patologias adictivas

Na Indivior visionamos o dia em que todos os doentes,
em todo o mundo, terão acesso incondicional a tratamentos
e cuidados de qualidade para as condições crónicas
e recidivantes da adicção e suas comorbilidades.

Reckitt Benckiser Healthcare, Portugal | Providing services for the Indivior Group
Rua D. Cristovão da Gama nº 1 – 1º C/D
1400-113 Lisboa
www.indivior.com